



Campus Condorcet, 5 cours des humanités
93322 AUBERVILLIERS
contact@fabrique-territoires-sante.org

www.fabrique-territoires-sante.org

Twitter – @FabTerrSante

Siret – 537 674 707 00030

DOSSIER RESSOURCES

Mars 2025

**Promouvoir la santé des femmes :
approches et coopérations locales**

Dans un souci de visibiliser les femmes particulièrement présentes dans le monde de la promotion de la santé, nous faisons le choix éditorial d'utiliser l'écriture inclusive et le point médian (y compris dans la retranscription des interviews).

Groupe de travail : Juna Augustin (CRPV Guyane), Viviane Bayad (FTS), Karine Bisson (Ville de Saint-Denis), Sandra Essid (FTS), Sophie Istria (Promotion Santé Corse), Bénédicte Madelin (FTS), Mathé Toullier (Association des familles victimes du saturnisme), Catherine Richard (FTS), Lilia Santana (FTS) Marina Thibaud (VigilanS Corse), Marc Wurmser (FTS)¹

Comité de suivi : Viviane Bayad (FTS), Karine Bisson (Ville de Saint-Denis), Lilia Santana (FTS)

Rédaction : Margaux Fête (FTS)

Contributeur·trices² : Emmanuelle Arfe (CPTS Toulouse Rive Gauche) ; Maggie Chevassu (CPTS Grand Lons) ; Chloé Devaux (CLS, CLSM du territoire Elbeuvien) ; Marie Donius et Karine Pariente (e.CARE) ; Olivier Dufour (ville de Montpellier) ; Emmanuelle Faure (Lab'URBA-UPEC) ; Vanessa Galissi et Louise Rougé (Association Autremonde) ; Élise Houdebine (Maison Olympe) ; Clément Lemaire (CLS du Pays de Tarascon) ; Maèva Lesourd (Association Tin Hinan) ; Isaure Lapierre (ville de Gennevilliers) ; Rachida Mouni (APF France Handicap) ; Méline Pagnier (MSP Simone Veil) ; Caroline de Pauw (URPS Haut-de-France) ; Christèle Wagner (ARACT Haut-de-France)

¹ Par ordre alphabétique

² Par ordre alphabétique

Présentation de Fabrique Territoires Santé

PROMOUVOIR LA SANTÉ DES
FEMMES : APPROCHES ET
COOPÉRATIONS LOCALES

Fabrique Territoires Santé est une association tête de réseau nationale, créée en 2011. Elle vise à soutenir le développement des démarches territoriales de santé (Ateliers santé ville, contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, etc.) et se veut plateforme de ressources pour les acteurs et actrices de ces démarches.

Nos missions :

- Produire de la connaissance sur des thématiques croisant des déterminants de santé et des politiques publiques (Dossiers Ressources) ; et sur le déploiement et l'articulation des démarches territoriales de santé (Études de la Fabrique)
- Valoriser les démarches territoriales de santé notamment par la capitalisation (Inspir'Actions)
- Faire réseau entre les acteur·trices porteurs de ces démarches (coordinations territoriales, élu·es et collectivités, ARS, etc.), par l'organisation de rencontres nationales et régionales
- Proposer de l'information qualifiée à ces différents acteur·trices via notre site et notre newsletter
- Intervenir ou coordonner des formations sur les démarches territoriales de santé

Fabrique Territoires Santé est soutenue par l'Agence nationale de la cohésion des territoires et la Direction générale de la santé.

Table des matières

—

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Édito

Liste des abréviations

Introduction

3

Méthode

5

Partie 1 : état des lieux

7

Sexe, genre et santé, de quoi parle-t-on ?

Les enjeux de la santé des femmes : entre particularisation et oubli

Des inégalités de genre en santé liées aux dimensions de la structure sociale et économique

Une évolution tardive de la prise en compte du sexe et du genre dans les politiques internationales, européennes

La territorialisation de la santé des femmes

Partie 2 : approches et coopérations locales inspirantes

27

Promouvoir la santé sexuelle dans les territoires

Améliorer l'accès aux soins et à la santé et le bien-être des femmes en situation de précarité

Lutter contre les violences de genre

Agir pour le dépistage organisé des cancers

Repérer, sensibiliser et agir sur la charge mentale des femmes

Prendre le temps de l'observation et du diagnostic pour entreprendre des actions

Partie 3 : synthèse

40

Le rôle des démarches territoriales de santé (CLS, ASV, CLSM)

Décloisonner les secteurs de la santé, du social, du médico-social, du psychosocial et du juridique pour promouvoir la santé des femmes

Créer un contexte favorable à la participation des femmes

Les difficultés rencontrées

Partie 4 : pistes de réflexion

46

Une meilleure prise en compte des déterminants de la santé des femmes

Améliorer la connaissance sur la santé des femmes

L'élaboration des politiques de santé publique : entre universalisme et actions ciblées

La formation initiale et continue des professionnel·les de santé et des acteur·trices locaux

Conclusion

50

Sélection de ressources bibliographiques

51

Annexes

56

Édito

-

Les femmes représentent la moitié de l’humanité, mais leur droit à la santé reste, partout, un privilège partiel, fragmenté, souvent nié. Retards de diagnostics, traitements inadaptés, accès entravé à la contraception ou à l’avortement, invisibilisation des douleurs et des parcours de vie : la santé des femmes est structurellement négligée. Non pas par hasard, mais parce que les systèmes de santé – comme nos sociétés – sont construits sur des inégalités de genre profondément ancrées.

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Dans un contexte mondial marqué par un retour de bâton antiféministe, les droits fondamentaux sont attaqués. Ce sont des pans entiers de ce que les combats féministes avaient conquis de haute lutte qui vacillent : en Pologne, aux États-Unis, en Italie, et ailleurs, l’accès à l’IVG est restreint, criminalisé, culpabilisé. La montée des discours réactionnaires n’épargne ni les femmes ni les personnes LGBTQI+, exposées à une violence systémique, psychique, physique et politique. Un tiers des femmes dans le monde subissent des violences physiques et sexuelles gravement préjudiciables pour leur santé physique et mentale.³

Et la France ? Elle n’est pas épargnée. Notre pays n’est pas en pointe concernant la prise en compte des enjeux spécifiques de la santé des femmes dans les politiques publiques, la recherche scientifique, la formation des soignant-es et des acteur-trices locaux.

Or, les lignes peuvent bouger. Des expériences inspirantes, comme en Espagne, montrent qu’il est possible d’obtenir rapidement des avancées concrètes et d’enclencher une dynamique de changement positive, même si beaucoup reste encore à faire. D’autres avancées, portées par des mouvements féministes comme *Women Help Women*, prouvent qu’il est possible de réinventer des modèles de soins, de défense collective, d’émancipation. Ces expériences doivent nous inspirer.

Car la santé des femmes est une question politique. Le sujet de la santé des femmes devrait charpenter tous les parcours de vie, de santé et de soins quels que soient les âges, les situations de validité ou d’invalidité, les orientations sexuelles et les origines. En ayant une attention particulière, voire une alerte, pour les groupes particulièrement invisibilisés et plus exposés. Lutter pour la santé des femmes, c’est lutter pour la justice sociale. C’est revendiquer un droit universel qui ne soit plus pensé à partir d’un modèle masculin neutre, mais bien à partir de la diversité réelle des parcours et des besoins.

³ [World Health Organization \(WHO\). Devastatingly pervasive : 1 in 3 women globally experience violence. 2021](#)

Avec ce 11^{ème} Dossier ressources, la Fabrique souhaite donner à voir les approches et coopérations locales pour promouvoir la santé des femmes et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Par ce

Dossier, la Fabrique invite à penser la santé des femmes comme un enjeu transversal, collectif et multi-échelle. Car promouvoir la santé des femmes, c'est aussi articuler les leviers locaux, départementaux, régionaux, avec les mobilisations citoyennes et associatives, pour créer des dynamiques de transformation concrètes.

Didier Febvrel, président de Fabrique Territoires Santé

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Liste des abréviations

-

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

AMRF	Association des maires ruraux de France
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé ville
CCAS/ CIAS	Centre communal d'action sociale/ Centre intercommunal d'action sociale
CCRE	Comité de coordination régionale de l'éducation
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
COPIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages des cancers
CRPV	Centre ressources politique de la ville
DRDFE	Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
DTS	Démarche territoriale de santé
FAS	Fédération des acteurs de la solidarité de la santé
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

FNSF	Fédération nationale solidarité femmes
MLAC	Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception
OLSS	Observatoire local de la santé et du social
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONPV	Observatoire national de la politique de la ville
ONU	Organisation des Nations Unies
PLH	Programme local de l'habitat
PLU	Plan local d'urbanisme
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRS	Projet régional de santé
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
SCOT	Schéma de cohérence territoriale
SNS	Stratégie nationale de santé

Introduction

-

Un paradoxe suscite l'interrogation des professionnel·les du soin et des sciences sociales de la santé : bien que les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, elles passent davantage d'années avec des incapacités et connaissent des périodes de maladie plus longues... Comment expliquer ces écarts ? Relèvent-ils de différences biologiques, ou traduisent-ils des inégalités, voire des injustices ?

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Les enjeux de santé auxquels sont confrontées les femmes sont complexes et relèvent à la fois du sexe et du genre, concepts eux-mêmes imbriqués et en lien avec les conditions de vie. Les spécificités biologiques liées au sexe participent des différences de santé entre les femmes et les hommes mais l'influence du genre, c'est-à-dire des rapports sociaux entre les sexes, est également un facteur d'inégalités d'accès aux soins et à la santé.

Nathalie Bajos rappelait encore il y a peu le biais du genre dans la production des connaissances concernant les symptômes et traitements de l'infarctus du myocarde chez les femmes : « *Les femmes portent une attention plus marquée aux enjeux de santé et ont des pratiques pour la santé moins néfastes que celles des hommes [...] On constate que cet avantage de mise n'est pas le même pour toutes les pathologies, allant même jusqu'à s'inverser pour certaines. Les femmes ont moins de risque que les hommes d'avoir un infarctus du myocarde mais elles risquent davantage que leurs homologues masculins de décéder des suites de cette pathologie car elles ne bénéficient pas des mêmes stratégies thérapeutiques et de diagnostic* ». ⁴

Pour comprendre comment se forment ces inégalités et y remédier, il est essentiel d'intégrer les dimensions du sexe et du genre dans les programmes de recherche mais aussi dans la conception des politiques locales de santé, dans un objectif d'amélioration de la santé de l'ensemble de la population. Or, à ce jour, il existe peu d'éléments de connaissance sur la manière dont les politiques publiques locales prennent en compte ces enjeux. Bien que les enjeux d'inégalités de santé liées au genre ne touchent pas seulement les femmes, nous faisons le choix de nous concentrer sur ce public dans ce Dossier.

Ce Dossier ressources propose d'apporter un éclairage sur les inégalités de santé liées au sexe et au genre qui touchent les femmes et de retracer l'évolution des politiques internationales, européennes et nationales avant de dresser un état des lieux de la territorialisation de la santé des femmes en France. Il donne également à voir les approches et coopérations locales des acteur·trices qui œuvrent en promotion de la santé des femmes. Enfin, il propose une analyse transversale d'actions

⁴ [Bajos N. La production sociale des inégalités de santé \[séminaire\]. Collège de France ; 2025 avr 29 – juin 17 ; Paris, France](#)

inspirantes (ou « Inspir'Actions ») et des pistes de réflexion pour aller plus loin.

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Méthode

-

Ce Dossier ressources propose un éclairage sur un sujet très large comme en témoigne l'état des lieux. Il ne prétend pas être exhaustif, que ce soit dans l'analyse du contexte, ou dans la présentation des actions locales existantes. Il est le fruit d'un travail collectif ayant réuni des membres de Fabrique Territoires Santé autour d'un groupe de travail et d'un comité de suivi mobilisés de mai 2024 à mars 2025.⁵

Le groupe de travail a contribué aux réflexions sur les problématiques, l'appel à contributions, et apporté des retours et pistes pour le Dossier.

Le comité de suivi a participé à l'avancée du Dossier et aux relectures critiques des différentes parties.

Pour alimenter ce Dossier ressources, nous nous sommes basé-es sur une analyse documentaire, sur une capitalisation d'actions locales inspirantes, et sur cinq entretiens exploratoires.

Les différentes étapes ont été les suivantes :

Hypothèses

En amont de l'appel à contributions, nous avons identifié trois hypothèses :

- En dehors des questions de santé sexuelle et reproductive, certes indispensables à traiter, la santé des femmes n'est pas suffisamment prise en compte dans l'action publique locale ;
- Il y a un manque de données ainsi que d'accessibilité aux données concernant la santé des femmes et cela peut impacter la faiblesse des diagnostics et donc la mise en place de politiques de santé adaptées ;
- Les démarches territoriales de santé jouent un rôle pour repérer les enjeux et favoriser des coopérations locales permettant de lutter contre les inégalités de santé liées au genre.

⁵ Voir Annexe n°2 pour consulter le déroulé des groupes de travail qui ont accompagné l'élaboration du Dossier ressources.

Un appel à contribution et des Inspir'Actions

Nous avons lancé un appel à contributions en 2024 à notre réseau. Nous avons reçu 29 contributions et 13 ont fait l'objet d'Inspir'Actions⁶ suite à un échange téléphonique ou en présentiel avec les contributeur·rices.

Un webinaire de lancement

Un webinaire de lancement en septembre 2024 a permis de présenter l'appel à contributions et de le diffuser. Lors de ce webinaire « Santé des femmes et inégalités sociales de santé », avec Caroline de Pauw⁷, nous avons réuni 111 participant·es aux profils variés (chargées de mission égalité femmes-hommes, coordinateur·trices de Contrats locaux de santé, d'Ateliers santé ville, chef·fes de missions santé des femmes, chargé·es d'études à l'Observatoire régional de santé, urbanistes, géographes...) témoignant du champ large d'acteur·trices pouvant être impliqué·es sur cet enjeu.

⁶ Voir Annexe n° 1 pour consulter la méthode de traitement des contributions

⁷ [de Pauw C. Santé des femmes et inégalités sociales et territoriales de santé \[webinaire\]. Fabrique Territoires Santé ; 2024](#)

Partie 1 : état des lieux

Les disparités de santé entre les genres ne sont pas seulement dues aux différences biologiques, mais également aux dynamiques sociologiques ainsi qu'au système de soins de santé.⁸ Quels sont les liens entre les stéréotypes sur les femmes et leur santé ? Comment cela s'imbrique-t-il avec les autres facteurs sociaux et politiques ? Enfin, nous irons investiguer la prise en compte de la question de la santé des femmes, dans les politiques de santé, qu'elles soient internationales, européennes ou nationales, avant de faire un état des lieux de la territorialisation de la santé des femmes.

Sexe, genre et santé, de quoi parle-t-on ?

En matière de santé, les femmes et les hommes font face à des problématiques différentes, et les différences ne s'expliquent pas uniquement par des facteurs biologiques. Les représentations sociales liées au genre influencent l'attitude à la fois des patient-es, des professionnel·les de santé, mais aussi des chercheur·ses.⁹ Nous verrons dans un premier temps comment le sexe et le genre révèlent un enchevêtrement complexe et des réalités plurielles.

Le sexe désigne les caractéristiques biologiques (chromosomes, organes génitaux, hormones, fonctions reproductives) qui différencient les mâles des femelles, y compris dans l'espèce humaine¹⁰.

Le genre correspond aux différences non biologiques qui distinguent les individus : c'est un concept qui désigne les processus de construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, et ceux des rapports sociaux entre les sexes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise que par genre, on entend les rôles qui, selon la représentation que s'en fait la société, déterminent les comportements, les activités, les attentes et les chances considérés comme adéquats pour tout un chacun dans un contexte socioculturel donné et dans un temps donné. Ce terme désigne aussi les relations entre les personnes et la répartition du pouvoir dans ces relations. Ces deux concepts sont conçus comme

⁸ [Vidal C, Salle M. Les stéréotypes de genre nuisent à la santé des femmes... et des hommes \[Internet\]. The Conversation ; 2017.](#)

⁹ [INSERM. Genre et santé \[Internet\].](#)

¹⁰ Ibid 9

complémentaires pour analyser les problématiques de santé des femmes, en mobilisant une approche biopsychosociale de la santé.¹¹

Les déterminants de la santé liés au genre

Selon l'OMS, les déterminants de la santé liés au genre sont « *les normes, les attentes et les rôles sociaux qui déterminent les taux d'exposition et la vulnérabilité aux risques pour la santé* » ou, à l'inverse, « *les facteurs de protection, qui influent la propension à préserver sa santé et à se faire soigner, ainsi que les prestations du système de santé conditionnées par le genre. Ils figurent parmi les plus importants déterminants sociaux des inégalités en santé* ». ¹²

Qui plus est, les différences de genre en matière d'inégalités de santé n'ont pas la même ampleur tout au long de la vie et le genre est un déterminant « *aussi bien à lui seul qu'en association avec la condition socio-économique, l'âge, l'appartenance ethnique, le handicap, l'orientation sexuelle, etc.* ». ¹³ Ainsi, l'imbrication des discriminations a un impact d'autant plus fort sur l'accès aux soins et à la santé des femmes.

Les normes sociales et leurs impacts sur la santé

Les normes sociales et les attendus associés à la féminité et à la masculinité ont un impact sur la santé et la prise en charge. En effet, les codes sociaux, les attendus liés à la masculinité ou la féminité influencent l'expression de symptômes, le rapport au corps¹⁴ ... Ceci peut se traduire plus concrètement par des différences dans l'exposition aux risques, les aptitudes à identifier ou à exprimer des problèmes de santé, l'accès à un système de soins, ainsi que les modalités de prise en charge et de suivi des professionnel·les de santé. Le genre est révélateur de multiples rapports de pouvoir qui structurent la société aussi bien dans la sphère privée et domestique que dans la sphère publique et professionnelle.

Ces normes sociales peuvent avoir un impact du côté du personnel soignant. En effet, les préjugés liés au genre sont susceptibles d'influencer l'interprétation des signes cliniques et la prise en charge des pathologies. Par exemple, il est identifié un défaut de prise en charge des femmes concernant le trouble du spectre autistique car ce dernier se déclare sous des formes plus discrètes, et donc plus difficiles à détecter.

¹¹ [Salle M. Santé des femmes des quartiers populaires : pourquoi et comment en parler ? Les Cahiers du Développement Social Urbain. 2022 ; 76\(2\) : 7-9. Doi : 10.3917/cdsu.076.0007.](#)

¹² [Organisation mondiale de la Santé. Genre et santé \[Internet\].](#)

¹³ Ibid 12

¹⁴ [Vidal C, Salle M. Les stéréotypes de genre nuisent à la santé des femmes... et des hommes \[Internet\]. The Conversation ; 2017.](#)

L'exemple le plus frappant est celui des maladies cardio-vasculaires qui sont la première cause de mortalité des femmes dans le monde.

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

ZOOM sur ...

Les maladies cardio-vasculaires chez les femmes, un exemple typique de l'interaction entre sexe et genre

Les maladies cardio-vasculaires sont bien plus mortelles que le cancer du sein et représentent la première cause de mortalité des femmes dans le monde et plus d'un quart des décès féminins¹⁵. En France le service de cardiologie de l'hôpital Lariboisière a mené une vaste étude nationale (17 000 malades) sur le risque de décès après un infarctus du myocarde. Les femmes appellent le SAMU en moyenne 15 minutes plus tard que les hommes¹⁶. Elles sont deux fois plus nombreuses à décéder à l'hôpital suite à l'infarctus.

L'excès de mortalité féminine dû aux maladies cardio-vasculaires est multifactoriel : dépistage insuffisant et prise en charge tardive, obésité, tabagisme, manque de sensibilisation aux premiers risques de syndromes coronariens aigus chez les femmes.¹⁷ Les symptômes relatifs à l'infarctus du myocarde sont sensiblement différents chez les hommes et les femmes, et cela peut conduire à des erreurs ou des retards de diagnostic chez les femmes dans la mesure où la recherche clinique a longtemps eu comme référentiel le corps des hommes.

Leur parole est moins bien prise en compte par certain-es professionnel·les de santé, sous estimant leurs symptômes ou bien ne connaissant pas bien leur spécificité. Cette vulnérabilité des femmes face aux maladies cardio-vasculaires a été mise en lumière par de nombreuses études, soulignant l'importance de sensibiliser le public aux risques cardio-vasculaires chez les femmes.¹⁸

¹⁵ [Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey Merz CN, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet Women and Cardiovascular Disease Commission : Reducing the global burden by 2030. Lancet Lond Engl. 2021 ; 397\(10292\) : 2385-438. doi:10.1016/S0140-6736\(21\)00684-X](#)

¹⁶ [Manzo-Silberman S, Montalescot G. Intérêt d'un observatoire de l'infarctus du myocarde des femmes de moins de 50 ans : étude WAMIF. Ann Cardiol Angeiol \(Paris\). 2023 Dec ; 72\(6\) : 101691. doi : 10.1016/j.ancard.2023.101691.](#)

¹⁷ [Vallée A, Ayoubi J-M. Aborder les disparités de genre en France pour promouvoir l'équité en matière de santé des femmes. 2025. Santé publique France](#)

¹⁸ [Wenger NK. Cardiovascular Disease: The Female Heart Is Vulnerable. Clin Cardiol. 2012 ; 35\(3\) : 134-5.](#)

Les enjeux de la santé des femmes : entre particularisation et oubli

Encore aujourd'hui et malgré des évolutions à ce sujet, il existe des biais et des manques dans la production et la diffusion de savoirs sur la santé des femmes. Ceci peut principalement s'expliquer par le fait que les femmes aient été longtemps exclues des essais cliniques. Cela a encore de réelles conséquences sur leur santé et notamment sur les effets secondaires de certains médicaments qui n'avaient pas pris en compte la spécificité du sexe/genre dans les essais cliniques. Le sociologue Mathieu Arbogast souligne en ce sens le nombre important d'effets secondaires des médicaments sur les femmes « *Il y a quelques années, les autorités américaines se sont aperçues que 80 % des médicaments retirés du marché l'avaient été en raison d'effets secondaires sur les femmes* ». ¹⁹

En France, les recherches sur les femmes se sont souvent concentrées sur leur santé sexuelle et reproductive. Ainsi, même si cela a permis des avancées importantes en gynécologie et en obstétrique, cette approche a aussi cantonné la santé des femmes à ces seules dimensions.

La vague féministe qui émerge dans les années 1960 est la preuve que la question de la maternité n'est plus centrale. Dans cette même période, le *Boston Women Health's Book Collective* (ou collectif de Boston) publie l'ouvrage emblématique *Our Bodies, Ourselves* ²⁰, traduit dans de nombreuses langues. Y est alors remis en question la pratique même de la médecine et de l'organisation du système de santé, établis selon des normes masculines qui marginalisent les besoins spécifiques des femmes.

Dans de nombreux domaines, on observe un retard dans la production de connaissances dans la recherche scientifique et dans les réponses de l'action publique. Nous donnons à voir ci-dessous, de manière non exhaustive, certaines illustrations des enjeux oubliés de la santé des femmes.

¹⁹ [CNRS Le journal \[Internet\]. La santé n'est pas étrangère au genre.](#)

²⁰ [Boston Women's Health Book Collective. Our Bodies, Ourselves. New York: Simon and Schuster ; 1970.](#)

Zoom sur ...

La santé mentale maternelle, un enjeu de santé publique

La dernière enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles révèle une réalité frappante : **le suicide est devenu la première cause de mort maternelle et survient généralement entre quatre et cinq mois du post partum²¹**. Cette temporalité montre l'importance de disposer d'un système de surveillance de la mortalité maternelle jusqu'à un an. Les facteurs de risque identifiés par la littérature sont l'isolement, la grossesse non désirée, les violences conjugales aussi bien que psychologiques, les inégalités sociales...

Cette question est longtemps restée un impensé. Ce n'est qu'à partir de 2020 et du rapport sur les 1000 premiers jours que des préconisations ont mené à la mise en place d'entretiens prénatals précoces et postnatals permettant d'améliorer les détections des risques psychosociaux. Toutefois, nous n'avons pas à ce jour de recul sur l'efficacité des mesures mises en œuvre.

Zoom sur ...

L'endométriose, un diagnostic et une prise en compte tardifs de l'action publique

L'endométriose est une maladie qui touche une femme sur dix et provoque des douleurs pendant les règles. Cette maladie est encore trop peu connue, elle est diagnostiquée tardivement avec un délai moyen de sept ans²². Il a fallu attendre 2022 pour qu'une stratégie nationale²³ de prise en charge de l'endométriose²⁴ soit lancée.

²¹ [Santé publique France, Inserm. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7ème rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles \(ENCMM\) 2016-2018.](#)

²² [Aubry G, Bencharif C, Vesale E, Oueld E, Dietrich G, Collinet P, et al. Delays and pathways for patients with endometriosis in France : a multicenter study. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2023 ; 51\(2\) : 117-22.](#)

²³ [Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale 2022-2025. \[Internet\].](#)

²⁴ Cette stratégie s'articule autour de trois axes fondamentaux, comprenant un large éventail de mesures développées par le ministère de la Santé, portant sur la recherche et l'innovation, le diagnostic précoce, l'accès à des soins de qualité, ainsi que des campagnes de sensibilisation et d'éducation visant à former et informer l'ensemble de la société sur l'endométriose

Des inégalités de genre en santé liées aux dimensions de la structure sociale et économique

Les interactions entre sexe, genre et les autres dimensions de la structure sociale sont rarement prises en compte, ce qui n'est pas sans effet sur l'élaboration des politiques en santé publique et notamment celles qui visent à réduire les inégalités sociales de santé.²⁵

Une insertion professionnelle inégale

Alors que les filles semblent plus adaptées au système scolaire et obtiennent de meilleurs résultats, la France reste particulièrement marquée par les inégalités professionnelles. Ces écarts concernent l'évolution de carrière, la stabilité du contrat, l'accès aux postes à responsabilités et à la formation, ainsi que les écarts de salaire. Ces inégalités se jouent dès l'école et dès l'orientation scolaire. Selon le Rapport annuel 2024 du Haut Conseil à l'Égalité²⁶, 74 % des femmes déclarent n'avoir jamais envisagé d'études ou de métiers dans les domaines techniques ou scientifiques, contre 41 % des hommes (soit un écart de 33 points).²⁷ L'école, à l'instar des structures sociales qui conditionnent différemment l'insertion et l'évolution professionnelle des femmes et des hommes, véhicule de façon implicite, par l'organisation des filières d'enseignement et des orientations professionnelles, des modèles qui désavantagent les femmes.

La précarité, un enjeu majeur qui expose davantage les femmes aux inégalités de santé

Les femmes sont, plus souvent que les hommes, confrontées au chômage, aux emplois précaires et aux emplois à temps partiel. Par ailleurs, elles constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité : elles représentent 53 % des personnes pauvres et 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité. Elles occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés. Elles représentent 85 % des chef-fes de famille monoparentale (sachant qu'une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté).²⁸ Il existe ainsi une

²⁵ [Le Talec J-Y, Authier D, Tomolillo S. Terrains santé social : La promotion de la santé au prisme du genre. Rennes : Presses EHESP ; 2019](#)

²⁶ [Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes \(HCEfh\). Rapport annuel 2025 sur l'état des lieux du sexisme en France : S'attaquer aux racines du sexisme. Janvier 2025](#)

²⁷ Ibid 26

²⁸ [Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes \(HCEfh\). La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité. Rapport n°2017-05-29-SAN-O27 publié le 29 mai 2017.](#)

probabilité plus forte pour les femmes – en comparaison aux hommes – d’expérimenter des conditions de précarité au travail et lors de leur retraite²⁹. La précarité et ses liens avec la santé s’inscrivent pleinement au cœur de la question des inégalités sociales de santé. Les femmes en situation de précarité témoignent d’un cumul de difficultés : stigmatisation, multiplicité des tâches quotidiennes à assumer, charge mentale et soucis permanents, difficultés à trouver de l’aide, peu de temps et de ressources pour s’occuper de soi. Elles témoignent d’un stress chronique qui accompagne leur quotidien. De nombreuses recherches ont montré que la précarité s’accompagne d’un risque accru de morbidité, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale et les maladies transmissibles.

Les femmes plus exposées aux risques psychosociaux au travail

Bien que les femmes représentent près de 49 % de la population active, des disparités demeurent en termes d’emploi, de conditions de travail et de conséquences du travail sur la santé. Comme le souligne Santé publique France, les femmes occupent des emplois exposés à des facteurs de risque insuffisamment évalués et reconnus, et ceci dans un contexte où les politiques de prévention récentes ne semblent pas efficaces concernant les activités réalisées par les femmes.³⁰ Par exemple, sur la période 2001-2015, les maladies professionnelles déclarées et reconnues (80% relatives à des troubles musculosquelettiques) ont augmenté presque deux fois plus pour les femmes que pour les hommes. Par ailleurs, les emplois à domicile auprès des personnes âgées sont principalement occupés par les femmes ; or, ce travail et les conditions qui y sont liées restent très peu visibles, voire invisibles. De plus, la souffrance psychique en lien avec le travail est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes.³¹ Ceci pourrait s’expliquer par le fait qu’il est plus difficile pour les femmes que pour les hommes de concilier vie familiale et vie professionnelle. Les femmes travaillant à temps plein subiraient davantage de reproches sur leur manque de disponibilité que les hommes, et ceci aurait un impact négatif sur leur santé et le bien-être psychologique.³²

Les politiques de santé et de sécurité au travail gagneraient à mobiliser une prise en compte du genre pour progresser dans la prévention et promotion de la santé pour toutes et tous.

²⁹ [La précarité, un phénomène genré \(1/2\) : causes et chiffres actuels dans l’Union européenne](#)

³⁰ [SPF. Santé et travail : une approche par le genre pour améliorer la prévention. \[Internet\].](#)

³¹ [DARES. Conciliation difficile entre vie familiale et vie professionnelle. \[Internet\].](#)

³² Ibid 32

La conception et l'aménagement de l'espace public et les effets sur la santé des femmes

Les infrastructures urbaines, les transports, la répartition des équipements ou encore l'aménagement des espaces de loisirs ne sont pas neutres : ils sont souvent conçus selon des modèles qui privilégient les déplacements et les activités masculines. Édith Maruéjouls, géographe du genre³³ a montré que l'organisation de la ville selon une socialisation de genre prend sa source dès la cour de récréation. Les grands terrains, dédiés au foot, sont majoritairement utilisés par les garçons, tandis que les filles occupent les espaces périphériques. Ceci se traduit aussi dans la ville, dans le choix d'équipements qui peuvent pérenniser cette spatialité, à l'image des city stades ou des skate-parks, majoritairement utilisés par les hommes. Ces choix de politiques publiques peuvent impacter le bien-être des femmes et leur capacité à se déplacer dans l'espace public.

Les violences de genre, une des conséquences des inégalités femmes-hommes

L'enquête Virage de l'Ined³⁴ l'a encore confirmé récemment : 14,5 % des femmes de 20 à 69 ans ont été victimes de violences au cours de leur vie, contre 4 % des hommes. Ces violences existent dans toutes les sphères économiques, sociales et culturelles et ont des conséquences protéiformes sur la santé (psychique, mentale, physique...). Lors de la période de confinement, le 3919, géré par la Fédération nationale solidarités femmes (FNSF), a enregistré 52 000 appels entrants en avril et mai 2020, soit plus que l'année 2019 tout entière. Cette dynamique d'augmentation des signalements a concerné l'hexagone autant que les territoires ultramarins.

ZOOM sur ...

Le recours aux soins et la prise en charge : une problématique genrée accentuée par l'origine ethnique et sociale des individus

Le non-recours ou le renoncement aux soins apparaît comme une problématique genrée. En 2016, une enquête réalisée par Odenore en partenariat avec Pacte et le

³³ Elle a notamment créé [le bureau d'études ARObE](#) en 2014

³⁴ INED - Institut national d'études démographiques. VIRAGE (Enquête sur les violences et rapports de genre). [Internet]. Lancée en 2019 [cité 19 déc 2024]. Disponible sur : <https://virage.site.ined.fr/>

CNRS³⁵ illustre que les femmes sont plus exposées au renoncement que les hommes³⁶, et cela est davantage marqué dans certains territoires.³⁷ Plus de femmes renoncent aux soins chez un spécialiste et elles renoncent principalement pour des questions de disponibilité personnelle. Ces constats gagneraient à être analysés de manière plus approfondie en fonction des territoires.

Une sous-évaluation de la douleur chez les femmes conduit parfois à un retard de diagnostic et de prise en charge. En ce sens, une étude menée par le Centre hospitalier universitaire de Montpellier est venue confirmer la prise en charge de fait différenciée par le système de santé, en fonction du sexe et de l'origine des patient·es. Selon cette étude, un homme « blanc » aurait ainsi 50 % de possibilités supplémentaires à celles d'une femme « noire » pour être considéré comme une urgence vitale.³⁸

Cette tendance a été remarquée en premier lieu dans la prise en charge précoce des infarctus. Cette sous-évaluation de la douleur féminine a de réelles conséquences dans la manière dont les femmes sont prises en charge aux urgences.³⁹

Chaque personne a une trajectoire de vie singulière, façonnée par son vécu, sa position sociale, son parcours migratoire, son orientation sexuelle ou encore la manière dont elle perçoit et raconte sa propre expérience. Il serait donc réducteur de considérer les femmes comme un groupe homogène.

L'objectif n'est pas de catégoriser ou de figer des identités, mais d'adopter une approche territoriale de la santé qui tienne compte de l'entrelacement des rapports sociaux, de genre, de classe, d'origine, etc. Il s'agit ainsi de mieux comprendre les inégalités structurelles qui traversent certains contextes, sans pour autant essentialiser les personnes ou nier la diversité de leurs vécus.

C'est dans un souci de clarté, de synthèse et conscient·es du caractère non exhaustif de la démarche, que nous proposons d'esquisser les principaux enjeux de santé repérés dans la littérature scientifique concernant

³⁵ [Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance maladie | ODENORE - Université Grenoble Alpes \[Internet\]](#).

³⁶ Ce diagnostic quantitatif a été conduit dans 18 départements en lien avec 18 CPAM.

³⁷ Comme les Alpes-Maritimes, la Drôme, les Flandres, le Hainaut, la Haute-Garonne et la Moselle

³⁸ [Coisy, Fabiena ; Olivier, Guillaume ; Ageron, François-Xavier ; Guillerrou, Hugod ; Roussel, Mélanie ; Balen, Frédéric ; Grau-Mercier, Laura ; Bobbia, Xavier. Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients ?. European Journal of Emergency Medicine 31\(3\) : p 188-194, Juin 2024.](#)

³⁹ Pour accéder au communiqué de presse du CHU de Montpellier concernant l'étude, cliquez [ici](#)

certaines groupes de femmes : les femmes lesbiennes, bisexuelles, trans ou intersexes ; les femmes en situation de handicap ; les femmes migrantes ou étrangères ; ainsi que les femmes vivant dans des quartiers populaires.

ZOOM sur ...

La santé des personnes lesbiennes, bisexuelles, trans et intersexes⁴⁰

La santé des personnes lesbiennes, bisexuelles, trans et intersexes présente des spécificités propres. Les discriminations peuvent être intériorisées et avoir des impacts sur la santé physique et mentale des individus : peur du jugement, anticipation d'une mauvaise prise en charge, stratégies d'évitement du système de santé... Par exemple, 57,5 % des femmes lesbiennes ont peur d'être discriminées⁴¹ ou jugées en annonçant leur sexualité. Elles seraient en outre plus susceptibles de subir des violences intrafamiliales.⁴² Les personnes homosexuelles ou bisexuelles apparaissent plus concernées que les autres par le risque de suicide.⁴³ Par ailleurs, les parcours de transition entraînent souvent la précarisation des conditions de vie et des risques accrus de passage à l'acte suicidaire.⁴⁴

→ Pour aller plus loin :

- [Inpes, les minorités sexuelles face au risque suicidaire en France, 2024](#)
- [Crips IDF, boîte à outils, dossier thématique, guide LGBTQI+ pour un meilleur accueil des minorités genrées, 2023](#)

⁴⁰ Nous constatons un manque et un retard de données concernant l'état de santé des personnes intersexes. Il a fallu attendre 2023 pour que la première enquête « Santé&Intersexuation » voit le jour permettant de documenter l'état de santé des personnes intersexes. Cette enquête comporte 5 volets : situation socio-démographique ; santé physique et mentale ; expériences médicales ; conjugalité ; sexualité et santé sexuelle ; discriminations et violences. Lien vers l'enquête en cliquant [ici](#).

⁴¹ Jedrzejewski T, « EGaLe-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France ». Univ. Paris Diderot – Paris 7. Thèse soutenue en octobre 2016.

⁴² [Défenseur des droits. Violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT plus touchés. 24 avril 2020.](#)

⁴³ [INPES. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives. Publié le 1 janvier 2010, mis à jour le 6 septembre 2019.](#)

⁴⁴ [CRIPS Île-de-France. Guide LGBTQI+ pour un meilleur accueil des minorités genrées, sexuelles et sexuées à destination des pros de santé. Date de création : 06/07/2023](#)

- [Défenseur des droits, violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT les plus touchés, 2020](#)

ZOOM sur ...

La santé des femmes en situation de handicap

Depuis de nombreuses années, le handicap est le premier motif de saisine du Défenseur des droits en matière de discriminations. Les problèmes d'accessibilité sont évidents : à l'école, dans le logement, sur les lieux de travail, pour l'accès aux services publics, l'accès aux loisirs⁴⁵... Les femmes en situation de handicap ont un plus faible taux d'accès aux soins et aux dépistages que la population générale.

→ Pour aller plus loin :

- [Irdes, les femmes en situation de handicap vivant en institution ont-elles un meilleur accès au dépistage des cancers féminins ? 2021](#)

ZOOM sur ...

La santé des femmes étrangères et migrantes

La combinaison des facteurs de genre et de parcours migratoire est déterminante dans l'amplification des inégalités sociales et territoriales de santé. Selon l'Insee, 60 % des femmes immigrées se déclarent en bonne ou très bonne santé générale en 2019 et 11 % en mauvaise ou très mauvaise santé, contre respectivement 71 % et 7 % des femmes ni immigrées, ni descendantes d'immigré-es.⁴⁶ Les femmes âgées immigrées, représentent également une population oubliée des politiques publiques. La santé des exilé-es (immigrés, réfugiés, demandeurs d'asile ou étrangers en situation irrégulière) est généralement meilleure à leur arrivée que celle des nationaux des pays d'accueil, mais elle se dégrade rapidement ensuite, en raison des difficultés d'accès

⁴⁵ [Fabrique territoires santé. Dossier ressources « Discriminations et santé ». 2022.](#)

⁴⁶ [INSEE. Immigrés et descendants d'immigrés, édition 2023. \[Internet\]. \[Cité 2 avril 2025\].](#)

aux soins, et surtout du traitement qui leur est fait par la société dans laquelle ils et elles s'installent.⁴⁷

→ **Pour aller plus loin :**

- [Recherche sociale, vieillir quand on est une femme immigrée : entre \(in\)dépendance et isolement, 2021.](#)
- [La Santé en action, migrants en situation de vulnérabilité et santé, n° 455, 2021.](#)

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

ZOOM sur...

La santé des femmes des quartiers populaires

Les femmes résidant en quartier prioritaire font face à une accumulation d'inégalités sociales, territoriales et de genre, et c'est « *au prisme de l'intersectionnalité comprise comme l'imbrication de plusieurs rapports de domination tels que la race, la classe, l'ethnicité ou la religion dans la production et la reproduction des inégalités qu'il faut analyser l'état de santé des femmes de quartiers populaires* »⁴⁸. Selon le rapport annuel de l'Observatoire national de la politique de la ville (ONPV) paru en 2019, « 51 % des femmes se déclarent en bonne ou très bonne santé, soit 16 points de moins que dans le reste des unités urbaines environnantes » ; « 45 % des femmes résidant en quartier prioritaire ont eu recours à un dentiste ou orthodontiste au cours des douze derniers mois, soit 14 points de moins que dans le reste des unités urbaines environnantes » ; 41,1% des femmes résidant en quartier prioritaire ont renoncé à au moins un soin pour raisons financières, soit 11 points de plus que dans le reste des unités urbaines environnantes ». Ce moindre accès aux soins et cette moindre perception d'une bonne santé pour les femmes résidant en QPV s'explique en partie par un manque d'offre de santé dans ces quartiers. D'autres facteurs viennent aggraver la situation : manque de moyens, manque de temps, manque d'informations, coût des soins... Ceci peut s'ajouter à la réticence de certain-es professionnel·les de santé de recevoir des personnes ne sachant pas parler la langue, bénéficiaires de la PUMa (protection universelle maladie) ou de l'Aide Médicale d'État (AME). En outre, il faut noter que les femmes en situation de vulnérabilité sont particulièrement touchées par les morts maternelles, quand on sait qu'un décès maternel sur 5 survient dans un contexte de vulnérabilité sociale, selon le 6^{ème} rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles. Il est toutefois difficile d'observer les inégalités de santé vécues par les femmes résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville tant cela nécessite d'avoir des données – quantitatives ou qualitatives – territorialisées à l'échelle des QPV et genrées.

⁴⁷ [La Santé en action. Migrants en situation de vulnérabilité et santé. La Santé en action. 2021.](#)

⁴⁸ [Salle M. Femmes des quartiers populaires, les oubliées de la santé. Les Cahiers du développement social urbain. 2022 ; 76.](#)

→ Pour aller plus loin

- [Les cahiers du développement social urbain, Femmes des quartiers populaires, les oubliées de la santé, n°76, 2022](#)
- [Rapport annuel de l'ONPV, bien vivre dans les quartiers prioritaires, 2019](#)
- [Questions d'économie de la Santé, le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique, 2011](#)

Une évolution tardive de la prise en compte du sexe et du genre dans les politiques internationales, européennes et nationales

À l'échelle internationale et européenne

La prise en compte du sexe et du genre dans les politiques publiques à l'échelle internationale s'est faite sous l'impulsion de l'Organisation des Nations unies à partir des années 1990. En septembre 1995, [la quatrième Conférence mondiale sur les femmes](#) a réuni des milliers de femmes et d'hommes à Beijing, marquant une avancée sans précédent pour les droits des femmes. La déclaration et le [Programme d'action de Beijing de 1995](#)⁴⁹ constituent un programme visionnaire en faveur de l'inclusion du genre dans les politiques de santé. Adopté par 189 gouvernements, ce programme engage à prendre des mesures audacieuses et stratégiques.

Pour autant, il faudra attendre 2002 pour une réelle intégration de la perspective de sexe/genre dans l'ensemble des activités de l'institution. L'OMS prône en ce sens des systèmes de santé sensibles au genre. En voici les principaux enjeux :

⁴⁹ [Déclaration et Programme d'action de Beijing, Déclaration politique et textes issus de Beijing +5, 2015.](#)

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

EXTRAIT de...

« Promouvoir des systèmes de santé qui tiennent compte des questions de genre pour réduire les inégalités en santé, OMS »⁵⁰

« Prestations de service : Veiller à l'équité entre les sexes dans l'accès à tous les services : promotion de la santé, soins préventifs et curatifs, depuis les soins de proximité jusqu'aux soins tertiaires ;

Informations et recherche : Garantir la collecte, la compilation, l'analyse et l'utilisation de données ventilées par sexe afin que le système de santé prenne en compte les informations sur les déterminants de la santé et l'état de santé, et affecte ses ressources en conséquence ;

Produits médicaux et technologies : Veiller à l'équité entre les sexes dans l'accès aux médicaments, vaccins, et technologies essentielles ;

Personnels du secteur sanitaire et social : Promouvoir des politiques et des stratégies porteuses de transformation pour combattre le sexisme et les inégalités entre les sexes au sein du personnel de santé et pour offrir un travail décent à tous les agents de santé et travailleurs sociaux ;

Financement des soins de santé : Instaurer l'accès universel aux services de santé tout en garantissant l'équité entre les sexes dans l'accès aux dispositifs de protection financière. Promouvoir une budgétisation soucieuse de la lutte contre le sexisme et l'évaluation des risques financiers ;

Leadership et gouvernance : Favoriser une bonne gouvernance de la santé ainsi que des politiques de santé publique et des structures de gouvernance qui tiennent compte des questions de genre. »

Au niveau européen, il existe depuis 2006 [la charte européenne pour l'égalité des femmes et des hommes dans la vie locale](#) adoptée par le Conseil des communes et régions d'Europe (CCRE). Elle vise à inciter les collectivités territoriales (villes, régions, municipalités) à s'engager activement en faveur de l'égalité des sexes dans toutes leurs politiques et actions. Plus de 1 800 collectivités dans toute l'Europe ont à ce jour signé cette charte.⁵¹

Plus récemment, la stratégie de l'Union européenne pour l'égalité entre les hommes et les femmes 2020-2025 ⁵² souligne, quant à elle, l'engagement pris par la Commission von der Leyen de parvenir à une

⁵⁰ [Organisation mondiale de la Santé. Genre et santé \[Internet\].](#)

⁵¹ Par exemple, Paris, Vienne, Rennes, Athènes, Zurich ... ont signé la charte.

⁵² [Commission européenne. Stratégie pour l'égalité entre les sexes. \[Internet\].](#)

« Union de l'égalité ». La stratégie poursuit une double approche associant l'intégration de la dimension d'égalité hommes-femmes à des actions ciblées, sa mise en œuvre reposant sur le principe horizontal d'intersectionnalité. En mars 2025, la Commission européenne a renforcé son engagement en présentant [une nouvelle feuille de route](#)⁵³ qui s'appuie sur la stratégie 2020 – 2025. Cette feuille de route s'articule autour d'enjeux relatifs à la transparence des rémunérations, à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée pour l'égalité des responsabilités familiales, à l'équilibre hommes-femmes au sein des conseils d'administration des entreprises et à la lutte contre la violence à l'égard des femmes. À titre d'exemple, la France a mis en place le label « Terrain d'Égalité » pour promouvoir l'égalité entre les sexes et lutter contre la discrimination et les violences basées sur le genre (VBG) dans le domaine du sport⁵⁴. La Belgique a commandité une étude sur le sexisme en politique à l'occasion de la période électorale de 2024 pour comprendre si, comment et pourquoi les candidat-es sont victimes de sexisme, évaluer les conséquences de ces comportements et proposer des mesures concrètes pour les combattre lors des campagnes électorales.

À l'échelle nationale

La politique des droits des femmes et de l'égalité femmes-hommes : la promesse d'une approche transversale à travers toutes les politiques publiques

Le premier rapport officiel sur la santé des femmes rédigé par le Conseil économique, social et environnemental est publié en 2010.⁵⁵ Depuis, tables rondes, groupes de travail, colloques et rapports se sont multipliés. Et ces questions sont progressivement appropriées par le public et le législateur.

Si, dès les années 1970, il y a eu plusieurs lois visant à promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes, ce n'est qu'à partir de la loi du 4 août 2014 relative à l'égalité entre les femmes et les hommes⁵⁶ que sont intégrés les enjeux de santé des femmes. Cette loi proclame l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et engage une approche transversale entre toutes les politiques publiques. Elle prévoit que « *l'État et les collectivités territoriales, ainsi que leurs établissements publics, mettent en œuvre une politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes selon une*

⁵³ [Commission européenne. Communiqué de presse, « La Commission dévoile sa feuille de route pour renforcer les droits des femmes »](#). [Internet]

⁵⁴ [Commission européenne. Rapport sur l'égalité de genre dans l'Union Européenne. 2025](#)

⁵⁵ [Hénon D. La santé des femmes en France. Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental. 2010. Communication présentée par Mme Dominique Hénon.](#)

⁵⁶ [Loi n° 2024-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.](#)

approche intégrée ». Cette loi comprend quatre axes principaux : prévenir les stéréotypes et favoriser la mixité ; promouvoir l'égalité et la mixité professionnelles ; lutter contre les violences ; garantir le droit à la santé. Ce dernier axe inclut notamment l'amélioration de l'accès à l'information et aux actions de prévention en matière de santé sexuelle et reproductive.

Quelques années plus tard, l'axe 2 du Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027⁵⁷ concerne la santé des femmes et comporte 5 priorités. Parmi elles, deux nouvelles priorités permettent d'élargir la question de la santé des femmes au-delà de la santé sexuelle et reproductive : mieux prendre en compte les spécificités de la santé des femmes et renforcer leur accès aux soins d'une part, et améliorer la santé des femmes en situation de grande précarité d'autre part.

La Stratégie nationale de santé (SNS) : la définition d'une nouvelle forme d'universalité des politiques publiques

La Stratégie nationale de santé (SNS), document cadre pour la définition des politiques publiques, n'a pas spécifiquement ciblé la santé des femmes entre 2018 et 2022.⁵⁸ Il faut attendre la Stratégie nationale de santé 2023-2033 pour que les spécificités liées au genre et la mise en œuvre d'actions ciblées soient reconnues. Y est soulevé l'importance de prendre en compte la dimension du sexe et du genre dans les politiques de santé : « *Cela implique de définir une nouvelle forme d'universalité des politiques de santé qui ne nierait pas les différences liées aux caractéristiques physiques et biologiques des hommes et des femmes ou encore leurs rôles, comportements, expressions et identités socialement construits* ». Il est notamment question de la lutte contre les stéréotypes et des discriminations en santé et de la nécessité de former et de sensibiliser les professionnel·les de santé aux stéréotypes de genre. Les axes spécifiquement dédiés à la santé des femmes renvoient à sa santé sexuelle et reproductive (la lutte contre l'endométriose, promotion de la santé sexuelle et reproductive) ... Toutefois, comme le souligne la Fédération des acteurs de la solidarité⁵⁹, la SNS promeut encore trop peu un parcours spécifique à destination des femmes.

⁵⁷ [Ministère délégué à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Présentation du plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027. \[Internet\].](#)

⁵⁸ [Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé Sexuelle \(SNSS\). \[Internet\].](#)

⁵⁹ [Fédération des Acteurs de la Solidarité. Plaidoyer Santé des femmes en situation de précarité. 2024.](#)

La territorialisation de la santé des femmes

La territorialisation de la santé des femmes repose sur l'implication de plusieurs échelles d'actions : régionale, départementale et locale. À chaque niveau, différents acteurs (ARS, conseil régional, préfecture, conseil départemental, ville, intercommunalités et tissu associatif).

L'engagement progressif de l'échelon régional

À l'échelle régionale, plusieurs acteurs institutionnels jouent un rôle clé dans la prise en charge des questions de santé des femmes. Les services déconcentrés de l'État mettent en place des politiques spécifiques. Parallèlement, les conseils régionaux, en tant que collectivités territoriales, développent des politiques complémentaires et soutiennent des initiatives locales en faveur de l'égalité femmes-hommes et de l'accès aux soins.

L'action déconcentrée de l'État

Les ARS ont progressivement inclus la santé des femmes et des femmes précaires dans leurs stratégies. Cette intégration se traduit par l'intégration de mesures spécifiques dans les Projets régionaux de santé (PRS), ainsi que les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS).

Cependant, bien que de nombreuses initiatives aient été mises en place – notamment des dispositifs de prévention et de dépistage adaptés ainsi que des actions dites d'*aller vers* pour toucher les populations éloignées des soins – ces efforts restent parfois insuffisants. Comme le souligne la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) : « *si nombre de PRAPS ont désormais inclus des mesures dédiées aux besoins en santé des femmes, élaboré des politiques de prévention et de dépistage adaptées, et développé des dispositifs spécialisés d'« aller vers », ce n'est pas toujours suffisant* ».

Outre les ARS, les Directions régionales aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE), rattachées aux préfectures de région, jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des politiques gouvernementales en matière d'égalité femmes-hommes. Elles agissent dans le domaine de la lutte contre les violences faites aux femmes, sur l'égalité professionnelle et économique, sur l'accès aux droits et à la santé, et elles accompagnent les collectivités et les associations dans leurs projets locaux.

Le rôle des conseils régionaux

De nombreuses régions s'investissent dans la promotion de la santé des femmes, en partenariat avec les ARS et les associations locales. Cette implication se manifeste notamment par le financement de campagnes de dépistage, par exemple. Au-delà des actions de prévention, certaines régions intègrent la santé des femmes dans une approche de lutte contre

les violences. En Île-de-France par exemple, le Centre Hubertine Auclert, organisme associé de la Région Île-de-France, est le centre francilien pour l'égalité femmes-hommes. Il a pour principal objectif la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que la lutte contre les violences faites aux femmes. Il porte notamment l'[Observatoire régional des violences faites aux femmes](#), qui fournit une expertise et des ressources aux acteurs de terrain.

L'échelle départementale : un rôle clé dans l'action sociale et la prévention

Les conseils départementaux ont une action majeure en matière de solidarité et de cohésion sociale (enfants confiés à la protection de l'enfance, personnes âgées, personnes en situation de handicap, bénéficiaires du RSA...) mais aussi d'aménagement du territoire et d'accès au logement. Ils peuvent à ce titre jouer un rôle primordial sur de nombreux déterminants de santé. D'autant que leur capacité à déployer leurs actions sur l'ensemble du département contribue à lutter contre les inégalités territoriales. Citons pour exemple :

- La Protection maternelle et infantile (PMI) qui propose un accès de proximité à des équipes pluridisciplinaires, contribuant ainsi à la réduction des inégalités d'accès aux soins et au repérage des difficultés des parents en général, et des mères en particulier (cf. zoom p.16) ;
- Les Plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD), qui intègrent des dispositifs spécifiques pour les femmes en difficulté.

L'engagement des départements se traduit également par le soutien financier aux associations à l'image du soutien aux dispositifs d'hébergement et d'accompagnement pour les femmes victimes de violence. À ce titre, seize observatoires départementaux des violences faites aux femmes ont été créés, avec pour objectif de mieux comprendre et prévenir ces violences. Le premier observatoire a été mis en place en Seine-Saint-Denis en 2002, marquant une avancée majeure dans la prise en charge des victimes et la sensibilisation des acteurs locaux.

À l'échelle départementale, les délégations de l'ARS ont également un rôle à jouer en termes d'élaboration des politiques locales de santé en y incitant et accompagnant des projets portant sur la santé des femmes.

L'action publique des collectivités territoriales : une action sur les déterminants de la santé des femmes

Le rôle des politiques communales et intercommunales et la place des acteur-trices locaux sont de plus en plus fréquemment mis en avant comme leviers de la réduction des inégalités sociales de santé (ISS).

Les démarches territoriales de santé

Bien que les questions de santé ne constituent pas une prérogative obligatoire des communes et de leurs groupements, ces dernières sont de plus en plus nombreuses à s'en emparer. Les Contrats locaux de santé (CLS), les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), les Ateliers santé ville (ASV) se sont saisis peu à peu de la question de la santé des femmes. Ce sera l'objet de la deuxième partie du Dossier ressources que d'éclairer les enjeux des professionnel·les des démarches territoriales de santé lorsqu'ils et elles décident d'initier des projets locaux sur la santé des femmes.

L'impact des politiques locales des communes et intercommunalités sur la santé des femmes

De manière plus indirecte – mais pourtant bien liée par leur impact sur les environnements et le cadre de vie – différents plans locaux peuvent traiter des enjeux de genre et de santé.

Par exemple, le Plan local de l'urbanisme (PLU) peut intégrer des pistes de réflexion sur la place des femmes et des filles dans l'espace public ou encore le PLH (Plan local de l'habitat) qui peut permettre de prendre en compte les besoins spécifiques des femmes dans les politiques de l'habitat.

Zoom sur ...

L'expérience du Bureau des temps à Rennes

Le Bureau des temps est un service de la ville de Rennes et de Rennes Métropole, spécialisé dans l'étude des temporalités urbaines pour développer une lecture temporelle du territoire. La première grande action du Bureau des temps a été de lancer un chantier transversal avec les Ressources humaines sur les horaires de travail des agent·es d'entretien qui sont à 90 % des femmes. Elles travaillaient sur des créneaux qui ne permettaient pas de concilier vie professionnelle et personnelle. Aujourd'hui, tous·tes les agent·es d'entretien travaillent sur des horaires de bureau. D'autres aspects ont été travaillés par la suite : adaptation des horaires des services proposés aux habitant·es, travail en lien avec les services d'aménagement urbain afin d'intégrer les notions de temps d'accès (au métro, aux espaces verts...) et pas seulement de distance, etc...

➔ **Pour aller plus loin : [réseau national des acteurs de démarches temporelles](#)**

La Politique de la ville : un engagement encore insuffisant pour l'égalité femmes-hommes

La Politique de la ville a depuis longtemps identifié la question de la place des femmes et/ identifié ce « public » comme particulièrement exposé aux inégalités socio-économiques. Toutefois, il a fallu attendre 2014 pour que la loi exige l'élaboration d'un plan d'actions pour l'égalité femmes-hommes. En effet, la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014⁶⁰ précise que l'égalité entre les femmes et les hommes doit être une priorité transversale obligatoire des contrats de ville. Il est ainsi prévu d'adosser un plan d'actions égalité femmes-hommes au Contrat de ville, mais force est de constater que rares sont les Contrats de ville qui entre 2015 et 2024 l'ont véritablement fait. Comme le regrette le Club égalité femmes-hommes du réseau national des Centres de ressources politique de la ville (CRPV), cet enjeu est rarement porté de manière opérationnelle et reste encore souvent de l'ordre de l'intention.⁶¹

L'action essentielle des associations

À travers leurs actions, les associations et collectifs de femmes ont joué un rôle essentiel dans l'amélioration des conditions de vie des femmes, en apportant un soutien indispensable aux personnes en situation de précarité, victimes de violences ou confrontées à des discriminations. Leur engagement ne s'est pas limité à l'accompagnement individuel : par leurs luttes et leurs plaidoyers, elles ont contribué à d'importantes avancées législatives et sociétales, notamment en matière de droits reproductifs et de protection contre les violences. L'un des exemples les plus marquants est celui du Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC) en France, qui a joué un rôle clé dans la légalisation de la contraception en 1967 et du droit à l'avortement en 1975, grâce à la loi portée par Simone Veil. En parallèle, ces collectifs ont ouvert des espaces d'écoute, d'entraide et d'accompagnement, renforçant ainsi la cohésion sociale et favorisant l'autonomisation des femmes.

Le rôle des associations dans la santé des femmes ne se limite pas à la lutte contre les violences ou la santé reproductive. Elles interviennent aussi sur des enjeux comme la santé mentale, le bien-être, l'accès aux soins pour les femmes en situation de précarité ou encore la sensibilisation aux maladies qui les touchent particulièrement, comme l'endométriose ou le cancer du sein.

Au-delà des discours et des orientations internationales, européennes, nationales et locales présentées ci-dessus, qu'en est-il dans les faits plus concrètement ? Au niveau local, quelles approches et coopérations en promotion de la santé des femmes sont mises en place et quels en sont les enjeux ?

⁶⁰ [Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. Journal officiel de la République française. 2014](#)

⁶¹ [Réseau CRPV. Contribution commune BIE - Club Égalité. \[Internet\].](#)

Partie 2 : approches et coopérations locales inspirantes

-

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

La santé est influencée par de nombreux facteurs : l'accès à l'éducation, au logement, à la sphère professionnelle, à la santé sexuelle et reproductive, à un cadre de vie favorable, à la santé mentale, etc. Cette diversité de facteurs implique d'agir sur plusieurs déterminants de la santé et de mobiliser différentes politiques publiques. Dès lors, comment cette démarche/approche transversale est-elle appréhendée dans les territoires et comment se traduisent les coopérations locales qui s'en saisissent ?

En outre, le corps des femmes a longtemps été un impensé en médecine et la recherche clinique a cantonné/réduit la santé des femmes à la seule sphère de la santé sexuelle et reproductive. Aujourd'hui, comment les acteur·trices s'en saisissent et sur quelles données s'appuient-ils et elles pour développer des actions ?

À partir de l'analyse des contributions reçues, nous pouvons distinguer cinq approches retenues par les acteur·trices locaux·ales :

- Améliorer l'offre de soins et promouvoir la santé sexuelle ;
- Améliorer l'accès aux soins et la santé des femmes en situation de précarité ;
- Agir pour le dépistage organisé des cancers ;
- Repérer, sensibiliser et agir sur la charge mentale des femmes ;
- Prendre le temps de l'observation et du diagnostic pour entreprendre des actions.

Promouvoir la santé sexuelle dans les territoires

Les enjeux en matière de santé sexuelle ont été formalisés dans la Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017 – 2023⁶², qui vise le développement de politiques publiques couvrant divers aspects de la santé sexuelle, de l'éducation à la sexualité, en passant par la prévention, le dépistage et la santé reproductive. Elle repose sur une approche positive de la santé sexuelle, source d'équilibre mental et social, incluant la défense des droits et la lutte contre les discriminations et les violences liées au genre ou à l'orientation sexuelle. Cette thématique est majeure dans les contributions que nous avons reçues et les acteur-trices locaux s'en emparent notamment de deux manières : d'une part, en renforçant l'offre de soins et les dispositifs en santé sexuelle et reproductive et d'autre part, en promouvant la santé menstruelle.

Renforcer l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive

Afin de pallier le manque d'offre de soins en gynécologie⁶³ mais aussi pour accompagner la santé des femmes dans leur globalité, il existe des initiatives, comme le centre de santé Maison Olympe à Angers, qui proposent un accompagnement global sur la santé des femmes (consultations gynécologiques, soins primaires, ateliers de santé sexuelle et reproductive, ...). Le centre de santé est ouvert à tous·tes quel que soit leur lieu de résidence et regroupe plus spécifiquement un ensemble de professionnel·les spécialistes de la santé des femmes, de la santé gynécologique et des soins primaires, formant une équipe de soins pluridisciplinaire. L'engagement en santé communautaire garantit cette approche globale par la participation des usager·es et par la prise en compte des déterminants de santé qui sont à l'origine des inégalités d'accès aux soins.

→ **Pour en savoir plus : [Maison Olympe, centre de santé à orientation gynécologique, inclusif et social // Pays de La Loire](#)**

⁶² [Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 \[Internet\]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2017.](#)

⁶³ La Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM) dresse un constat alarmant sur l'insuffisance de l'offre de soins en gynécologie médicale dans les territoires et plus particulièrement sur l'accès des femmes précaires à des spécialistes en santé des femmes.

Promouvoir la santé menstruelle

L'achat de protections menstruelles concerne en France 15,5 millions de femmes âgées de 13 à 50 ans. L'accès aux protections est un enjeu de dignité humaine. Or, on dénombre 4 millions de femmes victimes de précarité menstruelle, c'est-à-dire dans l'incapacité matérielle et financière de pouvoir accéder et subvenir chaque mois à l'achat de leurs protections périodiques.⁶⁴ Promulguée le 26 décembre 2023, la loi de financement de la sécurité sociale – LFSS 2024 – prévoit, sous conditions, la gratuité de protections réutilisables.⁶⁵

Au-delà de la notion de précarité menstruelle, la notion de santé menstruelle implique quant à elle un état de complet bien-être physique, mental et social, et non la simple absence de pathologie ou d'infirmité en relation avec le cycle menstruel. Il s'agit alors non seulement de pallier le manque d'accès aux protections périodiques mais aussi de pallier les manques d'informations et de recherche sur la santé menstruelle (définition d'un cycle menstruel, syndrome prémenstruel...), de garantir l'accès à l'éducation à la santé menstruelle pour tous·tes et d'aborder les enjeux d'accès à des infrastructures adaptées, à l'eau et aux sanitaires (publics ou privés).

Divers acteur·trices s'emparent de la thématique de la précarité menstruelle. Dans nos contributions, il s'agit de la mission santé des femmes d'une collectivité, du CLS et parfois d'une CPTS qui s'emparent de cette thématique, le plus souvent traitée par le biais d'actions alliant la formation des professionnel·les à la santé menstruelle et la distribution gratuite de protections périodiques.

Par exemple, dans le cadre du Contrat local de santé du territoire elbeuvien en partenariat avec l'Atelier santé ville du territoire, une collecte de protections périodiques s'est organisée sur les neuf communes. Elle s'accompagne d'une formation des professionnel·les (social, médico-social, éducation) : « informer sur les règles et la précarité menstruelle » déployée par l'association Règles élémentaires.

➔ **Pour en savoir plus : La santé menstruelle et la lutte contre les violences de genre au sein du pôle santé du territoire elbeuvien // CLS du territoire elbeuvien // Normandie**

⁶⁴ [Assemblée nationale \(France\). Proposition de loi n° 4833 relative à la lutte contre la précarité menstruelle \[Internet\]. 2021.](#)

⁶⁵ [Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 \[Internet\]. Legifrance ; 2023.](#)

Améliorer l'accès aux soins et à la santé et au bien-être des femmes en situation de précarité

Les auteur·es s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de pathologies spécifiques à la précarité mais la précarisation accentue les souffrances psychiques, familiales et sociales, et exacerbe les tensions familiales. Les personnes en situation de précarité cumulent certains facteurs de risque et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. Quelles sont les problématiques spécifiques des femmes en situation de précarité repérées par les acteur·trices locaux et comment y répondent-ils-elles ?

Les femmes sont souvent confrontées à des priorités immédiates, telles que la recherche d'un logement ou d'un emploi, reléguant ainsi leur santé au second plan. La gestion des enfants et des responsabilités familiales, qui passe souvent en priorité, retarde également l'accès aux soins. De plus, certaines sont allophones⁶⁶ ou ont un faible niveau de littératie en santé⁶⁷, ce qui représente des freins à la prévention et aux soins. La précarité ayant un effet sur l'isolement social, elles peuvent parfois se sentir démunies pour faire face aux difficultés qu'elles rencontrent.

Pour garantir l'accès aux droits et aux soins adaptés aux spécificités des femmes en situation de précarité, des dispositifs permettent alors de repérer et d'aller vers ces femmes. Ils s'appuient par exemple sur des consultations dites hors les murs ou mettent en place des espaces dédiés aux femmes, permettant d'agir sur plusieurs déterminants de la santé tels que l'accès aux droits et aux soins, le lien social, l'encapacitation, la littératie en santé... Cette approche permet de créer un lien de confiance sur la durée avec les bénéficiaires.

Aller au plus près

Certains dispositifs facilitent l'accès à la prévention et à un·e professionnel·le de santé, tout en garantissant l'autonomie des femmes concernant leur santé. C'est le cas du dispositif e.CARE à Toulouse qui intervient dans le secteur de la santé précarité. Il a pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé et lutter contre l'exclusion et le non-recours aux soins en améliorant l'accès aux soins et en facilitant la mise en place de parcours de soins coordonnés et adaptés aux besoins de personnes en situation de précarité. Au fil des missions d'e.CARE, les professionnel·les du dispositif ont repéré des problématiques spécifiques concernant les

⁶⁶ Personne dont la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve

⁶⁷ Définition de la littératie en santé : « *La littératie en santé est reconnue être un élément déterminant de la santé publique. On entend par ce terme la motivation et les compétences d'un individu à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé* ». Source : [Santé Publique France](#)

femmes. Pour n'en citer que quelques-unes : une charge familiale importante qui passe en priorité et peut retarder les soins, la prévalence très élevée de violences physiques, psychologiques et sexuelles ayant un impact sur la santé globale, etc. Il a été décidé de leur consacrer des consultations sur des lieux d'accueil de jour (binôme médecin – travailleur·se social·e), avec pour objectif de réduire les barrières d'accès aux soins en allant au plus près des personnes. Ce travail s'effectue en étroite collaboration avec les travailleur·ses sociaux·les.

➔ **Pour en savoir plus : Renforcer le repérage et l'aller-vers en direction des femmes en situation de précarité // e.CARE // Occitanie**

Développer des lieux dédiés

Certains lieux dédiés aux femmes sont un levier pour tisser des liens sociaux, apprendre le français et ainsi mieux se repérer dans le système administratif et sanitaire. Ils permettent aussi d'être accompagné·e dans l'accès aux droits et aux soins et de participer à des ateliers d'éducation à la santé. Le plus souvent de format associatif, ils développent des partenariats avec le Centre médico-psychologique (CMP), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le service santé de la collectivité, les Centres d'hébergement d'urgence du territoire... afin d'améliorer la santé globale des femmes selon les problématiques spécifiques repérées.

L'association Tin Hinan est implantée au cœur du quartier de la Mosson depuis 1999, à Montpellier. Les femmes bénéficiaires font parfois face à un faible niveau de littératie en santé et à des difficultés d'accès aux droits et aux soins. L'approche adoptée est globale : accueil des habitant·es, ateliers linguistiques adaptés, accompagnement à la parentalité, actions citoyennes et participatives, permanences administratives, prévention des violences intrafamiliales, loisirs, découvertes et accès à la culture...

Le travail autour de la santé s'est mis en place petit à petit, en réponse aux besoins repérés. Ces actions sont organisées en partenariat avec le CMP, la CPAM, et l'unité santé de la ville de Montpellier.

➔ **Pour aller plus loin : De l'accompagnement sociolinguistique à la promotion de la santé des habitantes // Association Tin Hinan // Occitanie**

L'association Autremonde, située dans le 20^{ème} arrondissement de Paris, à Belleville, déploie un programme d'activités visant à répondre aux besoins et aspirations des femmes qu'elle accueille. Il comporte trois volets : 1) favoriser les échanges afin de rompre l'isolement des femmes et développer le lien social, 2) développer des compétences spécifiques à chacune des activités proposées et 3) développer leur encapacitation et leur confiance en elles en les impliquant au maximum dans le choix des activités.

➔ **Pour aller plus loin : Pole femmes d'autremonde // IDF**

Lutter contre les violences de genre

Quinze ans après l'enquête Enveff⁶⁸, l'enquête Virage⁶⁹ comble certains besoins de connaissances car elle prend en compte l'ensemble des situations où se produisent les violences (espaces publics, lieux d'études, de travail, relations de couple, cadre familial). Les violences sont protéiformes et ont des conséquences multiples sur l'état de santé, les parcours scolaires, professionnels, familiaux et conjugaux. Plus spécifiquement, les violences conjugales (violences physiques et/ou sexuelles exercées par le conjoint ou l'ex-conjoint) touchent 295 000 victimes par an en France métropolitaine, dont 72 % sont des femmes.⁷⁰ Comment les territoires s'emparent-ils de cette problématique ? Quels enjeux soulève-t-elle ?

Améliorer les connaissances des professionnel·les de santé et des collectivités pour déployer une culture commune

La sensibilisation et la formation des professionnel·les de santé aux enjeux des violences de genre représentent un enjeu fort identifié par la CPTS du Grand Lons, en lien avec le CLS du Pays Lédonien. Au total, sept professionnel·les de la CPTS (infirmier·es, médecins) et la coordinatrice du CLS du Pays Lédonien se sont formés à la Maison des femmes de Saint-Denis.⁷¹ Cette formation commune entre CPTS et CLS a pour objectif, à terme, de porter un plaidoyer commun entre professionnel·les de santé, agent·es de l'intercommunalité et élu·es, au sujet du repérage et du parcours des femmes victimes de violences.

68 [Brown E, Debauche A, Mazuy M. Entretien avec Elizabeth Brown, Alice Debauche et Magali Mazuy. Propos recueillis par Pauline Delage et Marylène Lieber. Cah Gend \[Internet\]. 2019 ; \(1\) : 37-50.](#)

69 [Ined. Enquête Virage. Violences et rapports de genre, 2020 \[Internet\]. Paris : Institut national d'études démographiques ; 2020.](#)

70 [Insee. Enquête de victimisation – Cadre de vie et sécurité \[Internet\]. Paris : Institut national de la statistique et des études économiques.](#)

71 En juillet 2016, avec une équipe de professionnel·es, Ghada Hatem ouvre la Maison des femmes de Saint-Denis dans le 93. Ce projet local est vite devenu le symbole de la lutte contre les violences faites aux femmes. Une instruction de 2024 complète le cahier des charges de 2020. Par cette instruction, les missions des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, également dénommés « maison des femmes/santé », sont renforcées sur plusieurs aspects concernant la formation, l'accessibilité pour les femmes en situation de handicap, la prise en charge psychologique des femmes, l'accès aux soins bucco-dentaires, la généralisation du dépôt de plainte sur l'ensemble des sites, avec l'appui de policiers et de gendarmes.

➔ **Pour aller plus loin : Garantir un accès aux soins adapté aux femmes victimes de violence // CPTS du Grand Lons // Bourgogne Franche-Comté**

Faire alliance entre les professionnel·les de la santé, du social, du médico-social

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Une alliance forte entre les professionnel·les de la santé, du social et du médico-social est centrale pour accompagner efficacement les personnes victimes de violences intrafamiliales. Elle permet une approche holistique et coordonnée, en répondant à la fois aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et juridiques des victimes. En travaillant ensemble, ces professionnels peuvent identifier les signes de maltraitance, offrir un soutien adapté et garantir l'accès aux soins, à l'accompagnement juridique et à la protection.

Dans le cadre des premières réunions autour de cas complexes de la MSP Simone Veil, les sage-femmes ont identifié que 60 % des femmes rencontrées estimaient avoir déjà subi des violences (sexistes, sexuelles, psychologiques ou physiques) dans leur parcours de vie. Tous·tes les professionnel·les de santé ont finalement estimé être confronté·es à cette problématique dans l'accompagnement des patient·es. La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Simone Veil à Pontarlier, Franche-Comté a proposé un suivi innovant qui met en lien les professionnel·les de santé, de santé mentale, du lien social, et des forces de l'ordre. La particularité de ce dispositif est d'être intégré au sein même de la Maison de santé pluriprofessionnelle, favorisant ainsi le lien de confiance qui unit un·e professionnel·le de santé au patient·e. Ceci offre une chance de plus de se confier et d'être accompagné·e par la suite.

« L'assistante sociale et la psychologue viennent faire leurs permanences dans la maison de santé. Elles ne sont pas initialement dans l'équipe de la Maison de santé. Ceci a été mis en place pour qu'il y ait un suivi et un accompagnement au même endroit, même si la personne peut être suivie par d'autres associations [...] Le côté "consultation médicale" permet de garantir l'anonymat de la victime en cas de situation d'harcèlement ou d'emprise ». - (Coordinatrice de la MSP)

➔ **Pour aller plus loin : Dispositif violences intrafamiliales // Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Simone Veil // Franche-Comté**

En milieu rural : repérer les problématiques de santé liées aux violences de genre

Les territoires ruraux accueillent 11 millions de femmes, soit une femme sur trois. L'Association des maires ruraux de France (AMRF) rappelle que deux bassins de vie ruraux sur trois manquent de médecins généralistes et que, dans ces bassins de vie, un médecin généraliste couvre en moyenne 30 km² (contre 5 km² dans les bassins urbains).⁷² En milieu rural, les femmes sont les premières victimes du recul des services publics, et les violences faites aux femmes sont souvent plus silencieuses, laissant les femmes sans une prise en charge unique adaptée à leurs besoins.

L'élaboration d'un diagnostic partagé entre les acteur·trices concerné·es est essentiel pour comprendre la situation, identifier les besoins et les ressources du territoire et s'entendre collectivement sur des priorités.

En Ardèche, les acteur·trices locaux ont réalisé un diagnostic local (quantitatif et qualitatif) en 2021 dans le cadre d'une journée de réflexion/de travail à laquelle ont participé une centaine de personnes (travailleur·euses sociaux, professionnel·les de santé, forces de l'ordre, élu·es...). Ce diagnostic mené dans le cadre du Contrat local de santé d'Annonay a confirmé le projet de création d'une maison des femmes et d'antennes locales et a identifié les structures ressources sur le territoire.

Un groupe projet a été mis en place début 2021 pour accompagner la démarche. Il est composé d'une gynécologue, de la conseillère municipale déléguée à la Lutte contre les discriminations, de l'adjointe en charge de la Politique Sociale, de la Santé et des Solidarités, de l'adjointe en charge de la Politique éducative, des Affaires scolaires et de la Lutte contre les discriminations, ainsi que de la coordinatrice santé.

« Lors de cette journée, l'importance de créer un lieu unique a été identifiée : prise en charge sanitaire, accès aux droits, soutien psychologique, etc. pour que la personne n'ait pas à errer de services en services. Les élu·es se sont saisi·es de cette problématique et le diagnostic a été porté par le CLS en partenariat avec l'hôpital ». - (Coordinatrice du CLS d'Annonay)

⁷² [Association des Maires Ruraux de France \(AMRF\). Étude sur la santé en milieu rural, analyse de la répartition des médecins à l'échelle des bassins de vie. Dossier de presse, septembre 2022 \[Internet\]. Fabrique Territoires Santé ; 2022.](#)

Agir pour le dépistage organisé des cancers

Des programmes nationaux de dépistage ont été mis en place pour trois types de cancers chez les femmes : le cancer du sein (en 2004), le cancer colorectal (entre 2008 et 2009) et le cancer du col de l'utérus (entre 2018 et 2019) ⁷³. Aujourd'hui, l'adhésion à ces campagnes demeure insatisfaisante. Comment les acteur·trices locaux prennent-ils ou elles en compte la question des déterminants de l'accès universel, en particulier l'accessibilité physique (disponibilité, temps d'accès raisonnable), l'accessibilité financière (coût des soins de santé, transport, temps d'absence au travail) et l'accessibilité socioculturelle (efficacité perçue, facteurs sociaux et culturels) ?⁷⁴

Des rôles et projets variables en fonction des contextes locaux

Pour améliorer les actions de dépistage, il semble essentiel d'avoir une action conjointe et articulée entre l'État, les collectivités territoriales, la Caisse primaire d'assurance maladie, le Centre régional de coordination de dépistage des cancers et les partenaires locaux associés. Cette association est nécessaire pour repérer et aller-vers les femmes, assurer les prises en charge, et former les partenaires sur les freins au dépistage.

Les freins au dépistage identifiés sont variables en fonction des contextes. Ce sont les barrières culturelles et financières qui sont identifiées à Montpellier tandis que dans le Pays de Tarascon, il est principalement question des freins liés à la mobilité et à l'enclavement du territoire. Dans les deux cas, les actions de dépistage s'adressent aux femmes de 50 à 74 ans pour le sein et le colon, et de 20 à 65 ans pour le cancer du col de l'utérus. Les deux formats s'apparentent à des villages santé s'articulant autour du Mammobile en lien avec des professionnel·les de santé (gynécologues, infirmier·es), le service politique de la ville - quand il existe - et le service mobilité. Il est important de souligner que si l'État joue un rôle indirect en finançant et en encadrant le dépistage organisé du cancer du sein, ce sont surtout des acteur·trices locaux qui gèrent le Mammobile.

Le projet *100 % des femmes accompagnées vers le dépistage organisé des cancers dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville* est porté par l'unité santé de la ville de Montpellier. Le diagnostic territorial a mis en avant les difficultés de dépistage dans certains QPV. Les stratégies déployées dans ce projet sont multiples : 1) formation des acteur·trices de proximité par le CRCDC ou la Ligue contre le cancer ; 2) l'association des acteur·trices de proximité dans le programme afin de répondre aux besoins du terrain 3) l'aller-vers qui se matérialise par un Mammobile et un bus de prévention ; 4) la présence d'interprètes lors de la venue du

⁷³ Depuis le 1^{er} janvier 2024, les personnes concernées par le dépistage organisé sont invitées par l'Assurance Maladie.

⁷⁴ Ibid 74

Mammobile, 5) un environnement favorable grâce à la possibilité d'ouverture des droits, l'accès à la mutuelle communale, ainsi qu'une cartographie des centres de radiologie ; 6) la communication ciblée.

Le responsable de l'unité santé souligne une certaine difficulté d'accès aux publics dans certains quartiers : « Dans certains quartiers, la dynamique associative peut être plus faible ou la configuration spatiale n'est pas favorable aux interactions sociales. L'idée est de passer par des "conseils de quartiers" ou des "conseils citoyens" mais aussi de lancer avec nos collègues du service politique de la ville des commissions santé territorialisées pour amorcer des dynamiques ».

➔ **Pour aller plus loin : Dépistage organisé des cancers dans les quartiers QPV // Ville de Montpellier // Occitanie**

La journée Santé des femmes s'inscrit dans l'axe prévention et promotion de la santé du CLS de Tarascon deuxième génération 2021-2026. Dans une démarche d'aller-vers, l'objectif est d'organiser deux journées Santé femmes du Pays de Tarascon à l'occasion de la venue du Mammobile géré par l'association Ariège prévention mobile. Il faut noter que la communauté de communes du Pays de Tarascon est membre fondatrice de l'association. Au vu du contexte montagneux et enclavé, une réflexion sur la mobilité a été menée pour améliorer l'accès des habitant-es aux établissements médico-sociaux et aux lieux de déploiement du Mammobile. Afin de faciliter l'accès au dépistage des personnes éloignées, une articulation avec le Schéma de cohérence territoriale (SCoT) est en cours. Les journées Santé des femmes proposées dans le cadre du CLS vont au-delà de la question des dépistages en élargissant les questionnements aux enjeux de santé cardiovasculaire.

➔ **Pour aller plus loin : Journée Santé des femmes : prévention et dépistage des cancers // Contrat local de santé (CLS) du Pays de Tarascon // Occitanie**

Adapter les outils de dépistage et les messages de prévention aux personnes en situation de handicap

Les freins dans l'accès au dépistage sont particulièrement importants pour les personnes en situation de handicap. Une situation économique précaire, une affection longue durée, des comorbidités, un handicap, ou

encore le genre sont autant de facteurs aggravant la moindre participation aux actions de dépistage des cancers. Les femmes en situation de handicap cumulent souvent ces différents facteurs et rencontrent de nombreuses barrières physiques et psychiques qui réduisent l'accès à la prévention des cancers féminins.

APF France handicap porte un projet en lien avec le CRCDC Centre-Val de Loire et le Réso2Pairs visant à améliorer la prévention et le dépistage obligatoire auprès de femmes en situation de handicap. Le Réso2Pairs mis en place par APF France handicap, repose sur l'idée que les personnes en situation de handicap et leurs proches aidant-es, développent une expertise d'usage. Ils acquièrent une technicité et des compétences qu'ils peuvent ensuite mobiliser pour transmettre leur savoir. Le Réso2Pairs a été formé sur la prévention des trois dépistages des cancers et un groupe de travail régional a été mis en place pour adapter les messages et les outils de prévention et de dépistage aux femmes en situation de handicap.

➔ **Pour aller plus loin : Améliorer l'accès au dépistage des cancers pour les femmes en situation de handicap // APF France handicap // Centre-Val de Loire**

Repérer, sensibiliser et agir sur la charge mentale des femmes

Concilier travail et vie domestique et familiale est une charge mentale qui incombe principalement aux femmes. Elles ont en majorité la charge des activités domestiques et parentales, y compris lorsqu'elles travaillent et qu'elles sont en couple. Avec l'avancée en âge, elles sont aussi, plus que les hommes, amenées à aider les proches en perte d'autonomie.

*Comme le souligne la sociologue Monique Haicault :
« La mise en manifestation visible de la charge mentale s'inscrit dans un mouvement mondial déclenché depuis 2016, celui de la dénonciation des allant de soi dans les rapports entre les hommes et les femmes et plus généralement dans les rapports sociaux et les doxas de sexe ».*⁷⁵

Par les contributions reçues, nous constatons que les collectivités s'emparent petit à petit de cette thématique émergente.

Par exemple, à l'occasion de la campagne Santé des femmes organisée par le service de santé publique de la ville de Saint-Denis, les habitantes sont consultées sur les thématiques qui leur semblent prioritaires.

Lors de la campagne 2023, la thématique phare de la programmation retenue par les femmes consultées a été la charge mentale. L'un des premiers enjeux fut de préciser en quoi consistait celle des habitantes.

En 2024, un groupe de quelques femmes a souhaité organiser des rencontres dans deux quartiers (le Franc-Moisin et la Plaine) afin d'échanger autour de la notion de charge mentale avec d'autres femmes des Maisons de quartiers. À la suite du temps d'échange, une visite guidée visant à découvrir les ressources locales a été organisée dans chaque quartier.

➔ **Pour accéder au programme de la semaine Santé des femmes, cliquez ici**

⁷⁵ Haicault M. La charge mentale, histoire d'une notion charnière. Patronage [Internet]. 2020.

Prendre le temps de l'observation et du diagnostic pour entreprendre des actions

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Pour agir et lutter contre les inégalités de santé liées au genre, un territoire doit d'abord être en capacité de décrire la situation, de la comprendre et la suivre. Lors du renouvellement du Contrat local de santé 2021-2026 de Gennevilliers, un diagnostic détaillé des conditions de vie et de l'état de santé de la population a été dressé. Celui-ci a fait émerger une priorité : la santé des femmes.

Pour autant, la ville déploie depuis de nombreuses années des actions de prévention et promotion de la santé à destination des femmes. Il s'agit notamment d'actions de lutte contre les violences faites aux femmes, de promotion de la santé sexuelle ou d'actions autour de la périnatalité et de la parentalité.

Le renouvellement du CLS a constitué une opportunité de dresser un état des lieux plus transversal, et ce avec l'appui d'un partenaire universitaire et en partenariat avec l'Observatoire local de la santé et du social (OLSS) de Gennevilliers et la mission égalité femmes-hommes.

Le partenariat ville-université s'est matérialisé par un stage d'une étudiante en Géographie de la santé de l'Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne (UPEC) au sein de l'Observatoire local de la santé et du social de Gennevilliers. Ce stage visait à élaborer un diagnostic local de la santé des femmes. Il a été axé sur la santé des femmes de 40-64 ans et visait à répondre aux interrogations suivantes : comment peut-on caractériser l'état de santé des femmes de Gennevilliers de 40 à 64 ans et ses déterminants ? Quelles différences peut-on identifier entre les quartiers (notamment entre QPV et non QPV) en matière de santé de cette population et ses déterminants ? Quels sont les impacts de leur rôle pivot dans la société sur leur santé, et sont-ils différents selon les quartiers et les aménités présentes ?

➔ **Pour aller plus loin : Le diagnostic santé des femmes de 40 à 64 ans // Contrat local de santé (CLS) de Gennevilliers // Ile-de-France**

Partie 3 : synthèse

Le rôle des démarches territoriales de santé (CLS, ASV, CLSM)

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Les démarches territoriales de santé et la méthodologie de projet qui leur est associée, notamment à travers la réalisation d'un diagnostic partagé entre les acteur·trices locaux - à la fois quantitatif et qualitatif - représentent une excellente opportunité pour faire émerger et traiter spécifiquement la question de la santé des femmes. Ce processus de diagnostic permet non seulement d'identifier les besoins spécifiques des femmes en matière de santé, mais aussi de mettre en lumière les inégalités et les obstacles auxquels elles sont confrontées. En engageant une réflexion sur ces enjeux, les démarches territoriales offrent un cadre structuré pour élaborer des stratégies adaptées.

Néanmoins, force est de constater que ce sont principalement des collectivités ayant un historique et un engagement politique ancien en matière de santé publique et d'inégalités sociales de santé, qui prennent le plus souvent l'initiative de réaliser des diagnostics incluant une réflexion sur le genre. Cela se fait souvent avec le soutien d'un observatoire de santé et/ou en s'appuyant sur la géographie de la santé.

Dans la plupart des cas, la question de la santé des femmes est encore principalement souvent réduite à la santé sexuelle, aux violences faites aux femmes, et aux dépistages des cancers.

On observe, de manière émergente, une volonté des acteur·trices locaux de développer des actions qui vont au-delà des questions de dépistage et de santé sexuelle. Ils et elles abordent ainsi d'autres thématiques importantes, telles que les risques cardio-vasculaires, la santé mentale, etc., et/ou adaptent ces actions aux spécificités territoriales.

À titre d'exemple, les projets liés à la santé menstruelle se multiplient et peuvent constituer une réelle opportunité permettant d'élargir la perspective et d'adopter une vision plus globale de la santé des femmes. Cela peut se traduire par la structuration d'une feuille de route pour la santé des femmes ou le lancement d'un diagnostic approfondi prenant en compte les déterminants sexe/genre.

Favoriser des coopérations locales

Les opportunités de coopération favorisées par les démarches territoriales de santé sont nombreuses, au cœur même de leurs principes :

> Les liens entre la mission *santé* et la *Politique de la ville*, notamment concernant les femmes en situation de précarité ou des femmes vivant

dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) sont d'autant plus forts que ces missions sont positionnées au sein de la même direction, par exemple la direction de la cohésion sociale. Ceci facilite la mise en lien et la définition de projets communs.

> La coopération entre la mission *santé* et la mission *égalité femmes-hommes et droit des femmes*, ou la mission *lutte contre les discriminations et droits des femmes ou lutte contre les violences faites aux femmes (LCVFF)* lorsqu'elles existent, permet de travailler sur des enjeux communs, relatifs, par exemple, aux violences faites aux femmes.

« Lors du travail autour du diagnostic du CLS sur la santé des femmes, nous avons coconstruit la fiche avec les deux protagonistes cités (chargée de mission égalité femmes-hommes et coordinatrice lutte contre les violences faites aux femmes (LVFF)) en nous appuyant sur des enjeux communs ». - (Coordinatrice du CLS de Gennevilliers)

> En milieu rural, l'articulation du CLS avec le Schéma de cohérence territoriale (SCOT) dans le cadre d'un axe transversal *mobilité* du CLS permet de travailler sur les enjeux de mobilité et d'accès à la santé des femmes éloignées des lieux de dépistage organisés des cancers.

> Par ailleurs, la coordination entre différentes démarches et dispositifs (CLSM, ASV, CPTS, Maison sport santé, associations locales...) permet de travailler la question de la santé des femmes de manière transversale et/ou en ciblant certaines sous-thématiques : santé mentale, pratiques sportives, alimentation...

« Il y a de nombreux dispositifs de coordination sur le territoire et des réunions informelles sont mises en place très régulièrement pour échanger sur les actualités de chacun·e, ce qui nous permet de mieux nous articuler au quotidien, c'est peut-être personne-dépendant, et le fait qu'on ait une bonne communication, par exemple – nous avons une newsletter en commun entre CLS, CLSM, ASV ! » - (Coordinatrice du CLS elbeuvien)

Décloisonner les secteurs de la santé, du social, du médico-social, du psychosocial et du juridique

Plusieurs modalités permettant de décloisonner les secteurs de la santé, du social et du médico-social ont été mises en avant dans les Inspir'Actions.

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Identifier les acteur·trices et les problématiques sur le territoire

Il semble essentiel de repérer les besoins et les manques sur le territoire, d'identifier les structures existantes tant dans le champ social que médico-social et médical. Ce travail préalable permet de se mettre en réseau avec les autres partenaires concernés, de faire connaître sa démarche et éventuellement d'être appuyé·e et, enfin, d'éviter les doublons de projets.

Accompagner les bénévoles et les professionnel·les via la formation

La mise en place de formations permet de favoriser l'interconnaissance des partenaires du territoire en développant une culture commune, notamment sur la question des violences faites aux femmes ou de la santé mentale.

Mettre en place des équipes ou groupes de travail pluriprofessionnel·les

La mise en place de groupes de travail pluriprofessionnel·les, dans le temps long, permet de travailler sur l'interconnaissance des professionnel·les et d'acteur·trices du champ social, médico-social et sanitaire. Ceci permet de croiser les regards entre professionnel·les de santé, travailleur·ses sociaux·ales, psychologues, juristes et d'apporter une réponse globale et adaptée aux besoins des femmes rencontrées.

Créer un contexte favorable à la participation des femmes

Plusieurs barrières à la participation des femmes aux projets de santé ont été identifiées : faible disponibilité, freins liés à la mobilité, faible littératie en santé, manque de priorisation de la santé par rapport aux autres besoins prioritaires... Comment les porteur·ses de projets tentent-ils ou elles de lever ces freins dans les territoires ?

Agir sur les facteurs infrastructurels

Dans certains territoires enclavés, la mobilité représente un véritable frein à la participation des femmes aux actions qui leur sont destinées. La mise en place de transports à la demande (TAD) peut représenter une stratégie, encore faut-il que les conditions ne soient pas trop contraignantes (éligibilité, horaires, etc.) et que les habitantes s'en emparent. Certaines structures délocalisent leurs ateliers où initient des consultations dites hors les murs dans une démarche d'aller-vers. Travailler en lien avec des médiateur·trices ou les ambassadeur·rices santé et/ou des interprètes représente une stratégie pour toucher certains publics éloignés, tout comme le fait de s'appuyer sur des structures existantes tels que les Centres communaux d'action sociale (CCAS).

Agir sur certains facteurs institutionnels

Il existe de nombreux facteurs institutionnels permettant d'influencer l'engagement des femmes dans les sphères politiques, économiques et sociales : politiques et législations favorisant l'égalité, accès à l'éducation et à la formation, mesures de conciliation travail-famille, changement des normes et cultures organisationnelles, etc. Ainsi, mettre en place les activités à des créneaux horaires où les femmes ne travaillent pas ou ne vont pas chercher les enfants à l'école peut favoriser leur participation. Des expériences de partenariats avec des micro-crèches pour assurer la garde d'enfants pendant le temps des activités sont considérées comme facilitantes, quand elles existent.

Favoriser l'autodétermination des femmes par la mise en place d'espaces non mixtes

Faire participer les femmes dans le choix des activités permet de renforcer leur engagement et leur participation. La création d'un espace de non-mixité apparaît comme un outil d'émancipation permettant de rejoindre par la suite des activités mixtes, ou d'initier des projets en lien avec

d'autres femmes du quartier. Cet argument est aussi mis en avant dans la littérature concernant un projet « Jeune en Vigie ».⁷⁶

Agir sur les facteurs environnementaux

Dans le cas particulier des projets de lutte contre les violences faites aux femmes, le fait de favoriser la mise en place de lieux confidentiels et qui garantissent l'anonymat des personnes semble essentiel. Par ailleurs, le fait de penser l'aménagement des lieux au regard de leur potentiel sur le bien-être des femmes (ambiance, décors, confidentialité...) représente un enjeu important. Il s'agit aussi de penser le parcours des femmes avant qu'elles n'arrivent dans le lieu en question. Cela peut se traduire en mettant en place des marches exploratoires aux alentours du centre de santé.

Les difficultés rencontrées

L'approche universelle du dépistage organisé des cancers

Des études montrent que les personnes défavorisées ont tendance à moins participer aux dépistages organisés des cancers que celles favorisées. Cela peut entraîner une prise en charge plus tardive. Il s'agit du gradient social de participation. Offrir une approche universelle, comme c'est souvent le cas dans les programmes de dépistage organisés au niveau national risque donc d'être insuffisant pour garantir une réelle équité d'accès. De plus, les actions ponctuelles ne suffisent pas à répondre efficacement aux besoins, quand bien même elles apportent une réponse pertinente et nécessaire à une catégorie de la population. Le développement d'un ensemble de données globales combinant des données de santé et diverses données socio-économiques, au niveau individuel et sociétal, pourrait permettre une meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans ce gradient social. L'appui sur les acteurs et actrices locaux (social, médico-social...), le fait de développer les actions sur le temps long ainsi que les leviers de mobilité en zone rurale ont été identifiés sont des stratégies dans les Inspir'Actions.

➔ **Pour aller plus loin : Poiseul M, Participation aux dépistages du cancer du sein chez la femme et survie après un cancer du sein selon le dépistage et les inégalités sociodémographiques. Sous la co-direction de Gaëlle Coureau et de Brice Amadeo. Thèse de doctorat ; 2022.**

⁷⁶ [Memmi Machado S, et al. La démocratie en santé : adopter une approche féministe pour lutter contre les oppressions sociales. Santé Publique. 2025 ; 37 \(1\) : 37-41](#)

Le risque du renforcement de certains stéréotypes de genre

Certains projets, en ciblant uniquement les femmes et en les incitant à prendre soin de la santé de leurs familles, peuvent constituer un risque de faire reposer uniquement sur les femmes les enjeux de santé relatifs à la famille. Ainsi, ceci peut mener au renforcement des stéréotypes de genre et ne pas impliquer les hommes sur les enjeux de santé.

La participation des femmes dans les projets

Il existe peu d'Inspir'Actions dans lesquelles les femmes participent à la co-construction du projet lui-même, à sa gouvernance ou à la codécision des actions menées. Toutefois, la présence de femmes dans certaines instances de gouvernance, ou la mise en place d'un collège des usagères dans le cadre d'une maison de santé, tout comme la participation des adhérentes au choix des activités de l'association sont autant d'initiatives qui visent à renforcer leur engagement.

La pérennité financière des projets

Lorsqu'il est question des limites des projets, la question de leur pérennité financière revient souvent comme le principal obstacle. En effet, généralement, les projets bénéficient d'un bon départ grâce à des financements initiaux mais risquent de ne pas perdurer selon un modèle économique viable.

Partie 4 : pistes de réflexion

Le sujet de la promotion de la santé des femmes est dense, comme le montre ce Dossier. Dans un effort de synthèse, nous revenons sur les pistes de réflexion et recommandations qui nous paraissent importantes : une meilleure prise en compte des déterminants de la santé des femmes ; l'amélioration de la connaissance sur la santé des femmes ; l'élaboration de politiques de promotion de la santé des femmes : entre universalisme et actions ciblées ; la formation initiale et continue des professionnel·les de santé et des acteur·trices locaux.

Une meilleure prise en compte des déterminants de la santé des femmes

Parmi les contributions reçues, nombre d'entre elles prennent l'angle de la santé sexuelle (dont la santé menstruelle), ainsi que des violences de genre quand peu de contributions prennent en compte les inégalités sociales de santé liées au genre. Nous observons toutefois l'émergence de projets locaux autour de la charge mentale dans certaines collectivités territoriales.

Or, comme nous l'avons vu dans l'état des lieux, la santé des femmes relève de nombreux déterminants de santé (habitat, logement, précarité économique, éducation, urbanisme, insertion professionnelle...).

Par ailleurs, certains enjeux, pourtant essentiels, restent en retrait, comme la santé périnatale, la santé mentale des jeunes filles ou des femmes âgées en milieu rural ou encore les liens entre aménagement du territoire et santé. Cette sous-représentation est peut-être due à la spécificité des contributions que nous avons reçues et qui n'ont pas vocation à être exhaustives.

Perspectives/ Recommandations

- > Identifier et prendre en compte la diversité des déterminants de la santé des femmes avant de mettre en place une action/projet ;
- > Identifier les acteur·trices ayant les compétences d'agir sur ces différents facteurs ainsi que leur échelle d'intervention (échelle départementale, régionale, intercommunale...);
- > Mobiliser les différentes politiques publiques ayant un impact sur la santé des femmes (aménagement, logement, politique de la ville...).

Améliorer la connaissance sur la santé des femmes

Une meilleure prise en compte des inégalités sociales liées au genre dans les politiques publiques de santé passerait par un renforcement des outils d'observation à l'échelle nationale et locale.

Il s'agirait de produire des données à la fois quantitatives et qualitatives permettant d'appréhender les inégalités sociales liées au genre afin de questionner plusieurs paramètres, comme par exemple les stéréotypes de genre et leur impact sur la santé, les représentations liées aux différentes maladies par les professionnel·les de santé, la relation médecin traitant-patient·e, etc...

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

*La géographe de la santé **Emmanuelle Faure** (UPEC – Lab'URBA⁷⁷) qui a accompagné la démarche de diagnostic du CLS de Gennevilliers souligne : « Ce n'est pas en mettant une colonne "femmes" et une colonne "hommes" que l'on interroge les questions de genre. Il est important de se poser les questions suivantes : à quelles représentations sociales cela renvoie-t-il ? ; à quels stéréotypes de genre renvoie le fait d'assigner les femmes aux tâches du care ? ; comment se passe la relation entre le médecin et ses patient·es, notamment concernant la question du dépistage du cancer du sein ? »*

Au-delà des données quantitatives, une meilleure appréhension des problématiques des femmes passe aussi par l'intégration des méthodes qualitatives dans les diagnostics (entretiens, focus groupes, ou appui sur des groupes de femmes existants...). Les inégalités de santé entre hommes et femmes sont encore trop rarement prises en compte dans la culture commune, tant au niveau de la production de la connaissance que dans la démarche de l'action publique en promotion de la santé.

⁷⁷ Laboratoire de l'action collective urbaine : <https://laburba.univ-gustave-eiffel.fr/>

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Perspectives/ Recommandations

- > Sensibiliser les producteurs de données publiques (Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Observatoire national de la politique de la ville (ONPV), Fédération nationale des observatoires régionaux (Fnors) ... à la production de données genrées ;
- > Favoriser le partage et l'accès de ces données pour le diagnostic et la décision ;
- > Encourager et favoriser les partenariats entre les collectivités territoriales et les laboratoires de recherche et observatoires pour initier des études et une culture commune sur des problématiques ayant émergé dans les territoires ;
- > Favoriser la participation des femmes dans l'élaboration des diagnostics locaux et des évaluations d'impact afin de produire des données qualitatives pour améliorer la connaissance sur leur santé.

L'élaboration des politiques de santé publique : entre universalisme et actions ciblées

L'élaboration des politiques de santé publique soulève une tension entre l'universalisme, qui vise à garantir un accès égal aux soins pour toutes et tous, et les approches ciblées, qui répondent aux besoins spécifiques de certaines populations.

Certains publics (femmes en situation de handicap, femmes LGBTQIA+, femmes exilées ou migrantes, etc.) ou certains enjeux particuliers (endométriose, genre, travail et santé...) sont peu représentés dans les contributions reçues et nécessiteraient d'être davantage pris en compte dans les politiques de santé.

Perspectives/ Recommandations

- > Renforcer les plans de lutte pour l'égalité femmes-hommes dans les QPV ;
- > Renforcer les plans d'action thématiques : handicap, intégration professionnelle, endométriose, ...

La formation initiale et continue des professionnel·les de santé et des acteur·trices locaux

Un enjeu majeur réside dans la formation des professionnel·les de santé, du social, de l'éducation, de l'habitat... qui pourrait inclure une sensibilisation aux différences socialement construites (liées au genre) et aux spécificités biologiques (liées au sexe). Ceci a deux ambitions majeures : adapter les pratiques professionnelles et partager une culture commune.

*Comme le souligne **Nathalie Bajos**, sociologue et démographe : « Auprès des professionnel·les, l'enjeu est de légitimer une approche de genre dans le champ de la santé. Pour cela, il faut adopter une démarche démonstrative et user d'exemples concrets : contraception, sexualité, mais aussi maladies cardiovasculaires, ou cancers professionnels... C'est une acculturation des professionnel·les de santé aux approches en termes d'inégalités sociales de santé, qui semble alors pertinente ».⁷⁸*

Perspectives / Recommandations

- > Faire évoluer la formation initiale et continue des professionnel·les de tout secteur (médico-social, santé, social...) en y intégrant les questions de genre (acculturation aux notions de stéréotypes de genre, inégalités sociales de santé, représentations sociales...);
- > Faire porter la formation à la fois sur les connaissances mais aussi sur les postures professionnelles ;
- > Développer les groupes d'échanges de pratiques pour les professionnel·les de santé en exercice ;

⁷⁸ [Amsellem-Mainguy Y, Gelly M, Vuattoux A, coordonnateurs. Genre et santé. La Santé en action. 2017 Sep;\(441\):1-52.](#)

Conclusion

La question de la santé des femmes est transversale et concerne nombre de politiques publiques (logement, urbanisme, insertion, lutte contre les violences, protection maternelle et infantile, action sociale, appui aux personnes dépendantes...).

Les démarches territoriales de santé ont toute leur place pour repérer les problématiques spécifiques sur un territoire et favoriser des coopérations territoriales visant à réduire les inégalités sociales de santé liées au genre.

Ceci est d'autant plus marqué quand il existe un lien entre la mission santé et la mission égalité femmes-hommes/droit des femmes, la politique de la ville, le service urbanisme ou logement ... au sein de la collectivité territoriale. Ainsi, la place des démarches territoriales de santé (DTS) sur les enjeux de la santé des femmes dépend de plusieurs facteurs : d'une part des positionnements administratifs et politique des DTS au sein des collectivités territoriales mais aussi des moyens qui leur sont alloués.

Cependant, les différents acteur·trices qui œuvrent localement à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé font face à des facteurs qui dépassent bien souvent leur cadre d'intervention, comme par exemple la politique d'égalité femmes-hommes et de lutte contre les discriminations, la place du parcours de santé des femmes dans la Stratégie nationale de santé, ainsi que le déploiement et le renforcement de recherches scientifiques intégrant la question des inégalités de santé liées au genre.

Il s'agit donc d'une prise de conscience et d'action qui doivent être collectives, transversales et multi-échelles.

Des perspectives ont été identifiées pour promouvoir la santé des femmes dans les territoires : l'amélioration de la connaissance sur la santé des femmes à la fois à une échelle nationale et territoriale ; l'élaboration de politiques de santé publique entre universalisme et actions ciblées ; ainsi qu'une amélioration de la formation des professionnel·les de santé et des acteur·trices publics locaux.

Enfin, comme en témoignent les contributions, tout ce travail ne pourrait pas se faire sans les associations qui identifient les problématiques et permettent à des expérimentations et des actions locales de voir le jour.

Sélection de ressources bibliographiques

Le style Vancouver a été utilisé pour formater les références dans la bibliographie de ce Dossier ressources. Les références sont classées par ordre alphabétique et par catégories de ressources.

Articles et ouvrages

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

[Boston Women's Health Book Collective. Our Bodies, Ourselves. New York : Simon and Schuster ; 1970.](#)

[Collectif. Notre corps, nous-mêmes : écrit par des femmes, pour les femmes. Paris : Hors d'atteinte ; 2020](#)

[DARES. Conciliation difficile entre vie familiale et vie professionnelle. \[Internet\].](#)

[de Pauw C. La santé des femmes : un guide pour comprendre les enjeux et agir. Paris : Éditions Philippe Duval ; 2024.](#)

[Haicault M. La charge mentale, histoire d'une notion charnière. Patronage \[Internet\]. 2020.](#)

[La précarité, un phénomène genré \(1/2\) : causes et chiffres actuels dans l'Union européenne](#)

[Laufer J, Marry C, Maruani M, éditeurs. Masculin-Féminin : Questions pour les sciences de l'homme. Paris : Presses Universitaires de France ; 2001.](#)

[Luxembourg C, Noûs C. Les espaces publics sont-ils neutres ? Lecture spatiale des rapports sociaux de genre, lecture genrée des rapports socio-spatiaux. Dynamiques régionales. Revue interdisciplinaire de l'IWEPS. 2021 ; 12 : espaces publics et inégalités de genre.](#)

[Manzo-Silberman S, Montalescot G. Intérêt d'un observatoire de l'infarctus du myocarde des femmes de moins de 50 ans : étude WAMIF. Ann Cardiol Angeiol \(Paris\). 2023](#)

[Memmi Machado S, et al. La démocratie en santé : adopter une approche féministe pour lutter contre les oppressions sociales. Santé Publique. 2025 ; 37\(1\) : 37-41.](#)

[Vallée A, Ayoubi J-M. Aborder les disparités de genre en France pour promouvoir l'équité en matière de santé des femmes. 2025. Santé Publique France](#)

[Vidal C, Salle M. Les stéréotypes de genre nuisent à la santé des femmes... et des hommes \[Internet\]. The Conversation ; 2017](#)

[SPF. Santé et travail : une approche par le genre pour améliorer la prévention. \[Internet\].](#)

Travaux

[Association des Maires Ruraux de France \(AMRF\). Étude sur la santé en milieu rural, analyse de la répartition des médecins à l'échelle des bassins de vie. Dossier de presse, septembre 2022 \[Internet\]. Fabrique Territoires Santé ; 2022.](#)

[ANCREAL. La prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes en structures médico-sociales et à domicile : promouvoir et accompagner le dépistage. Avril 2022. Commanditaire\(s\) : ARS Centre-Val de Loire, ARS Nouvelle-Aquitaine, CCAH, FIRAH, INCA, Klesia, MAAF, OPCO Santé, Ulule.](#)

[Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance maladie | ODENORE - Université Grenoble Alpes \[Internet\].](#)

[Défenseur des droits. Violences intrafamiliales : les filles et les jeunes LGBT plus touchés. 24 avril 2020.](#)

[Fabrique territoires santé. Dossier ressources « Discriminations et santé ». 2022.](#)

[Fédération des Acteurs de la Solidarité. Plaidoyer Santé des femmes en situation de précarité. 2024.](#)

[INPES. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives. Publié le 1 janvier 2010, mis à jour le 6 septembre 2019.](#)

[INED - Institut national d'études démographiques. VIRAGE \(Enquête sur les violences et rapports de genre\). \[Internet\]. Lancée en 2019.](#)

[Poiseul M, Participation aux dépistages du cancer du sein chez la femme et survie après un cancer du sein selon le dépistage et les inégalités sociodémographiques. Sous la co-direction de Gaëlle Coureau et de Brice Amadeo. Thèse de doctorat ; 2022.](#)

Sites ressources

[INSERM. Genre et santé \[Internet\].](#)

[Organisation mondiale de la Santé. Genre et santé \[Internet\].](#)

Revue

[Amsellem-Mainguy Y, Gelly M, Vuattoux A, coordonnateurs. Genre et santé. La Santé en action. 2017 Sep;\(441\):1-52.](#)

[Le Talec J-Y, Authier D, Tomolillo S. Terrains santé social : La promotion de la santé au prisme du genre. Rennes : Presses EHESP ; 2019](#)

[Salle M. Santé des femmes des quartiers populaires : pourquoi et comment en parler ? Les Cahiers du Développement Social Urbain. 2022.](#)

Avis et rapports

[Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes \(HCEfh\). Rapport annuel 2025 sur l'état des lieux du sexisme en France : S'attaquer aux racines du sexisme. Janvier 2025](#)

[Hénon D. La santé des femmes en France. Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental. 2010. Communication présentée par Mme Dominique Hénon.](#)

[Haute Autorité de santé. Sexe, genre et santé : rapport d'analyse prospective 2020 \[Internet\]. Saint-Denis La Plaine : Haute Autorité de santé ; 2020.](#)

[Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. 6^e état des lieux du sexisme en France : s'attaquer aux racines du sexisme \[Internet\]. 2024](#)

Guides

[CRIPS Île-de-France. Guide LGBTQI+ pour un meilleur accueil des minorités genrées, sexuelles et sexuées à destination des pros de santé.](#)

Vidéos / podcasts

[Collège de France. Séminaire : « La production sociale des inégalités de santé ». 2025](#)

[France Inter. Médecine bikini : les femmes, les grandes oubliées de la médecine ? \[Podcast sur Internet\]. Zoom Zoom Zen. Paris : Radio France ; 2025](#)

[Espace éthique Île-de-France. Genre et santé : question éthique ou politique ? \[Internet\]. Paris : Espace éthique Île-de-France ; 2024](#)

[Plan International France. C'est quoi la santé menstruelle ? \[vidéo sur Internet\]. YouTube. 2023 juin 13](#)

[Salle M. Une approche historique des inégalités de genre dans la santé \[Internet\]. WECF France ; 2021](#)

[WECF France. Genre et exposition aux produits chimiques : enjeux sanitaires et environnementaux \[Internet\]. WECF France ; 2024](#)

Plans

[Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale 2022-2025.](#)

[Déclaration et Programme d'action de Beijing, Déclaration politique et textes issus de Beijing +5. 2015.](#)

[Organisation mondiale de la Santé. Genre et santé \[Internet\].](#)

[Commission européenne. Stratégie pour l'égalité entre les sexes. \[Internet\].](#)

[Ministère délégué à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Présentation du plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027](#)

Lois

[Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes](#)

[Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine](#)

[Assemblée nationale \(France\). Proposition de loi n° 4833 relative à la lutte contre la précarité menstruelle \[Internet\]. 2021.](#)

[Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 \[Internet\]. Legifrance ; 2023.](#)

Communiqués

[Commission européenne. Communiqué de presse, «La Commission dévoile sa feuille de route pour renforcer les droits des femmes». \[Internet\].](#)

Annexe n° 1 : méthode d'analyse des contributions

Nous avons reçu 29 contributions ;

13 ont fait l'objet d'Inspir'Actions ;

2 ont fait l'objet d'encadrés dans le Dossier
ressources.

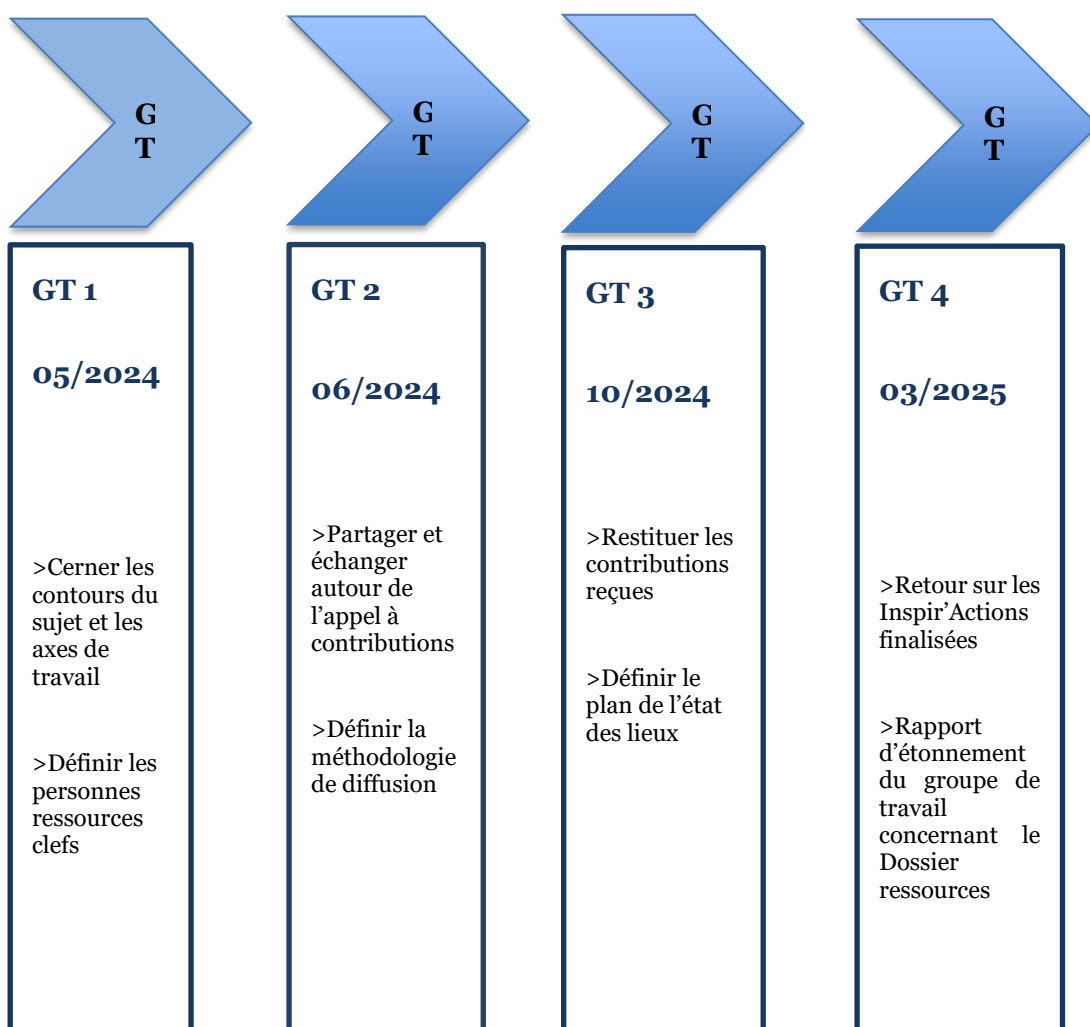
Les critères de sélection pour figurer en Inspir'Actions, identifiés par le comité de suivi, sont les suivants :

- > Le projet s'appuie sur un partenariat d'au moins deux acteur-trices de secteurs différents
- > Le projet s'appuie sur des besoins de santé identifiés de la population
- > Le projet a une durée de vie d'au moins un an avec certains éléments de résultats identifiés
- > Le projet n'est pas intentionnellement discriminatoire ou stigmatisant
- > Le ou la contributeur-trice a consenti à participer à un entretien et à ce qu'une fiche Inspir'Action soit rendue publique.

Annexe n° 2 : déroulé des groupes de travail

Les groupes de travail (GT) se sont réunis 4 fois de mai 2024 à mars 2025. Les objectifs et la temporalité de chacun de ces temps sont présentés ci-dessous. Des temps du comité de suivi pour la relecture ont été mobilisés par la suite mais ne figurent pas dans le tableau ci-dessous.

PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES



PROMOUVOIR LA
SANTÉ DES FEMMES :
APPROCHES ET
COOPÉRATIONS
LOCALES

Dossiers ressources

-

Depuis 2014, Fabrique Territoires Santé capitalise les dynamiques territoriales, outils, méthodes et actions développés localement pour réduire les inégalités de santé.

La capitalisation vise à valoriser les acquis des expériences locales, les diffuser et identifier des bonnes pratiques.

Les Dossiers ressources proposent une approche par thématique.

Les Dossiers ressources présentent un état des lieux du sujet et diverses actions locales inspirantes.