Résorber les inégalités de genre et améliorer la prise en charge des femmes en situation périnatale

MARDI 23 SEPTEMBRE 20

Avis adopt

→ Inégalités de genre et santé des
au prisme de la périnatalité

TRAVAUX PUBLIÉE LE 23/09/2025

Saisine liée : INÉGALITÉS DE GENRE ET SANTÉ DES FEMMES AU PRISME DE LA PÉRINATALITÉ

Formation de travail liée : DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ

Avis adopté "Inégalités de genre et santé des femmes au prisme de la périnatalité"

La périnatalité n’est pas seulement une période charnière pour la santé des femmes — elle est aussi le révélateur des inégalités de genre qui traversent l’ensemble du système de santé. Le CESE alerte sur une réalité souvent invisibilisée : les femmes paient le prix d’une médecine conçue historiquement par et pour les hommes, où leurs besoins spécifiques, leur santé mentale et leurs situations particulières sont encore trop souvent négligés. À travers 23 préconisations, il propose une refonte ambitieuse de la prise en charge, de la prévention à l’accompagnement, pour corriger les déséquilibres existants.

L’avis « *Inégalités de genre et santé des femmes au prisme de la périnatalité* » a été adopté en séance plénière le 23 septembre 2025 avec 97 voix pour, 2 contre et 33 abstentions.

Découvrir l'avis

Découvrir l'essentiel de l'avis

Pourquoi la périnatalité est-elle un révélateur des inégalités de genre en santé ?

Le suicide représente la première cause de mortalité maternelle dans l’année suivant l’accouchement. Ce phénomène souligne une réalité souvent sous-estimée : **10 % des femmes présentent un épisode dépressif pendant la grossesse**, et **16,7 % sont concernées par une dépression du post-partum deux mois après la naissance**. La prégnance de ces troubles, trop souvent qualifiés à tort de « baby blues », révèlent un paradoxe : malgré un suivi médical renforcé pendant la grossesse permettant de prendre en compte les problèmes de santé physiologiques, la santé mentale des femmes est bien souvent ignorée. Les femmes subissent des injonctions sociétales extrêmement fortes, selon lesquelles la période périnatale est forcément heureuse : ces injonctions freinent non seulement leur parole qui pourrait alerter sur leur mal-être, mais masquent des troubles bien plus graves que le "baby blues".

La périnatalité est une période qui vient révéler des inégalités de genre dans le domaine de la santé, entre femmes et hommes, mais aussi entre femmes entre elles : c'est tout ce que l'avis adopté par le CESE cherche à mettre en lumière. **Car la santé mentale n'est qu'une partie des inégalités de genre que subissent les femmes dans leur parcours de santé.**

La **médecine et la recherche médicale** sont historiquement centrées sur les hommes, où les spécificités féminines sont souvent considérées comme secondaires, voire comme des exceptions, le modèle masculin étant considéré comme le modèle neutre. Les conséquences sont multiples : **diagnostics tardifs pour les femmes , traitements inadaptés et prescriptions médicamenteuses mal adaptées à leur constitution physique.**

100% des femmes enceintes sont exposées aux pesticides *(Santé publique France)*

Par ailleurs, la recherche médicale néglige encore les effets différenciés des polluants et des produits toxiques sur les femmes. **100 % des femmes enceintes sont exposées aux pesticides**, avec des conséquences potentielles pour le fœtus et des effets transgénérationnels. Pourtant, ces enjeux environnementaux, tout comme les discriminations professionnelles (où **20 % des femmes en emploi ouvrier perdent leur poste pendant la grossesse**), restent peu intégrés dans les politiques de santé publique.

Des inégalités renforcées par la précarité, le handicap et les disparités territoriales

Les auditions menées dans le cadre de cet avis, et le déplacement de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité à la **maternité de Saint-Denis**, montrent que les inégalités de genre en santé s'aggravent pour les femmes en situation de vulnérabilité. Les femmes précaires, handicapées ou isolées géographiquement subissent des discriminations cumulatives.

À Saint-Denis, les professionnels de santé constatent quotidiennement les difficultés rencontrées par ces femmes : **renoncement aux soins pour les femmes sans-abri**, **accès limité au suivi gynécologique pour les femmes handicapées** (seules **58 % en bénéficient régulièrement**), et **éloignement des structures de soins pour les femmes vivant dans des zones sous-équipées**.

De plus, la **réduction du nombre de maternités** (passé de **1 369 en 1975 à 457 en 2024**) accentue ces inégalités. Aujourd'hui, **40 % des femmes en âge de procréer résident à plus de 45 minutes d'une maternité**, augmentant les risques pour la santé du bébé comme pour celle de la mère : la France occupe le **23? rang européen en matière de mortalité infantile (2700 décès par an avant 1 an)**, cette statistique ayant tendance à croître au fil des années.

Comment assurer une meilleure prise en charge de la santé des femmes ?

Le CESE propose 23 préconisations organisées en 4 axes avec une cohérence d'ensemble :

1. Prévenir, en renforçant le rôle des PMI

? **La protection maternelle et infantile (PMI) ?** C'est un service public géré par chaque département : lieu gratuit, ouvert à tous, il accueille les parents et les enfants de moins de 6 ans. On peut y faire suivre sa grossesse, et bénéficier de consultations après l'accouchement et du suivi médical de son bébé.

Comment ? **En augmentant les budgets et les effectifs des PMI pour qu'elles puissent assurer un suivi médical**, social et psychologique de proximité accessible à toutes, notamment aux femmes précaires, sans-abri ou victimes de violences sur l'ensemble des territoires métropolitains et ultramarins, et **en intégrant systématiquement une évaluation des risques sociaux**

et environnementaux (exposition aux pesticides, précarité, violences) **lors de l'entretien prénatal** (entretien remboursé à 100% par l'Assurance maladie, et à programmer à partir du 4e mois de grossesse)

Pourquoi ? Les PMI sont en première ligne pour repérer les risques (dépression, violences, précarité), mais manquent cruellement de moyens. Leur mission de prévention est fragilisée par le sous-financement, alors qu'elles jouent un rôle clé pour briser les inégalités de santé dès la périnatalité.

2. Informer, pour briser les tabous autour de la santé périnatale

Comment ? En lançant des **campagnes nationales d'information sur les troubles mentaux en période périnatale**, et en r **emboursant à 100 % l'entretien postnatal précoce**, aujourd'hui à 70 % (entretien proposé systématiquement depuis 2022 aux jeunes mères, entre la 4ème et 8ème semaine suivant l'accouchement)

Pourquoi ? Pour libérer la parole des femmes et permettre aux soignants de détecter les signes de détresse chez plus de femmes, y compris celles avec des situations particulières.

3. Équilibrer : répartir équitablement la charge entre les parents

Comment ? En introduisant la notion d'**égalité de responsabilité entre les parents** en plus de l'égalité de droits, en réformant les congés paternité et parental et en garantissant aux parents des conditions d'indemnisations incitatives.

Pourquoi ? La maternité et les représentations sociétales qui y sont liées restent les principaux freins à l'égalité professionnelle. Les congés parentaux actuels maintiennent les inégalités entre mère et père/co-parent (28 jours pour les pères/co-Parents contre 16 semaines pour les mères).

4. Accompagner : structurer la politique des 1000 premiers jours

Comment ? En **sanctuarisant les financements et en améliorant la gouvernance interministérielle**. Cette politique permettra de déployer des médiateurs de santé et des permanences mobiles dans les zones éloignées. Il est également nécessaire de ne pas tenir compte uniquement du seuil de 300 naissances/an comme critère de fermeture des maternités.

Pourquoi ? La politique des 1 000 premiers jours est une fenêtre d'opportunité pour agir sur la santé future de l'enfant et le bien-être de la mère : pourtant, par manque de visibilité, de moyens, et de coordination cette politique ne parvient pas à toucher celles qui en ont le plus besoin.

? **La politique des 1000 premiers jours ?**

La politique des 1000 premiers jours couvre la période de la grossesse aux 2 ans de l'enfant. Lancée en 2020, cette stratégie s'inspire des **données scientifiques montrant que les premières années de vie ont un impact majeur sur la santé future** (physique et mentale) **de l'enfant, ainsi que sur celle de la mère**.

Elle vise à :

- Accompagner les parents (soutien psychologique, social, médical)
- Prévenir les inégalités précoces (santé, développement de l'enfant, bien-être des mères)
- Coordonner les acteurs (santé, petite enfance, protection sociale).

Pourquoi cette politique est-elle essentielle ?

- La période périnatale est un moment de vulnérabilité accrue pour les femmes (risques de dépression, précarité, violences).
- Les inégalités sociales se creusent dès la grossesse : les femmes précaires, isolées ou victimes de discriminations ont moins accès aux soins et à l'information.
- Un accompagnement précoce réduit les risques de retard de développement chez l'enfant et améliore la santé mentale des mères.
- Économiquement, investir dans la petite enfance évite des coûts futurs (soins, éducation spécialisée, etc.).

Découvrir l'avis

Découvrir l'essentiel de l'avis

Les rapporteures de l'avis

Marie-Josée Balducchi est membre du bureau de l'Unaf et présidente de l'Udaf de Loire-Atlantique, elle siège au CESE en tant que Présidente du Groupe Familles.

Anouk Ullern est cheffe d'entreprise et Présidente de la CPME des Pays de la Loire, elle siège au CESE au sein du Groupe Entreprises.

© - copyright CESE - Novembre 2026