

Société

DES MAUX ET PEU DE MOTS : LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES FEMMES À L'ÉPREUVE DU SILENCE

Diane Blanchard, Guénaëlle Gault

06/07/2026

Si, en matière de santé sexuelle et reproductive, les femmes sont nombreuses à subir troubles et douleurs, le silence qui les entoure est assourdissant. C'est ce que révèlent les résultats d'une enquête inédite, menée auprès de 4000 femmes représentatives de la population française de 18 à 75 ans, et que Guénaëlle Gault, directrice générale de L'ObSoCo, et Diane Blanchard, cheffe de projet à L'ObSoCo, analysent. Elles montrent ainsi que, puisque la quasi-totalité des femmes est concernée, il convient de reconnaître ces troubles pour ce qu'ils sont : un enjeu collectif de santé publique et d'organisation sociale.

Introduction

En mars 2024, la France inscrit la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse dans sa Constitution. Un acte politique sans précédent dans le monde, salué comme une avancée majeure pour les droits des femmes. Quelques mois plus tard, en octobre 2025, la Fondation de l'Académie de médecine publie un livre blanc¹ qui dresse pourtant un constat inquiétant : malgré les progrès médicaux, de nombreux aspects de la santé féminine restent encore méconnus, sous-diagnostiqués ou ignorés. Le document formule 114 recommandations, une urgence qui ne cadre guère avec l'image d'un pays à l'avant-garde.

Entre ces deux moments, L'ObSoCo a conduit une **enquête inédite** auprès de 4000 femmes représentatives de la population française de 18 à 75 ans. Inédite non par les sujets qu'elle aborde (les règles, la contraception, la grossesse, la fertilité, la ménopause sont documentés isolément), mais par l'approche qu'elle adopte : transversale (l'ensemble du parcours reproductif dans une même enquête), expérientielle (centrée sur le vécu des femmes, pas sur les seuls indicateurs épidémiologiques) et systémique (mesurant non seulement les troubles, mais la façon dont les femmes en parlent – ou n'en parlent pas –, se sentent soutenues ou démunies, et l'impact concret

sur leur vie intime, sociale et professionnelle).

Cette enquête révèle deux faits indissociables : l'ampleur des troubles vécus par les femmes, et l'ampleur du silence qui les entoure. Un silence qui n'est pas un défaut de parole individuel mais une structure sociale, organisée en cercles concentriques, de l'employeur, le plus extérieur, jusqu'au partenaire, le plus intime, et entretenue par trois mécanismes qui se renforcent : la normalisation culturelle de la douleur féminine, l'intériorisation par les femmes elles-mêmes de l'idée que leurs troubles relèvent de la fatalité biologique, et l'inadaptation d'institutions (système de santé, monde du travail) qui n'ont pas été conçues pour entendre ces troubles, voire qui ont été construites pour ne pas les entendre.

Cette enquête appelle ainsi un basculement de perspective. Tant que les troubles sont appréhendés à travers un prisme individuel (« votre problème de règles, votre fausse couche, votre ménopause »), ils restent dépolitisés. Or, dès lors que la quasi-totalité des femmes est concernée, il convient de reconnaître ces troubles pour ce qu'ils sont : un enjeu collectif de santé publique et d'organisation sociale.

Dans ses travaux², la philosophe Camille Froidevaux-Metterie met en lumière l'importance des thématiques corporelles dans les luttes féministes récentes. Objectivé, sexualisé, le corps féminin a longtemps été laissé de côté par les luttes féministes, précisément parce qu'il était considéré comme un vecteur d'aliénation et d'essentialisation réduisant les femmes à leur condition corporelle. Les années 2010 et la vague post-#MeToo ont fait advenir ce qu'elle nomme le « tournant génital » du féminisme, faisant du corps féminin un potentiel vecteur d'émancipation et de l'intime un sujet politique³. En révélant l'ampleur des troubles et de leurs impacts, cette étude amène à questionner les évidences et la normalisation des douleurs (physiques ou psychiques) que subissent les femmes dans leur parcours reproductif.

La santé sexuelle et reproductive : des troubles peu exprimés, peu reconnus

Des troubles massivement répandus à chaque étape de la vie reproductive

L'étude menée montre à quel point les troubles (pathologies, douleurs, désagréments, événements douloureux) liés au corps et au parcours reproductif des femmes sont répandus parmi elles :

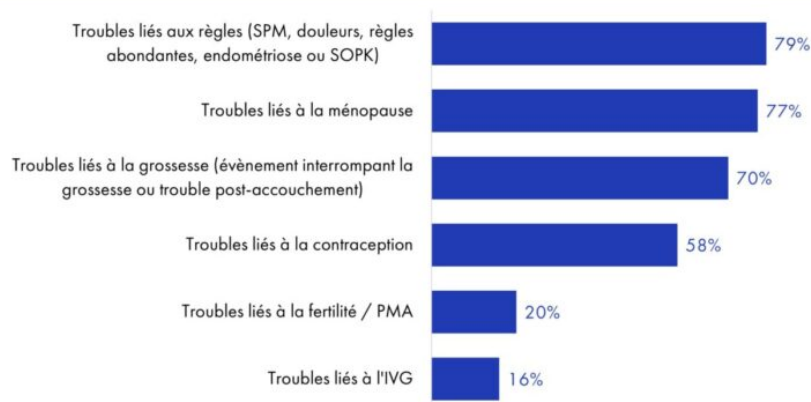
- 79% des femmes réglées souffrent d'au moins un trouble lié aux règles : syndrome

- prémenstruel (66% d'entre elles), règles douloureuses (52%), règles abondantes (36%) ;
- 19% des femmes sont atteintes ou pensent être atteintes d'endométriose ou du syndrome ovarien, métabolique, polyendocrinien (SMOP), anciennement appelé syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) ;
- 58% des femmes sous contraception déclarent au moins un effet secondaire qu'elles attribuent à leur moyen contraceptif (perte de libido, prise de poids, mal-être psychique en tête) ;
- 40% des femmes ayant été enceintes ont vécu au moins un événement difficile lié à une grossesse (interruption spontanée de grossesse communément appelée « fausse couche » pour 31% d'entre elles, mais aussi interruption médicale de grossesse (IMG), décès d'un nouveau-né, grossesse extra-utérine). Compte tenu de la part de Françaises ayant été enceintes au moins une fois, cela représente environ un quart de l'ensemble des Françaises de 18 à 75 ans ;
- 77% des femmes en période de ménopause ou de périménopause souffrent d'au moins un trouble qu'elles attribuent à cet état, dont 61% cumulent au moins trois troubles (bouffées de chaleur, prise de poids, sueurs nocturnes, fatigue, dépression...) ;
- 21% des femmes ont été confrontées à des difficultés à concevoir un enfant ou à un parcours de procréation médicalement assistée (PMA).

Des troubles qui concernent massivement les femmes, à chaque moment de leur vie

Proportion de femmes sujettes à des difficultés / troubles liés à la santé sexuelle et reproductive

Base totale, n=3931



L'ObSoCo / Les femmes et leur corps, à l'épreuve du silence - 2025.

L'accumulation de ces chiffres fait système. La vie reproductive d'une femme s'étend sur plusieurs décennies, de la puberté à la post-ménopause ; la probabilité d'être confrontée à des troubles ou

des douleurs à un moment ou à un autre est quasi certaine. Ces troubles semblent dès lors faire partie d'une « condition féminine » envisagée comme une fatalité biologique, et de ce fait peu considérée, alors même qu'elle affecte la vie de la moitié de la population.

Le tabou du corps féminin : du cabinet médical au couple, un continuum du silence

Le second fait majeur que révèle l'étude, c'est l'ampleur et la structure du silence qui entoure les troubles féminins. Pour toutes les thématiques abordées, les questions liées au corps semblent difficiles à aborder : par définition, l'intime est ce qui est « strictement personnel et généralement tenu secret, préservé des curiosités indiscretes, le plus souvent par pudeur⁴ ». D'où la difficulté d'extérioriser les difficultés liées à ces sujets, d'autant plus que le corps féminin a longtemps été, et reste, objet de honte.

Comme le souligne Camille Froidevaux-Metterie dans *Un corps à soi*⁵, les femmes apprennent à avoir honte de leur corps dès la puberté :

« Moment inaugural de la sexuation-sexualisation, l'adolescence constitue sans doute la période emblématique de la honte féminine. Incertaines quant à leur apparence nouvelle, inquiètes d'observer que leur corps ne cesse de se modifier sans qu'elles n'y puissent rien, gênées des signes manifestes de la puberté, qu'ils soient trop ostensibles ou qu'ils tardent au contraire à se manifester, les filles sont entraînées dans une spirale honteuse qui les fait se sentir inachevées, insuffisantes, imparfaites. »

Par la puberté, puis par les règles, sujettes à la honte (rappelons-nous qu'il y a peu, le sang représenté sur les publicités pour les protections hygiéniques était bleu), les femmes apprennent à appréhender les sujets corporels sous le prisme du tabou, et donc de ce qui doit être tu.

La difficulté à parler des troubles liés au corps féminin apparaît clairement dans cette étude. Elle s'organise en cercles concentriques, du plus extérieur (l'employeur) au plus intime (le partenaire), avec des intensités variables selon les sujets.

Le verrouillage professionnel

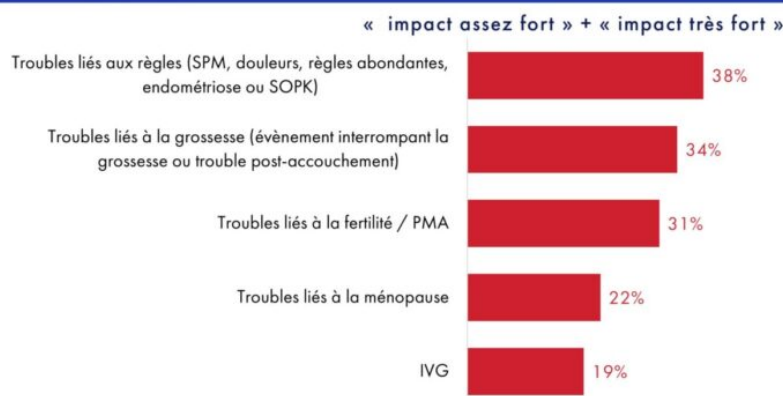
Comme l'indique le rapport du Sénat sur les « maux invisibles⁶ », l'entreprise est calibrée sur « l'homme moyen » et fonctionne comme si le corps reproductif n'existait pas. Pourtant, 38% des femmes ayant des troubles menstruels déclarent un impact « assez fort » ou « très fort » sur leur vie professionnelle (34% pour la grossesse, 22% pour la ménopause).

Ces enjeux de santé pèsent très concrètement sur le travail : 43% des femmes déclarent avoir déjà manqué des journées de travail ou d'études pour des problèmes liés à leur santé reproductive. Certaines qui ne se sont pas permis (ou n'ont pas eu la possibilité) de s'absenter estiment pourtant qu'elles en auraient eu besoin (elles sont plus d'un quart parmi les femmes souffrant de problèmes liés à leurs règles).

On observe ainsi un décalage prégnant entre l'impact des troubles reproductifs sur la vie professionnelle et le tabou qui entoure ces questions. Pour une femme qui ose parler de sa ménopause à son employeur, dix subissent un impact significatif sur leur travail en silence : un ratio d'une pour dix. Pour les règles, ce ratio est d'une pour sept. Aborder ces difficultés « intimes » reste donc particulièrement difficile en environnement professionnel : 91% des femmes trouvent difficile d'évoquer la ménopause avec leur employeur (dont 69% « très difficile »), 85% pour les règles. L'entreprise reste un espace verrouillé, où les problèmes de santé reproductive n'ont pas leur place.

L'impact des différents troubles sur la vie professionnelle ou les études

Proportion de femmes pour qui les difficultés / troubles liés à la santé sexuelle et reproductive ont eu un impact fort sur au moins une sphère de leur vie (sexuelle, familiale, sociale, professionnelle)
Bases multiples, 637 < n < 3931



L'ObSoCo / Les femmes et leur corps, à l'épreuve du silence - 2025.

Le déficit médical

Le deuxième cercle de silence concerne la relation avec les professionnels de santé. Un paradoxe d'autant plus frappant que le médecin est, de loin, la première source d'information déclarée par les femmes sur tous les sujets de santé reproductive. Et pourtant : 55% des femmes ayant des troubles liés aux règles n'ont jamais bénéficié de conseils d'un professionnel de santé à ce sujet ;

près de la moitié des femmes ménopausées avec des troubles n'en parlent pas à leur médecin.

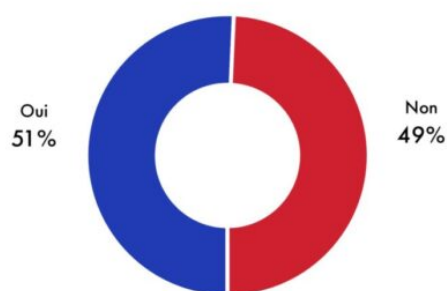
Ce décalage entre la centralité perçue du médecin et la faiblesse du recours effectif (entre 50 et 55% des femmes ne consultent pas quand elles souffrent de troubles liés aux règles, à la contraception ou à la ménopause) est un résultat structurant de l'étude. Il pointe deux mécanismes simultanés : une normalisation des troubles qui rend la consultation illégitime aux yeux des femmes, et un sentiment qu'aucune solution n'existe. On peut penser ici aux controverses entourant les traitements hormonaux de substitution pour les femmes ménopausées, accusés d'accroître les risques de cancer du sein et de maladies cardiovasculaires.

Fait significatif : parmi les femmes qui n'ont pas parlé de leurs troubles à un professionnel de santé, une proportion substantielle (entre un tiers et la moitié selon les thématiques) aurait souhaité pouvoir le faire. Ce n'est donc pas un silence « choisi » au sens plein du terme. C'est un silence contraint par des normes intériorisées, par l'absence de cadre propice à la parole et, parfois, par l'expérience d'une parole passée qui n'a pas été entendue.

La moitié des femmes souffrant de troubles liés à la (péri)ménopause n'a jamais bénéficié des conseils d'un médecin

Vous avez déclaré être sujette à l'un des troubles liés à la ménopause ou péri-ménopause. Avez-vous déjà bénéficié des conseils d'un professionnel de santé à propos de ces troubles ?

Base femmes atteintes de troubles liés à la (péri)ménopause, n=1223



L'ObSoCo / Les femmes et leur corps, à l'épreuve du silence - 2023.

L'IVG : quand le silence pénètre l'intimité

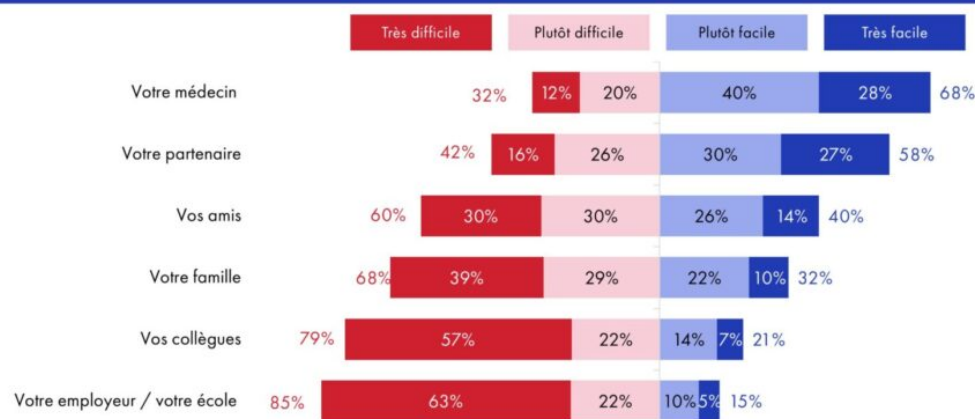
Pour chacune des thématiques précédentes (règles, contraception, grossesse, fertilité, ménopause), le cercle intime reste un espace de parole relativement préservé. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) fait exception : c'est le sujet où la difficulté à parler pénètre le plus jusque dans les relations les plus proches.

13% des femmes déclarent avoir eu recours à une IVG. La difficulté à en parler reste marquée même avec des interlocuteurs privilégiés : 42% trouvent difficile d'en parler à leur partenaire, 60% à leurs amis, 68% à leur famille. Et c'est en environnement professionnel que cette difficulté culmine.

Une facilité très relative à parler d'IVG, même à son partenaire

En général trouvez-vous facile ou difficile de parler d'IVG à...?

Base concernées, n=196 à 525



L'ObSoCo / Les femmes et leur corps, à l'épreuve du silence - 2025.

Ce constat est d'autant plus frappant dans un pays qui vient de constitutionnaliser l'IVG. Le droit existe, la liberté est proclamée, mais la parole reste entravée. L'écart entre la reconnaissance juridique et la difficulté vécue à en parler mesure la distance entre le droit formel et la réalité sociale. Constitutionnaliser un droit ne suffit pas à lever un tabou.

Un tabou général sur les problèmes liés au corps féminin

Si les questions liées à la santé reproductive prennent de l'ampleur dans le débat public, elles restent donc souvent l'objet d'un tabou : l'idée selon laquelle ces problèmes devraient être gardés pour soi, quelle que soit la douleur qu'ils représentent, imprègne largement les résultats de l'enquête. S'il est notoirement difficile d'en parler dans la sphère professionnelle, l'étude fait aussi apparaître la difficulté à en parler à sa famille ou à ses ami-es, pour plus d'une femme sur trois concernée par un problème dans l'un de ces champs.

Les femmes concernées par des problèmes de fertilité ou des parcours de PMA, mais aussi par des problèmes liés à la grossesse (fausse couche, interruption médicale de grossesse, troubles du

post-partum), sont environ 40% (entre 37% et 42%) à trouver difficile d'en parler à leur famille et à leurs amis. Même à l'échelle du cercle proche, la communication autour de ces sujets reste donc difficile. Le déficit informationnel

Les questions de santé sexuelle et reproductive soulèvent également un enjeu informationnel majeur. Si les médecins restent aujourd'hui la source d'information de référence sur ces sujets, ils semblent de plus en plus supplantés par les sources numériques, notamment chez les femmes les plus jeunes. Pour celles-ci, les réseaux sociaux sont devenus une source de premier plan : 41% des 18-24 ans les citent comme source d'information sur les règles, 31% sur la contraception.

Le médecin reste un canal d'information majeur – mais les réseaux sociaux gagnent de l'importance chez les jeunes

L'ObSoCo

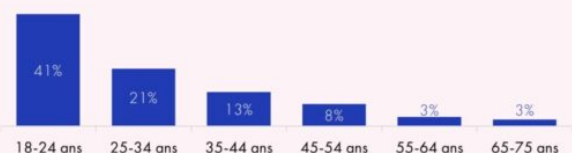
Quelles sont ou ont été les sources vous permettant de vous informer sur les règles et les troubles associés ?

Base totale, n=3931



L'ObSoCo / Les femmes et leur corps, à l'épreuve du silence - 2025.

« Les réseaux sociaux » en fonction de l'âge



Ces résultats pointent vers un rôle accru des réseaux sociaux dans la sensibilisation aux questions de santé féminine. Au-delà de leur rôle d'information, ils donnent aussi aux femmes le sentiment d'appartenir à une communauté et de se sentir moins seules. C'est par exemple le rôle tenu par le compte Instagram « Je m'en bats le clito » de l'influenceuse Camille Aumont Cernel, qui affirme vouloir « lever le voile sur l'intime des femmes » et réunit une communauté de plus de 600 000 personnes autour des thématiques de santé reproductive et de sexualité.

Ce rôle des réseaux sociaux pointe aussi, plus largement, vers un manque global d'information « officielle » disponible sur des troubles féminins normalisés et donc peu documentés. C'est sur les questions de fertilité que l'information semble la plus difficile à trouver, avec près de la moitié des femmes concernées (47%) jugeant difficile d'y accéder. Cette difficulté est plus fortement

exprimée par les jeunes femmes, sur tous les sujets : les 18-34 ans sont une majorité à estimer qu'il est difficile d'obtenir des informations sur les problèmes liés aux règles.

On peut faire l'hypothèse que ce sentiment est moins lié à une moindre capacité de recherche qu'à une recherche d'information plus fréquente et plus exigeante chez les jeunes femmes, plus sensibilisées aux questions de santé reproductive, sans que les données dont nous disposons permettent de trancher définitivement.

Dans leur ensemble, les femmes restent toutefois relativement nombreuses à ne pas avoir cherché d'information sur ces thématiques. Pas « ne pas avoir trouvé », mais bien « ne pas avoir cherché ». 22% des femmes ménopausées déclarent ainsi ne pas avoir cherché d'information sur la ménopause, alors que l'étude montre par ailleurs la forte prévalence des troubles liés à cette période de vie. L'hypothèse la plus plausible, sans pouvoir être démontrée *stricto sensu* par nos données, est que lorsqu'on considère qu'il n'y a rien à faire et que « c'est comme ça », se renseigner peut sembler vain. L'effet générationnel : une jeunesse plus sensible aux questions de santé sexuelle et reproductive

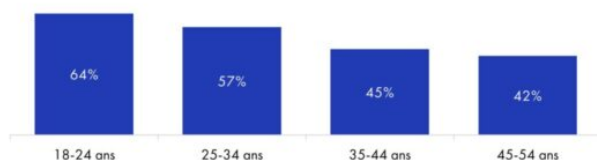
Les femmes de 18-24 ans présentent un profil singulier qui interpelle. Elles déclarent systématiquement plus de troubles que les générations précédentes : syndrome prémenstruel à 73% (contre 57% chez les 45-54 ans), règles douloureuses à 64%, effets secondaires attribués à la contraception à 76% (contre 35% chez les 45-54 ans). Elles sont aussi plus diagnostiquées (ou suspectées) pour l'endométriose et le SMOP anciennement appelé SOPK (25% contre 6% à 8% chez les 55-75 ans). Les troubles post-accouchement sont également plus déclarés par les jeunes cohortes (baby blues à 56% chez les 18-24 ans contre 27% chez les 65-75 ans).

Les jeunes femmes déclarent davantage de troubles liés aux règles

De manière générale, quand vous avez vos règles, êtes-vous sujette aux troubles suivants ?

Base femmes réglées, n=1692

Pourcentage de femmes souffrant de règles douloureuses
En fonction de l'âge



L'ObSoCo / Les femmes et leur corps, à l'épreuve du silence - 2025.

Pourcentage de femmes souffrant d'un syndrome prémenstruel
En fonction de l'âge



Comment interpréter cet écart ? Les données ne permettent pas de trancher définitivement, mais trois hypothèses se combinent probablement. La première est un effet de conscientisation : les jeunes femmes, mieux informées (notamment *via* les réseaux sociaux et les communautés de patientes en ligne), identifient et nomment des troubles que les générations précédentes subissaient sans les nommer, ou en les considérant comme « normaux ». La deuxième est un effet de tolérance : la tolérance à la douleur et à l'inconfort diminue quand on dispose d'un vocabulaire pour les qualifier et d'un espace social pour les exprimer. La troisième est un effet de mémoire : les femmes plus âgées sous-déclarent rétrospectivement des troubles anciens, par oubli ou par banalisation.

Les implications diffèrent selon l'hypothèse dominante. S'il s'agit avant tout d'une avant-garde (une génération qui refuse de se taire et exige une prise en charge), le système de santé et le monde du travail devront s'adapter à une demande croissante et de plus en plus articulée. S'il s'agit aussi d'une frustration accrue face à des institutions inchangées, le risque est celui d'une défiance générationnelle durable : une génération qui sait nommer ses troubles, qui cherche activement de l'information, mais qui se heurte à un système de santé qui ne l'écoute pas et à un monde du travail qui nie l'existence même du problème. Dans les deux cas, le *statu quo* est intenable.

Recevez chaque semaine toutes nos analyses dans votre boîte mail

Abonnez-vous

Anatomie d'un silence institutionnel

Le silence qui entoure les troubles féminins n'est pas seulement le résidu passif d'une culture du tabou. Il est aussi le produit actif d'institutions (médicales, professionnelles, juridiques) qui ont été construites sans tenir compte du corps reproductif, et parfois explicitement contre la reconnaissance de ses spécificités. Décrire ce silence comme une « non-écoute » serait minorer son caractère structurel ; il convient de l'analyser comme une production institutionnelle.

La normalisation culturelle de la douleur féminine

« C'est normal, c'est les règles », « La ménopause, il faut faire avec », « Les douleurs de l'accouchement, on oublie vite »... Ces phrases, entendues dans les cabinets médicaux, les familles et les cours de récréation, véhiculent une norme culturelle profondément enracinée : la douleur liée au corps reproductif serait inhérente à la condition féminine, un tribut biologique que les femmes doivent « naturellement » supporter.

La sociologue Caroline De Pauw, dans ses travaux sur les inégalités de genre en santé⁷, pose le constat avec netteté : les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais il n'est pas prouvé qu'elles vivent mieux. Elles sont souvent moins bien soignées, et les stéréotypes de genre structurent leurs parcours de santé, au niveau physique comme psychologique. Le paradoxe est frappant : la médecine moderne a considérablement progressé dans la prise en charge des pathologies en général, mais elle continue de sous-évaluer, de sous-diagnostiquer et de sous-traiter les troubles spécifiquement liés au corps reproductif féminin.

En France, Muriel Salle et Catherine Vidal ont posé les termes du débat dans leur ouvrage de référence *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes*⁸. Respectivement historienne de la médecine et neurobiologiste, les deux autrices montrent que « l'imaginaire biologique de la différence des sexes » structure le savoir médical depuis des siècles : au XIX^e siècle, les femmes étaient considérées comme d'« éternelles malades », réduites à leur matrice ; aujourd'hui, le biais a changé de forme mais n'a pas disparu. Les pratiques médicales se construisent différemment selon le sexe des patients, et la construction sociale de la tolérance à la douleur (« si ça fait mal, ça fait pas mâles », résumant-elles) conduit à sous-évaluer systématiquement la souffrance des femmes.

Cette analyse trouve un écho direct dans la littérature internationale sur le *gender pain gap* : les travaux de Diane Hoffmann et Anita Tarzian⁹ puis la méta-analyse de Anke Samulowitz¹⁰ ont confirmé que la douleur des femmes est plus souvent attribuée à des causes psychologiques, moins médicamentée, et que les délais de prise en charge sont plus longs, y compris dans les systèmes de santé les plus avancés.

Un système de santé qui n'a pas été conçu pour écouter les femmes

Le livre blanc de la Fondation de l'Académie de médecine, publié en octobre 2025¹¹, dresse un diagnostic institutionnel sévère. Issu d'un cycle de sept débats réunissant professionnels de santé, chercheurs, patientes et représentants d'institutions, il met en lumière ce qu'il appelle les « angles morts » de la santé publique concernant les femmes : retards de diagnostic, fragmentation du parcours de soins, manque de recherche spécifique, prise en charge différenciée des pathologies, sous-diagnostic des douleurs spécifiques, tabous sur la ménopause et la santé mentale.

Nos données illustrent concrètement ces angles morts. L'endométriose en est le cas d'école : l'étude révèle que 5,5% des femmes ont un diagnostic confirmé, mais 7,6% supplémentaires pensent en souffrir sans avoir été diagnostiquées. Pour dix femmes diagnostiquées, quatorze autres vivent avec une suspicion non confirmée. Le SMOP (anciennement SOPK) suit un schéma comparable (6% diagnostiquées, 3,5% non diagnostiquées suspectant la maladie), avec un angle mort supplémentaire : 11,5% des femmes déclarent ne pas savoir ce qu'est le SMOP. L'errance diagnostique apparaît alors comme le symptôme d'un système de soins qui n'a pas été conçu pour écouter les femmes sur les spécificités de leur corps.

Cette inadaptation a des racines profondes, et largement institutionnelles. La formation médicale elle-même, comme le souligne Caroline De Pauw, reproduit les biais de genre : les spécificités de la santé féminine, au-delà de la maternité, occupent une place marginale dans les cursus. Si des critères de parité sont aujourd'hui souvent exigés dans les essais thérapeutiques, les femmes ont longtemps été exclues de ces derniers par crainte des effets des variations hormonales : une exclusion qui n'était pas accidentelle mais constitutive de la production du savoir médical moderne.

Le terme de « médecine bikini », créé par la cardiologue américaine Nanette Wenger¹², désigne précisément ce désintérêt du champ médical pour les spécificités du corps féminin, alors même que les réactions aux médicaments et les symptômes des maladies peuvent être très différents entre les deux sexes. Une méconnaissance qui coûte la vie à de nombreuses femmes, mal diagnostiquées pour des troubles graves : selon un récent rapport de l'Académie nationale de

médecine, les femmes connaissent en France une surmortalité significative à la suite d'un infarctus, en raison notamment de délais de prise en charge plus longs et d'un sous-diagnostic des symptômes féminins¹³.

Le fait que la recherche médicale ne prenne pas suffisamment au sérieux les troubles féminins induit un manque de solutions concrètes apportées à celles qui en souffrent. Le cas de la contraception est éclairant : notre étude montre la prévalence des effets secondaires. Même si les femmes sont dans l'ensemble satisfaites de leur contraception, 21% souhaitent en changer et 76% d'entre elles affirment ne pas savoir quel moyen de contraception choisir, faute de solutions satisfaisantes. Malgré cette errance contraceptive rencontrée par un nombre conséquent de femmes (notamment chez les plus jeunes, de plus en plus conscientes des effets secondaires), la recherche sur la contraception masculine, pourtant dans le débat public depuis les années 1940-1950, avance lentement, freinée par un manque d'investissement majeur¹⁴.

Ces données expliquent en partie le non-recours aux médecins : au-delà de l'acceptation personnelle d'une douleur considérée comme « normale », le manque de solutions médicales proposées peut décourager les femmes de consulter.

Le monde du travail comme espace d'effacement du corps reproductif

Le manque de prise en compte des spécificités du corps féminin et la standardisation des pratiques autour d'une norme corporelle masculine ne se cantonnent pas à la sphère médicale. Dans le champ professionnel également, les troubles auxquels sont sujettes les femmes ne sont pas pris en compte par les organisations. En témoigne le décalage entre l'impact mesurable des troubles de santé sexuelle et reproductive sur la vie professionnelle et la difficulté à en parler au travail. Une organisation du travail pensée par et pour des corps qui n'ont pas de règles, ne sont pas enceintes, ne traversent pas la ménopause.

Le droit du travail français illustre cette cécité. Il reconnaît la grossesse (congé maternité, protection contre le licenciement, aménagement de poste) parce que la grossesse est un événement visible, borné dans le temps, et qui a fait l'objet de conquêtes sociales historiques. Mais tout le reste du parcours reproductif n'existe pas juridiquement : pas de reconnaissance des règles douloureuses, pas de prise en compte de la ménopause comme enjeu de santé au travail, pas d'aménagement prévu pour les parcours de PMA.

Le rapport de la délégation aux droits des femmes du Sénat, *Santé des femmes au travail : des maux invisibles*¹⁵, a posé un diagnostic transpartisan sur cette cécité institutionnelle. Les quatre

sénatrices rapportrices – Laurence Cohen, Annick Jacquemet, Marie-Pierre Richer et Laurence Rossignol – y documentent ce qu’elles appellent les « impensés féminins » dans la conception et la mise en œuvre des politiques de santé au travail : postes de travail et équipements calibrés sur les mesures d’un « homme moyen », organisation qui ne tient pas compte de la double journée des femmes, déficit persistant de données sexuées, stigmatisation de la grossesse qui conduit une femme sur dix à perdre ou quitter son emploi à la suite de celle-ci. La ménopause, notent les rapportrices, est « le dernier tabou » du monde du travail.

Le rapport formule ainsi 23 recommandations, parmi lesquelles : reconnaître l’endométriose et les pathologies menstruelles comme des affections de longue durée, adapter le temps et les horaires de travail à ces pathologies, mettre en place un congé spécifique pour les femmes ayant subi une fausse couche, adapter le régime des absences pour les femmes en parcours d’assistance médicale à la procréation, informer les employeurs sur la ménopause et adapter l’environnement de travail à ses symptômes. Car, selon les autrices du rapport, « différencier n’est pas discriminer ».

L’écart avec d’autres pays européens commence en outre à se creuser. L’Espagne a instauré en 2023 un congé menstruel pour les femmes souffrant d’endométriose ou d’autres pathologies menstruelles ; cette mesure, controversée et peu demandée en réalité (les femmes craignant les discriminations ou la stigmatisation, ou manquant de diagnostics de la part de professionnels insuffisamment formés), a néanmoins le mérite de poser le débat dans l’espace public. Le Royaume-Uni a, quant à lui, développé le *Menopause Workplace Pledge*, un engagement volontaire des entreprises à reconnaître l’impact de la ménopause sur la vie professionnelle et à mettre en place des aménagements (flexibilité horaire, accès à des espaces adaptés, sensibilisation des managers). Les pays nordiques intègrent, quant à eux, plus largement la santé reproductive dans les politiques de prévention en entreprise.

Des inégalités économiques qui aggravent les enjeux de santé féminine

La prise en compte des enjeux de santé féminine au-delà du prisme individuel suppose aussi l’intégration des déterminismes sociaux. Toutes les femmes ne sont pas logées à la même enseigne : elles sont plus nombreuses (deux sur dix) à perdre leur emploi à la suite d’une grossesse parmi les employées des services et les ouvrières¹⁶. Les femmes précaires consultent aussi beaucoup moins les médecins, et encore moins quand ceux-ci sont des spécialistes non intégralement remboursés.

Dans l’enquête réalisée par L’ObSoCo, 43% des femmes disent avoir renoncé aux soins au cours de l’année passée, dont 21% plusieurs fois. Ce chiffre est très largement corrélé au sentiment de

contrainte budgétaire : les femmes très contraintes (« on ne s'en sort vraiment pas ») sont 58% à avoir renoncé aux soins lors de l'année passée, dont 40% plusieurs fois. Quant à la fréquence de visite chez des spécialistes de la santé reproductive (gynécologues, sages-femmes, obstétricien-nes), elle est, là aussi, significativement corrélée au revenu et à la contrainte budgétaire, avec une propension bien plus faible à consulter parmi les plus précaires (38% des femmes très contraintes consultent une fois par an, contre 51% pour celles disant « vivre confortablement »).

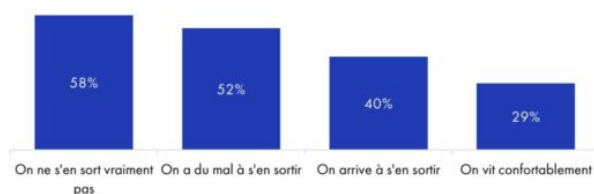
Au-delà de l'accès aux soins, certaines femmes sont aussi concernées par la « précarité menstruelle ». Plus d'un tiers des femmes réglées (35%) sont restreintes au moins parfois dans l'achat de protections hygiéniques. Ce chiffre bondit à 48% chez les 18-24 ans, contre 27% chez les 45-54 ans. La dimension économique est nette : seules 56% des femmes gagnant moins de 1000 euros par mois déclarent pouvoir toujours acheter les protections nécessaires, contre 72% au-delà de 2000 euros. Cet enjeu pointe vers la nécessité d'une prise en charge collective. Les débats sur la « taxe rose¹⁷ » sont ainsi parvenus à faire baisser la taxe sur les protections hygiéniques de 20 à 5,5% de TVA, tandis que les femmes de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire pourront se faire rembourser leurs protections hygiéniques réutilisables (culottes menstruelles et cups) à partir de septembre 2026.

Une propension à consulter très corrélée à la contrainte budgétaire

Au cours de l'année passée, vous est-il arrivé de renoncer à consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) alors que vous en aviez besoin ? / A quelle fréquence consultez-vous un ou une gynécologue / sage-femme / obstétricien ?
Base totale, n=3931

Pourcentage de femmes ayant renoncé à consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) au cours de l'année passée

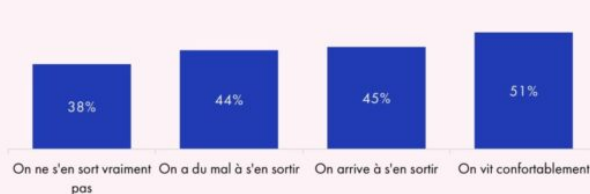
En fonction de la contrainte budgétaire



L'ObSoCo / Les femmes et leur corps, à l'épreuve du silence - 2025.

Pourcentage de femmes consultant un-e gynécologue / sage-femme au moins une fois par an

En fonction de la contrainte budgétaire



Une nécessaire traduction des enjeux de santé féminine dans le cadre institutionnel : de l'individuel au collectif

Aujourd'hui, les questions liées au corps féminin sont encore souvent envisagées sous le prisme individuel, comme relevant de la responsabilité de chaque femme. On dit par exemple qu'une femme a « fait » une fausse couche, événement qui génère, pour beaucoup, une forte culpabilité¹⁸. Ce cadrage individualisant empêche la montée en généralité : tant que chaque femme pense que ses règles douloureuses sont son problème, à « gérer » avec ses moyens, la question ne peut pas accéder à l'espace public comme enjeu collectif. Pourtant, les troubles féminins renvoient à une expérience partagée par la quasi-totalité des femmes à un moment ou à un autre de leur parcours. Un postulat selon lequel « l'intime est politique » qui a guidé les actions de la société civile féministe, qui a lutté et lutte encore pour une prise en compte, par le droit, des enjeux sexuels et reproductifs.

L'histoire des politiques publiques offre déjà des précédents éclairants de basculement de l'individuel au collectif. La santé mentale au travail a longtemps été traitée comme une fragilité personnelle : le *burnout* était « votre » incapacité à gérer le stress. Il a fallu des décennies de travaux (et des drames) pour que les risques psychosociaux soient reconnus comme relevant de la responsabilité de l'employeur et de l'organisation du travail. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) ont suivi un parcours comparable : de la « mauvaise posture » individuelle à l'obligation de prévention ergonomique. Les violences conjugales sont passées du « drame familial » à la politique pénale et préventive (les recours restant encore, cependant, largement inefficaces). La constitutionnalisation de l'IVG en 2024 est le dernier épisode de ce mouvement.

Dans chacun de ces cas, le basculement a supposé trois conditions : des données qui documentent l'ampleur du sujet (c'est le rôle de cette étude), un travail de re-nomination (nommer autrement pour penser autrement : les « risques psychosociaux » ne sont pas le « stress », l'« endométriose » n'est pas les « règles douloureuses ») et une volonté politique de traduire ces enjeux dans le cadre institutionnel.

Conclusion

Les résultats de l'étude menée par L'ObSoCo sont le signe d'un malaise : les femmes subissent en silence des troubles et des douleurs à toutes les étapes de leur vécu reproductif, sans que ceux-ci ne fassent l'objet d'une remise en question. Ils sont considérés comme faisant partie de la condition féminine, normalisés. S'ensuivent des difficultés à en parler, surtout lorsqu'on s'éloigne des interlocuteurs « privilégiés » (le médecin, le ou la partenaire). Côté institutionnel (médecins,

canaux officiels d'information), l'information reste difficile à trouver sur certains sujets (problèmes de fertilité, problèmes liés aux règles) et les solutions aux troubles souvent insuffisantes. L'errance diagnostique des femmes victimes d'endométriose ou de SMOP, ou les difficultés à trouver une contraception satisfaisante, en sont les manifestations les plus visibles.

Ce manque de reconnaissance et de prise en charge est préoccupant, à la mesure de l'impact que ces troubles ont sur la vie des femmes, y compris professionnelle. Le travail reste un lieu où l'on communique peu sur ces troubles « intimes » qui pourtant nous affectent tout entières. Mais c'est aussi un lieu où les marges de manœuvre pour mieux prendre en compte ces troubles sont importantes, comme en témoignent les préconisations du rapport du Sénat sur les « maux invisibles » : la généralisation du recours à des données genrées, à laquelle les études comme celle produite par L'ObSoCo peuvent contribuer. Les jeunes générations étant davantage attentives aux sujets de qualité de vie au travail et d'égalité professionnelle, la prise en charge de ces questions est même amenée à devenir un enjeu d'attractivité pour les entreprises.

Bien que préoccupante, la situation laisse entrevoir des pistes d'action et des signes d'espoir. C'est ce dont témoigne la prise de conscience des jeunes femmes, plus à même de reconnaître leurs symptômes et de lever le tabou sur ces troubles et la souffrance qu'ils engendrent. C'est aussi ce dont témoignent les progrès médicaux : un nouveau traitement vient ainsi de voir le jour pour aider les femmes souffrant de règles abondantes.

À l'échelle politique, les mesures prises par certains pays pour mieux reconnaître les troubles féminins (congé menstruel en Espagne, *Menopause Workplace Pledge* au Royaume-Uni) sont le signe que le sujet fait son chemin en terrain institutionnel. En France, plusieurs prises de parole publiques de femmes politiques de sensibilités diverses ont récemment contribué à inscrire ces sujets dans le débat médiatique, qu'il s'agisse de fausses couches, de parcours de PMA ou des difficultés liées à la ménopause. Chaque témoignage, en arrachant ces expériences au registre de l'intime gardé pour soi, participe à leur transformation en enjeu public.

L'intime est politique. L'affirmer, c'est affirmer que ce que subissent les femmes n'est pas seulement *leur* problème, mais celui de la société tout entière. C'est affirmer qu'il est urgent à la fois de trouver des solutions concrètes aux maux féminins, et de libérer la parole sur ces sujets afin que le silence et les tabous ne redoublent pas la souffrance. La santé féminine doit être un enjeu collectif de santé publique et d'organisation sociale, au-delà des tabous et de la banalisation dont elle fait l'objet.

2. Voir Camille Froidevaux-Metterie, *Un corps à soi*, Paris, Seuil, 2021 ; *Le corps des femmes. La bataille de l'intime*, Paris, Philosophie Magazine Éditeur, 2018.
3. Cette grille, contestée par certaines féministes matérialistes qui y voient un risque de ré-essentialisation du féminin, a néanmoins l'avantage de penser le corps comme lieu politique et non comme simple destin biologique.
4. Selon la **définition** du Centre national de ressources textuelles et littéraires (CNRTL).
5. Camille Froidevaux-Metterie, *Un corps à soi*, Paris, Seuil, 2021.
6. Laurence Cohen, Annick Jacquemet, Marie-Pierre Richer et Laurence Rossignol, ***Santé des femmes au travail : des maux invisibles***, Rapport d'information n°780, Sénat, 27 juin 2023.
7. Caroline De Pauw, *La santé des femmes. Un guide pour comprendre les enjeux et agir*, Paris, Mango Éditions, 2022.
8. Muriel Salle et Catherine Vidal, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*, Paris, Belin, 2017.
9. Diane E. Hoffmann et Anita J. Tarzian, « The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 29, 2001.
10. Anke Samulowitz et al., « Brave Men and Emotional Women: A Theory-Guided Systematic Review of Gender Bias in Health Care », *Pain Research and Management*, 2018.
11. Fondation de l'Académie de médecine, *Santé des femmes : regards croisés et pistes d'action*, livre blanc, octobre 2025.
12. Voir Muriel Salle, « **Médecine bikini : les femmes, les grandes oubliées de la médecine ?** », France Inter, 8 avril 2025.
13. Martine Gillard, « **L'inégalité de prise en charge de l'infarctus du myocarde chez les femmes en France** », Académie nationale de médecine, janvier 2025. La surmortalité s'explique notamment par des délais de prise en charge plus longs et un sous-diagnostic des symptômes féminins, qui diffèrent de la sémiologie « classique » établie sur des cohortes masculines.
14. Marlène Thomas Decreusefond, « **Contraception masculine : un essai clinique fécond relance la recherche d'une pilule pour hommes** », *Libération*, 30 juillet 2025.
15. Laurence Cohen, Annick Jacquemet, Marie-Pierre Richer et Laurence Rossignol, ***Santé des femmes au travail : des maux invisibles***, Rapport d'information n°780, Sénat, 27 juin 2023.
16. Laurence Cohen, Annick Jacquemet, Marie-Pierre Richer et Laurence Rossignol, ***Santé des femmes au travail : des maux invisibles***, Rapport d'information n°780, Sénat, 27 juin 2023.
17. La « taxe rose » est une notion popularisée par le collectif Georgette Sand pour désigner le prix supérieur des produits « féminins ».
18. Nathalie Séjourné, Stacey Callahan et Henri Chabrol, « **L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux** », *La revue sage-femme*, vol. 7, n°6, décembre 2008, pp. 295-300.