

Société

PENSER ET AGIR SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE AU TRAVAIL

Philomène Formery, Lucie Sebban

20/04/2026

À l'approche de la journée internationale de la sécurité et de la santé au travail, le 28 avril, et alors qu'une mission parlementaire sur la santé des femmes a été lancée et rendra ses conclusions en septembre prochain, Philomène Formery, consultante spécialisée dans les transformations du travail, et Lucie Sebban, spécialiste de la santé au travail, toutes deux psychologues du travail en formation, se penchent sur les problématiques spécifiques que les femmes rencontrent en matière de santé et leurs impacts sur le travail. Elles en appellent à une meilleure prise en charge par les pouvoirs publics et par les organisations elles-mêmes dans les politiques de prévention et de qualité de vie au travail.

Introduction : la santé sexuelle et reproductive, un impensé du travail ?

Au moment où la France interroge la soutenabilité de son modèle social, la santé publique s'impose comme un terrain de vifs débats politiques. La maîtrise des dépenses de santé alimente les controverses, qu'il s'agisse du coût croissant des arrêts maladie¹, de la pression ressentie par les médecins face à des injonctions parfois contradictoires², ou encore de la question de la compensation financière des arrêts maladie dans la fonction publique³. Parallèlement, la démographie est devenue une préoccupation nationale : la baisse de la natalité nourrit l'idée d'un nécessaire appel au « réarmement démographique » lancé par le chef de l'État, en 2024, lors d'une conférence de presse. À travers un vocabulaire guerrier liant démographie et politique nataliste, le corps des femmes est présenté comme un instrument au service de la continuité de la nation.

Ces débats s'inscrivent dans un contexte plus large d'inégalités de genre en santé, encore insuffisamment reconnues : longtemps centrée sur des normes masculines, la recherche médicale a historiquement sous-représenté les femmes, conduisant à des retards de diagnostic, des prises

en charge inadaptées, une moindre connaissance de certaines pathologies qui leur sont spécifiques et de certains symptômes qui s'expriment différemment en fonction des sexes. Autrement dit, la santé des femmes ne constitue pas seulement un enjeu spécifique : elle révèle un angle mort structurel des politiques de santé.

Aux dimensions sociale et démographique s'ajoute aujourd'hui celle liée aux conditions de travail. Le rapport de la Commission européenne sur la situation de l'emploi en Europe⁴ alerte sur les pénuries de main-d'œuvre et invite à lever les freins à la participation des femmes au marché du travail : garde d'enfants, responsabilités familiales davantage partagées, fiscalité. La note de l'Igas sur la qualité du travail et de l'emploi⁵ illustre une méconnaissance de la question de la santé des femmes dans le monde du travail : celle-ci n'y apparaît qu'à travers la période menstruelle et la ménopause, et avec un niveau de détail jugé insuffisant par les rapporteurs. Pourtant, les réalités qu'elle recouvre (douleurs menstruelles, endométriose, problématiques en lien avec la grossesse, ménopause entre autres) concernent des millions de travailleuses et influencent directement leur présence et leurs trajectoires professionnelles. Si l'on connaît déjà les impacts potentiels de certaines conditions de travail, comme le travail de nuit, sur le développement de pathologies telles que le cancer du sein⁶, cet article propose de déplacer le regard : non pas analyser les effets du travail sur le corps, mais ceux du corps – et de ses transformations – sur le travail. Ces enjeux, centraux pour la moitié de la population, restent encore largement invisibles au sein des entreprises.

Ces trois prismes – santé, démographie, emploi – révèlent en creux une contradiction majeure : les questions liées aux droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) restent largement absentes des politiques publiques et des réflexions organisationnelles sur le travail. Si ce champ est ici privilégié, c'est précisément parce qu'il concentre des formes particulièrement fortes de tabou, d'invisibilisation et de disqualification, là où d'autres enjeux de santé au travail ont progressivement trouvé leur place dans le débat public. Mieux les connaître et mieux les prendre en compte, à l'échelle individuelle, familiale, organisationnelle et collective, apparaît dès lors incontournable.

L'actualité internationale illustre pourtant l'ampleur des enjeux. Aux États-Unis, le retrait progressif des droits et santé sexuels et reproductifs – qu'il s'agisse de l'accès à la contraception ou de la remise en cause du droit à l'avortement⁷ – porte atteinte aux droits fondamentaux des femmes, mettant en danger leur vie. En Europe, la directive sur la transparence salariale (2023/970 du 10 mai 2023) rappelle combien l'égalité des salaires entre hommes et femmes reste un chantier inachevé, tandis qu'en France, les revirements jurisprudentiels récents autour des congés menstruels dans les collectivités territoriales⁸ témoignent des hésitations et des contradictions qui entourent la reconnaissance de ces enjeux au travail.

La question n'est donc pas seulement médicale : elle est sociale, économique et culturelle. En somme, elle est *politique*. Elle engage les conditions d'égalité et d'inclusion dans le monde professionnel, et interroge plus largement la place faite aux femmes dans la société. Dès lors, comment penser, et surtout comment agir, sur la santé sexuelle et reproductive au travail ?

De quoi s'agit-il et pourquoi en parler ?

Si l'expression de *santé sexuelle et reproductive* est privilégiée ici, c'est parce qu'elle permet d'englober l'ensemble des dimensions – biologiques, psychologiques, sociales et professionnelles – qui traversent la santé des femmes. Là où l'on parle parfois de *troubles féminins*, de *santé intime* ou de *santé hormonale*, des expressions qui tendent à individualiser ou médicaliser la question, la notion de santé sexuelle et reproductive renvoie à une approche plus globale des droits et des conditions de vie⁹.

Les témoignages et études récentes le confirment : douleurs menstruelles, crises d'endométriose, bouffées de chaleur ou insomnies liées à la ménopause affectent directement la présence et la performance au travail, tandis que l'insuffisance de dispositifs de soutien – qu'il s'agisse d'aménagements horaires, de télétravail ou de congés spécifiques – accentue les inégalités. En 2026, L'ObSoCo constate qu'une femme sur quatre a déjà manqué des journées de travail en raison de troubles menstruels¹⁰, et c'est sans compter les absences liées aux autres pathologies spécifiques aux femmes.

La prise en compte de la santé sexuelle et reproductive ne relève pas seulement d'un impératif éthique : elle constitue aussi un enjeu stratégique pour les organisations. Promouvoir un environnement de travail sain et ouvert sur ces sujets, c'est permettre aux femmes de travailler dans des conditions équitables, sans être pénalisées pour des réalités biologiques ou médicales qui échappent à leur contrôle. La mise en place d'actions concrètes contribue à renforcer la qualité de vie au travail, l'inclusion et la rétention des talents féminins, dans un contexte de tension sur le marché de l'emploi¹¹. À l'inverse, l'absence de reconnaissance institutionnelle entretient un climat de tabou et de sous-déclaration, renforçant la double peine pour les salariées : souffrance physique et stigmatisation professionnelle.

Au niveau sociétal, les conséquences de cette invisibilisation sont tout aussi marquées. Les difficultés de prise en charge médicale, le manque de modes de garde accessibles ou l'insuffisance des congés parentaux contribuent à l'éloignement durable de nombreuses femmes du marché du travail, en particulier celles en emploi précaire ou à temps partiel. En 2024, parmi les parents qui ont déjà occupé un emploi, 31% des mères ayant déjà travaillé sont sans emploi ou à temps partiel

pour une raison liée aux enfants, contre seulement 5% des pères¹². Rappelons qu'en cas de séparation dans les couples, la garde principale est attribuée aux mères dans presque neuf cas sur dix¹³.

Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes s'appuie sur les analyses de l'Anact pour appeler à sortir d'une vision strictement médicale pour considérer la santé sexuelle et reproductive comme un déterminant d'égalité réelle entre les femmes et les hommes¹⁴. Parce qu'elle touche à la fois au corps, aux droits et à l'organisation du travail, cette question mérite une approche spécifique, fondée sur la connaissance, la reconnaissance et l'action.

Recevez chaque semaine toutes nos analyses dans votre boîte mail

[Abonnez-vous](#)

Penser et comprendre la santé sexuelle et reproductive au travail

La santé sexuelle et reproductive au travail cristallise de nombreuses controverses. En France, le cadre légal prohibe toute forme de discrimination, y compris positive : la Constitution et le Code du travail interdisent de traiter différemment les salariés selon le sexe, ce qui rend difficile la mise en place de dispositifs ciblés¹⁵. Cette culture de l'intégration – où chacun et chacune doit s'adapter à des normes communes – s'oppose à une logique d'inclusion qui reconnaîtrait les besoins spécifiques liés au corps féminin.

Certaines craignent aussi une atteinte au secret médical ou un usage opportuniste du dispositif par des entreprises en quête d'image : un « féminisme *washing* ». Le débat révèle un malaise plus profond ancré dans la difficulté à considérer la santé sexuelle et reproductive comme un sujet médical légitime, encore lesté de représentations anciennes – de l'« hystérie » au mythe de la femme instable¹⁶.

L'équilibre est subtil pour traiter le sujet avec la singularité qu'il implique sans pour autant enfermer les femmes dans une posture stéréotypée de « victime » ou de « malade », mais en ouvrant la voie à une approche par les droits défendue par les mouvements féministes, et que le monde du travail gagnerait à s'approprier.

Si le sujet est vaste, chacune des réalités physiologiques, médicales et sociales liées à la santé sexuelle et reproductive comporte des défis et des réponses spécifiques. C'est pourquoi nous proposons de parcourir les typologies de troubles que le sujet soulève et les pistes à explorer pour leur accorder l'attention qu'elles méritent.

Menstruations et travail : entre réalités physiologiques et résistances culturelles

Les menstruations font partie de la vie de la majorité des femmes en âge de procréer. Pourtant, elles demeurent un tabou général dans nos sociétés et tout particulièrement au travail, malgré les progrès que l'on doit aux mouvements féministes¹⁷. Cette difficulté n'est pas nouvelle : dès l'Antiquité, Hippocrate décrivait les règles comme une « humeur viciée », une vision qui a durablement associé le sang menstruel à l'impureté, au désordre ou à la faiblesse. Si ces représentations ont évolué, elles continuent de structurer, en creux, l'imaginaire collectif et les normes professionnelles contemporaines.

Au-delà des représentations, les faits sont clairs. Selon l'Inserm, 90% des femmes âgées de 18 à 49 ans déclarent ressentir des douleurs pendant leurs règles ; 40% les qualifient de modérées à sévères – on parle alors de « dysménorrhées¹⁸ ». Ces douleurs peuvent affecter la concentration, la posture, la mobilité ou la capacité à tenir certains rythmes de travail. Pourtant, elles restent massivement invisibilisées dans les organisations, où la norme demeure celle d'un corps disponible, constant et silencieux.

Au-delà des douleurs qu'elles provoquent, les menstruations font souvent l'objet de débats autour de la question de l'« humeur ». Le syndrome prémenstruel (SPM) est régulièrement invoqué pour expliquer irritabilité ou baisse de performance. Or, les données scientifiques nuancent cette lecture : d'après une étude des Instituts de recherche en santé du Canada, la santé physique globale et la qualité des relations sociales seraient bien plus déterminantes de l'humeur que le cycle menstruel¹⁹. Pourtant, dans les représentations ordinaires, ces variations sont encore largement imputées à une « biologie féminine » instable, là où l'homme demeure la norme implicite de rationalité et de constance. Certains travaux supposent pourtant que les hommes connaissent eux aussi des fluctuations hormonales, invitant à reconnaître une réalité plus universelle : tout corps est traversé par des variations et des irrégularités – réalité qui semble mise au second plan par un monde du travail très uniformisé.

Les propositions d'aménagements des conditions de travail comme le congé menstruel divisent l'opinion. Là où leurs défenseurs y voient une avancée en matière d'égalité réelle, une possibilité de

réduire l'absentéisme et de soutenir la productivité à long terme, d'autres redoutent une essentialisation des femmes et un renforcement de leur prétendue fragilité²⁰.

En France, alors même que les collectivités territoriales ont été parmi les premières à mettre en place le congé menstruel, plusieurs propositions ont été rejetées, notamment au Sénat en février 2024²¹, au nom du respect du secret médical et du risque de discrimination à l'embauche. D'autres critiques soulignent le danger d'un dispositif socialement inégalitaire : les salariées en emploi stable, disposant d'autonomie organisationnelle, y auraient plus facilement accès que celles occupant des postes avec moins d'autonomie ou celles en situation précaire. À l'inverse, plusieurs pays ont franchi le pas en mettant en place des congés menstruels (Espagne, Japon, Corée du Sud, Taïwan ou Zambie). Les modèles sont alors très variables, et leurs effets encore discutés²².

Certaines entreprises ont choisi des voies moins normatives. Au Royaume-Uni, Channel 4 a par exemple mis en place des salles de repos, des pauses supplémentaires et des aménagements ponctuels d'horaires, sans créer de droit spécifique ni exiger de justification médicale²³. Ces initiatives montrent qu'il est possible d'agir sans enfermer les femmes dans une catégorie à part, en adaptant l'organisation du travail aux réalités corporelles.

La question des menstruations au travail illustre ainsi la complexité du sujet : il n'existe ni solution unique ni réponse parfaitement équitable en toutes circonstances. Les contraintes métiers, les conditions de terrain et les gestes professionnels doivent être pris en compte pour construire des dispositifs réalistes, socialement justes et économiquement viables. Si le problème est principalement abordé sous l'angle de la douleur, il faut rappeler une évidence souvent oubliée : même en l'absence de symptômes, les règles nécessitent une organisation spécifique (accès régulier aux toilettes, disponibilité de protections périodiques, possibilité d'anticiper ou de s'isoler brièvement). Faute de reconnaissance collective, ces ajustements reposent encore largement sur l'adaptation individuelle et la dissimulation.

Rendre visibles les menstruations au travail, ce n'est ni les dramatiser ni les instrumentaliser. C'est ouvrir un espace de dialogue, de sensibilisation et d'aménagements pragmatiques, condition indispensable pour lever un tabou persistant et faire évoluer des organisations encore largement pensées hors du corps féminin.

Affections chroniques de l'appareil génital féminin : soutenir sans cataloguer, reconnaître sans hiérarchiser

Les affections chroniques liées à l'appareil génital féminin sont courantes : chacun et chacune

d'entre nous connaît très probablement au moins une personne concernée dans son entourage. L'endométriose est l'exemple le plus connu en France : cette maladie touche environ 10% des femmes en âge de procréer, soit entre 1,5 et 2,5 millions de personnes sur notre territoire²⁴. Elle se manifeste par des douleurs aiguës, une fatigue chronique et des symptômes imprévisibles qui peuvent entraîner des arrêts fréquents, une baisse de productivité, allant jusqu'à des ruptures ou des renoncements de carrière. Malgré cette prévalence, l'endométriose reste structurellement mal comprise : jusqu'en 2021, il existait 49 définitions différentes de la maladie²⁵.

Les données témoignent de l'impact concret sur le travail. 65% des femmes interrogées dans l'enquête EndoVie indiquent que leurs symptômes influencent négativement leur quotidien professionnel à travers des difficultés à se concentrer, à se déplacer ou à tenir certaines positions physiques²⁶. Au-delà de l'arrêt maladie classique, les dispositifs de soutien restent rares et hétérogènes, et beaucoup de salariées doivent négocier des aménagements informels ou assumer seules l'adaptation de leur poste.

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) représente une autre affection répandue : il touche environ 6 à 13% des femmes en âge de procréer et reste largement sous-diagnostiqué dans le monde – jusqu'à 70% des cas sont non détectés²⁷. Ce trouble hormonal est une cause fréquente d'infertilité mais s'accompagne aussi de symptômes variés (cycles irréguliers, règles absentes, troubles métaboliques) qui peuvent influencer la capacité à travailler et à s'engager durablement dans une carrière. Une étude montre que les femmes avec un diagnostic de SOPK déclarent une capacité de travail moindre et ont une plus forte chance de partir à la retraite plus tôt en raison de problèmes de santé²⁸.

Plus rares mais tout aussi significatives, d'autres conditions comme l'adénomyose (une forme d'endométriose interne à l'utérus), les fibromes utérins ou le prolapsus génital peuvent également perturber le quotidien, entre douleurs, inconfort physique et arrêts répétés. Elles illustrent combien la santé gynécologique, trop souvent pensée comme « privée », s'inscrit pleinement dans l'expérience professionnelle, et combien l'intime est intrinsèquement politique.

Reconnaître l'impact de ces affections ne signifie pas réduire les femmes à leur corps, mais admettre que la santé sexuelle et reproductive n'est pas un détail accessoire de l'emploi. Certains dispositifs existent déjà, en France comme à l'étranger : la possibilité de télétravail ou d'horaires flexibles, la mise à disposition de pauses supplémentaires, des espaces de repos ou des ajustements de poste (chaise ergonomique, proximité des sanitaires, priorisation des tâches) figurent parmi les aménagements souvent recommandés par les spécialistes et les employeurs sensibilisés aux enjeux de santé au travail²⁹.

Des initiatives plus structurées commencent aussi à se déployer. Sur le plan réglementaire, des voies comme la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permettent, lorsque les conséquences de la pathologie y conduisent et qu'elle est accordée, de sécuriser des aménagements durables d'horaires ou de poste. Certaines entreprises françaises ont mis en place des jours d'absence autorisés pour l'endométriose, avec maintien de salaire, lorsqu'un diagnostic est établi³⁰. D'autres organisations intègrent la sensibilisation des managers, la formation aux symptômes invisibles, ou des politiques de réintégration souples après des arrêts répétés³¹.

Là encore, il ne s'agit pas d'appliquer une recette miracle, mais de créer un environnement de dialogue et de réactivité, où la diversité des parcours de santé est intégrée dans les politiques RH. Cela suppose des employeurs formés, des médecins du travail bien informés et des cadres légaux incitatifs. C'est aussi admettre que la santé gynécologique affecte non seulement le corps mais les trajectoires professionnelles, l'égalité des chances et la qualité de vie au travail.

Ménopause : une transition invisible au cœur de la vie professionnelle

La ménopause reste l'un des derniers angles morts de la santé au travail. Longtemps reléguée à la sphère intime et rarement reconnue dans les organisations, elle commence seulement à émerger comme un enjeu de santé publique, de performance pour les employeurs et d'égalité professionnelle.

Historiquement, sa compréhension est récente : le terme « ménopause » n'apparaît qu'au XIX^e siècle, à un moment où l'espérance de vie permet enfin aux femmes de traverser cette période à grande échelle. Pendant longtemps assimilée à une pathologie ou à un trouble psychique, elle a hérité d'un ensemble de représentations qui continuent d'alimenter le tabou³². Aujourd'hui encore, les structures spécialisées sont rares en France, comme en témoigne le centre de consultation dirigé par la professeure Florence Trémollières à Toulouse.

Dans les faits, la ménopause correspond à l'arrêt définitif des règles, précédé d'une phase de transition – la périménopause – au cours de laquelle apparaissent les principaux symptômes : bouffées de chaleur, troubles du sommeil, douleurs articulaires, difficultés de concentration. Près de 90% des femmes en ressentent, dont 25% de manière sévère³³. Ces symptômes surviennent alors qu'une grande partie de la vie professionnelle est encore devant elles, souvent plus de vingt années d'activité.

D'où une problématique à la fois médicale, professionnelle et politique. Les conditions de travail peuvent amplifier les effets de cette transition hormonale : pénibilité physique, chaleur excessive,

stress, manque de flexibilité³⁴. Les impacts économiques sont désormais documentés : une étude internationale estime qu'une femme perd en moyenne 4,3% de revenus dans les quatre ans suivant le diagnostic, une pénalité qui peut atteindre 10% à horizon de quatre ans³⁵. Pourtant, seules 9% des salariées déclarent avoir bénéficié d'un aménagement de poste lié à leur santé sexuelle et reproductive³⁶.

Les organisations disposent pourtant de leviers concrets. Le rapport de la ministre Stéphanie Rist recommande en 2025 d'intégrer la ménopause dans les politiques RH, de conduire un diagnostic des conditions de travail et d'adapter l'environnement professionnel : ergonomie des postes, meilleure ventilation, souplesse horaire, télétravail. Ces travaux nous rappellent que d'autres pays ouvrent la voie : le ministère du Travail britannique a désigné en 2023 une ambassadrice ménopause et propose depuis lors une démarche d'engagement, une boîte à outils et des campagnes d'information sur le sujet. Au Royaume-Uni là encore, les entreprises comme Tarmac ou NatWest Group expérimentent déjà des dispositifs dédiés (communautés internes, formations des managers, applications de suivi de la santé féminine)³⁷. L'objectif n'est pas de créer des catégories à part, mais de normaliser un sujet universel et de favoriser un environnement réellement inclusif.

Reconnaître la ménopause au travail, c'est lever un tabou qui pèse sur les carrières, réduire les risques de désinsertion professionnelle et améliorer la qualité de vie au travail. C'est aussi traiter cette transition comme une réalité humaine qui mérite une réponse organisationnelle, au même titre que d'autres enjeux de santé. Mieux informer les salariées, former les managers et outiller les entreprises : autant de conditions pour permettre aux femmes de traverser cette période sans pénalités ni marginalisation, dans un contexte où elles vivront, par ailleurs, statistiquement dix ans de plus que les hommes³⁸.

Grossesse et parcours de procréation : une épreuve encore largement individualisée au travail

La grossesse reste l'une des expériences les plus éprouvantes du parcours professionnel des femmes. Ces dernières y traversent un état de santé bien particulier. Le premier trimestre de grossesse peut s'accompagner d'une grande fatigue, de nausées, de douleurs pouvant impacter le quotidien. Dans un tiers des cas, ces manifestations persistent, compliquant organisation, concentration et performance. Elle peut également s'accompagner d'un risque vital pour la mère, du fait de l'aggravation de pathologies pré-existantes, des risques de grossesse extra-utérine ou encore de pré-éclampsie. Pourtant, la stigmatisation persistante de la grossesse en milieu professionnel peut contraindre les femmes à minimiser leurs difficultés par crainte d'être perçues

comme moins disponibles, notamment chez les plus précaires³⁹.

Ce malaise s'inscrit dans une longue histoire qui dépeint grossesse et maternité comme des obstacles au travail plutôt que comme des réalités à intégrer. Au début du XX^e siècle, les syndicats redoutent la « concurrence » des femmes, suspectées de tirer les salaires vers le bas ; il faut attendre 1909 pour que la loi garantisse le retour à l'emploi après un congé maternité, puis 1913 pour qu'une indemnité soit instaurée⁴⁰. Les deux guerres mondiales bouleversent temporairement cet ordre, mobilisant massivement les femmes dans les usines, avant un retour au modèle du foyer dans l'après-guerre. Ces représentations imprègnent encore aujourd'hui les pratiques professionnelles.

La question de la santé reproductive au travail ne peut être dissociée du « coût de la maternité », largement documenté. En France, la naissance d'un enfant s'accompagne d'un creusement durable des inégalités salariales, avec une baisse significative et durable des revenus des mères, contrairement aux pères⁴¹. Ce phénomène, souvent désigné comme le « plafond de mère », se traduit aussi par un ralentissement des carrières, un accès réduit aux postes à responsabilité et une moindre progression salariale⁴². Il s'inscrit dans des organisations du travail encore peu flexibles, historiquement pensées autour de trajectoires masculines continues, rendant la conciliation entre vie professionnelle et personnelle particulièrement difficile pour les femmes.

Certains environnements de travail augmentent les risques liés à la grossesse (travail de nuit, chaleur, contraintes physiques). Rien n'interdit formellement les femmes enceintes de travailler dans ces conditions, mais la loi offre désormais des garanties importantes⁴³ : autorisations d'absence sans perte de rémunération pour les examens médicaux obligatoires, interdiction de licencier en raison de la grossesse, impératif d'adaptation du poste ou de suspension rémunérée du contrat... Dans les faits, ces protections restent parfois insuffisantes face aux contraintes organisationnelles, à la charge de travail ou à l'absence de flexibilité.

La parentalité commence, par ailleurs, parfois avant la grossesse. Un couple sur huit consulte pour des difficultés à concevoir un enfant⁴⁴. Or, un parcours de procréation médicale assistée (PMA) implique des examens, stimulations hormonales et interventions successives qui peuvent générer fatigue, stress et baisse de concentration. Là encore, la législation tend à protéger : la loi du 30 juin 2025 renforce la protection des salariés engagés dans un projet parental (PMA ou adoption) en élargissant les autorisations d'absence et en sécurisant leur situation⁴⁵.

Parfois, la grossesse s'interrompt : les interruptions spontanées de grossesse, plus communément appelées « fausses couches », concernent environ 15% des grossesses et une femme sur dix sera

confrontée à cette épreuve au cours de sa vie⁴⁶. Elles peuvent impliquer des douleurs conséquentes qui relèguent le travail à un plan très lointain – sans compter que le corps produit toujours des hormones de grossesse. Moralement, il peut également s’agir d’un choc et d’un deuil. Ce n’est pourtant que depuis la loi du 7 juillet 2023 que les « fausses couches » donnent lieu à un arrêt maladie sans jour de carence et à une protection renforcée contre le licenciement.

Par ailleurs, dans le cas de grossesses non désirées, les femmes qui ont recours à des interruptions volontaires de grossesse (IVG) peuvent connaître les mêmes symptômes, auxquels peuvent s’ajouter une forme de culpabilité et une difficulté à s’exprimer sur le sujet tant elles restent taboues encore aujourd’hui.

Pour celles qui accouchent, les suites de l’accouchement peuvent être difficiles : traumatismes liés à l’accouchement, complications obstétricales, douleurs persistantes ou dépression périnatale (qui touche près d’une femme sur cinq et pouvant aller jusqu’au suicide⁴⁷). À cela s’ajoutent les défis liés à l’allaitement pour celles qui le souhaitent, alors que l’OMS recommande douze mois d’allaitement exclusif ou mixte⁴⁸, recommandation encore difficilement conciliable avec les organisations du travail actuelles.

Enfin, depuis 2015, la mortalité infantile en France reste supérieure à la moyenne européenne⁴⁹. Un enfant sur 250 meurt avant l’âge d’un an (et ce chiffre a légèrement augmenté depuis 2010). Bien qu’en France, un congé pour deuil parental soit garanti pour toutes et tous – il a même été prolongé en 2023 –, la prise en charge du deuil périnatal demeure encore limitée et inégalitaire.

Si les leviers pour accompagner les parcours de procréation sont nombreux, les femmes restent majoritairement seules responsables de compenser les impacts de la grossesse et de la parentalité sur le travail. Pourtant, les organisations qui s’engagent pour accompagner ces situations constatent une meilleure rétention des salariées, une réduction des tensions et une amélioration du climat social. Créer un environnement où la grossesse peut être dite, comprise et accompagnée, c’est renforcer la qualité de vie au travail – et permettre aux femmes de ne plus avoir à choisir entre leur santé, leur projet parental et leur carrière.

Agir en faveur de la santé sexuelle et reproductive au travail

Si les constats sont désormais largement établis, les leviers d’action restent encore inégalement mobilisés. Pourtant, les organisations – dans le public comme dans le privé – ne partent pas de zéro : un écosystème d’acteurs et d’outils existe déjà pour accompagner la prise en compte de la santé sexuelle et reproductive au travail.

En premier lieu, les dispositifs classiques de santé au travail constituent des points d'appui essentiels. Le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), encore trop rarement mobilisé sous l'angle du genre, peut intégrer ces enjeux de manière différenciée. Les services de prévention et de santé au travail, et en particulier les médecins du travail, jouent un rôle clé dans l'identification des situations à risque, l'adaptation des postes et l'accompagnement des salariées. Le dialogue social constitue également un levier structurant : les comités sociaux et économiques (CSE), et en leur sein les commissions santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT), peuvent relayer ces problématiques et contribuer à leur mise à l'agenda.

Au-delà de ces acteurs institutionnels, la société civile s'empare progressivement du sujet. Associations de patientes, collectifs féministes, mais aussi cabinets de conseil spécialisés participent à l'acculturation des organisations, en proposant des actions de sensibilisation, des outils de diagnostic ou des dispositifs d'accompagnement. Certaines entreprises vont plus loin en structurant des politiques internes dédiées ou en désignant des référents sur les questions de santé sexuelle et reproductive.

D'autres leviers, plus indirects, méritent également d'être mobilisés. Les organismes complémentaires, notamment les mutuelles, développent des offres incluant des forfaits dédiés à la santé des femmes (suivi hormonal, médecines complémentaires, accompagnement psychologique). Par ailleurs, de nouveaux outils de mesure émergent, portés notamment par des acteurs associatifs ou des start-up, permettant de mieux objectiver ces enjeux à travers des enquêtes internes ou des baromètres.

Enfin, si certaines initiatives restent encore expérimentales, elles dessinent des perspectives plus structurelles : développement de la recherche, création de chaires académiques, ou encore évolution du cadre réglementaire pour mieux reconnaître ces enjeux. À ce stade, la question n'est donc plus tant de savoir si des solutions existent, mais comment les articuler, les généraliser et les inscrire durablement dans les politiques de santé au travail.

Conclusion

Ces enjeux ne se limitent pas à des considérations biologiques : ils sont intimement liés aux conditions de travail, aux organisations et aux normes professionnelles. Comme l'a montré la psychosociologue Dominique Lhuilier⁵⁰, les rapports entre santé et travail sont traversés par des logiques de genre : les femmes ne sont pas seulement exposées à des risques spécifiques liés à leurs emplois (pénibilité physique, sous-reconnaissance des contraintes psychosociales), mais aussi à une méconnaissance structurelle de leurs besoins physiologiques et sociaux. La santé

féminine demeure ainsi le parent pauvre des politiques de prévention et de qualité de vie au travail, alors même que ses effets sur l'absentéisme, la productivité, l'engagement professionnel ou le maintien dans l'emploi sont documentés.

Face à ce constat, la question n'est plus celle de la légitimité du sujet, mais de sa prise en charge effective. Les employeurs ont un rôle central à jouer : aménagements organisationnels, adaptation des postes, intégration de ces enjeux dans le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), formation des managers, dialogue social renouvelé. Mais cette mobilisation ne peut être durable sans un cadre juridique clair et incitatif. Pour que les entreprises s'emparent réellement de la santé sexuelle et reproductive, encore faut-il que le droit du travail l'autorise, la sécurise et la rende visible. À cet égard, l'État a une responsabilité particulière : donner l'exemple dans la fonction publique, clarifier les marges de manœuvre des employeurs et inscrire ces enjeux dans les politiques de santé au travail constitueraient des leviers déterminants.

Reconnaître la santé sexuelle et reproductive comme une composante à part entière de la santé au travail, c'est donc ouvrir la voie à une réflexion plus large sur l'équité, la place du corps dans l'organisation du travail et la manière dont les institutions devraient accueillir la diversité des parcours des femmes. L'égalité réelle ne saurait se réduire à l'accès à l'emploi : elle suppose la reconnaissance des besoins différenciés en matière de santé, de parentalité et de conditions de travail. Autrement dit, repenser la santé sexuelle et reproductive au travail revient à interroger la capacité de nos organisations et de notre société à articuler qualité de vie, performance économique, justice et droits.

Cette réflexion ouvre enfin sur l'angle encore trop souvent oublié : celui de la santé mentale et psychique des femmes. Charge émotionnelle, injonctions contradictoires, invisibilisation des souffrances liées au corps et à la reproduction constituent un terrain propice à l'épuisement, à l'anxiété et au décrochage professionnel. Faire de la santé sexuelle et reproductive un objet de politiques publiques et organisationnelles, c'est aussi se donner les moyens de mieux prévenir ces risques et de penser une santé au travail réellement inclusive.

1. Frédéric Schaeffer, « **Arrêts de travail : pourquoi la facture flambe** », *Les Échos*, 8 juillet 2025.
2. « **Campagne de contrôle sur les arrêts maladie : 500 généralistes incités à réduire les délivrances dès ce lundi** », France Info, 22 septembre 2025.
3. Charlotte Rousset, « **Arrêt maladie de la fonction publique : les grands perdants des nouvelles règles d'indemnisation** », *Capital*, 10 août 2025.
4. Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion, « **Employment and social developments in Europe 2025** », Commission européenne, 15 septembre 2025.
5. Dominique Giorgi, « **Qualité du travail, qualité de l'emploi : éléments de comparaisons internationales** », Igas, 19 septembre 2025.

- 2025.
6. « **Travail de nuit et cancer du sein : de nouveaux arguments en faveur du lien** », Inserm, 10 septembre 2018.
 7. « **IVG aux USA : un recul historique pour les droits des femmes, une décision aux lourdes conséquences** », Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 4 juillet 2022.
 8. Bastien Scordia, « **Congés menstruels : l'administration rappelle l'illégalité du dispositif et prône d'autres solutions** », Acteurs publics, 12 septembre 2024.
 9. Cette approche rejoint les principes d'action de la « **Stratégie nationale de santé 2023-2033** », qui intègre la dimension de genre pour « définir une nouvelle forme d'universalité des politiques de santé ne niant pas les différences liées aux caractéristiques physiques et biologiques des hommes et des femmes, ni leurs rôles, comportements ou identités socialement construits ».
 10. Guénaëlle Gault et Diane Blanchard, « **Les Françaises et leur corps à l'épreuve du silence** », L'ObSoCo, mars 2026.
 11. Commission européenne, « **Rapport 2025 sur la situation de l'emploi en Europe** », 15 septembre 2025.
 12. Litti Esteban, « **L'articulation entre vies familiale et professionnelle repose toujours fortement sur les mères** », Études et résultats n°1298, Drees, 5 mars 2024.
 13. Aude Lapinte, « **Un enfant sur dix vit dans une famille recomposée** », Insee Première n°1470, 23 octobre 2013.
 14. Brigitte Grésy, Emmanuelle Piet, Catherine Vidal, Muriel Salle, Marianne Niosi et Noémie Gardais, « **Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique** », Commission santé et droits sexuels et reproductifs, Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 4 novembre 2020.
 15. Code du travail, art. L1132-1.
 16. Pauline Chanu, *Sortir de la maison hantée. Comment l'hystérie continue d'enfermer les femmes*, Paris, La Découverte, octobre 2025.
 17. Aline Bœuf, *Briser le tabou des règles*, Lausanne, Éditions 41, 2023.
 18. « **C'est normal d'avoir mal pendant les règles, vraiment ?** », Inserm, 31 octobre 2023.
 19. Instituts de recherche en santé du Canada, *Science fact or Science fiction: does PMS exist?*, 3 décembre 2014.
 20. Aliona Legrand, « **Penser les règles au travail à travers le congé menstruel : quels enjeux dans le contexte français ?** », *Travail, genre et sociétés*, n°53, 2025.
 21. Rose-Amélie Bécel, « **Congé menstruel : après le rejet du texte par la droite sénatoriale et le gouvernement, « les femmes devront encore attendre »** », Public Sénat, 15 février 2024.
 22. Blog Uketsuke, « **Le congé menstruel au Japon : un droit oublié ?** », 19 janvier 2025.
 23. Channel 4, *Period Policy*, mars 2023.
 24. « **Endométriose et travail : comprendre et agir. Guide pour les dirigeants et managers** », Anact, 2024.
 25. Carla Tomassetti et al., « **An International Terminology for Endometriosis** », *JMIG*, 2021.
 26. Ipsos pour EndoFrance et Gedeon Richter, « **EndoVie - Enquête sur le parcours des femmes souffrant d'endométriose** », 2020.
 27. Organisation mondiale de la santé (OMS), « **Syndrome des ovaires polykystiques** », 2026..
 28. Linda Kujanpää et al., « **Women with polycystic ovary syndrome have poorer work ability and higher disability retirement rate at midlife: a Northern Finland Birth Cohort 1966 study** », *Eur. J. Endocrinol.*, vol. 187, n°3, pp. 479-488, 2022.
 29. Marie-Rose Galès et Morgane Carlier, *Endométriose : ce que les autres pays ont à nous apprendre*, Le Courrier du livre, 2024.
 30. Handicap.fr, « **Endométriose : Carrefour annonce 12 jours d'absence par an** », 19 avril 2023.
 31. ENdi, « **How Employers Can Support Employees with Endometriosis: A Practical Guide** ».
 32. Laurence Cohen, Annick Jacquemet, Marie-Pierre Richer et Laurence Rossignol, « **Santé des femmes au travail : des maux invisibles** », rapport d'information du Sénat, 27 juin 2023.
 33. Données GEMVI reprises dans le rapport du Sénat en 2023.

34. Stéphanie Rist, Aurélie Lorrain Itty en appui pour l'Igas, « [La ménopause en France : rapport et annexes](#) », 26 avril 2025.
35. Gabriella Conti, Rita Ginja, Petra Persson et Barton Willage, « [The Menopause Penalty](#) », Institute for Fiscal Studies, 18 mars 2024.
36. OpinionWay pour Organon, [Étude Santé des femmes](#), février 2025.
37. Dominique Giorgi, « [Qualité du travail, qualité de l'emploi : éléments de comparaisons internationales](#) », Igas, 19 septembre 2025.
38. « Évolution de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans », Ined, mars 2025.
39. Laurence Cohen, Annick Jacquemet, Marie-Pierre Richer et Laurence Rossignol, « [Santé des femmes au travail : des maux invisibles](#) », rapport d'information du Sénat, 27 juin 2023.
40. Christine Bard, Fatima El Amrani-Boisseau et Bibia Pavard, *Histoire des femmes dans la France des XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Ellipses, 2025.
41. Pierre Pora et Lionel Wilner, « [Les trajectoires professionnelles des femmes les moins bien rémunérées sont les plus affectées par l'arrivée d'un enfant](#) », Insee Analyses n°48, 10 octobre 2019.
42. Vanessa di Paola et Stéphanie Moullet, « [Pourquoi le plafond de verre résiste-t-il encore ?](#) », Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques, 8 juin 2023.
43. Code du travail, art. L1225.
44. Daniel Vaiman, Luc Multigner et Nadine Binart (coord.), « [Dossier : Infertilité](#) », Inserm, 19 septembre 2019.
45. [Loi n° 2025-595 du 30 juin 2025](#) visant à protéger les personnes engagées dans un projet parental des discriminations au travail.
46. « [Miscarriage: worldwide reform of care is needed](#) », *The Lancet*, vol. 397, n°10285, 1^{er} mai 2021.
47. Camille Jamet et Sarah Tebeka, « [Dépression périnatale : une pathologie fréquente, aux enjeux majeurs pour la santé des femmes](#) », *Med. Sci.*, 6 janvier 2026. Le suicide est d'ailleurs la première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après l'accouchement d'après une étude de l'Inserm et de Santé publique France (voir « [Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles \(ENCMM\), 2016-2018](#) », Inserm, Santé publique France, 3 avril 2024.)
48. Organisation mondiale de la santé (OMS), « [Infant and young child feeding](#) », 20 décembre 2023.
49. Nathalie Blanpain, « [Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France](#) », Insee, 2025.
50. Dominique Lhuillier et Katherine Portsmouth, « [Les inégalités de genre au prisme de la santé au travail et au chômage](#) », *La Revue des conditions de travail*, 31 mars 2023.