



Messages clés

1. Les stéréotypes de genre conditionnent l'accès à l'information et aux campagnes de dépistage, renforçant la hiérarchisation des cancers et invisibilisant certains d'entre eux.
2. Ces inégalités se poursuivent au moment du diagnostic, où des biais de perception des symptômes et de l'évaluation de la douleur peuvent entraîner une errance diagnostique et une perte de chances.
3. Dans l'accompagnement et les soins de support, la persistance d'une approche historiquement centrée sur certains cancers féminins empêche une prise en charge plus inclusive, adaptée à l'ensemble des personnes malades et proches aidants.
4. En période post-cancer, la vulnérabilité économique et sociale des femmes, notamment en situation de monoparentalité, illustre comment le cancer agit comme un amplificateur des inégalités préexistantes.
5. Les proches aidantes, principalement des femmes, affrontent également une charge mentale et physique supplémentaire dans l'accompagnement de leurs proches malades. Leur rôle crucial est trop souvent invisibilisé et mal reconnu, ce qui accentue les inégalités de genre et entrave leur accès à un soutien approprié.

Document produit par : Ligue nationale contre le cancer, direction Démocratie en santé

Rédactrice : Elsa Courrèges, Responsable de projet équité et participation en santé


Co-rédactrice : Salomé Amsellem-Dukan, Responsable de projets soutien aux proches aidants

Version : septembre 2025

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport de diagnostic. Nous adressons nos sincères remerciements à l'ensemble des participants à l'enquête : personnes malades, proches aidants, bénévoles et salariés investis au sein des comités départementaux et de la fédération ainsi que les membres experts mobilisés dans le cadre d'entretiens.

Nous remercions également les services et directions de la Ligue nationale pour leur précieuse contribution, notamment par le partage de données et d'éléments d'analyse.

Direction Droits et soutien des personnes avec notamment la participation active des psychologues écoutantes
Direction Prévention et promotion du dépistage
Direction Marketing
Direction Communication 
Direction Transformation en santé
Pôle Accompagnement et Développement Territorial

Leur engagement et leurs contributions ont été essentiels à l'élaboration de ce travail.

Pourquoi s'intéresser au sexe et au genre ?

Les rapports de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2020) et du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE, 2022) rappellent la nécessité de considérer le sexe et le genre comme déterminants de santé pour mieux comprendre l'interaction des facteurs biologiques, socioculturels et économiques.

Le sexe biologique désigne les caractéristiques anatomiques et physiologiques qui distinguent les femmes et les hommes. Il renvoie au sexe assigné à la naissance. Ces spécificités influencent directement certains aspects de la santé comme l'intégration dans des essais cliniques ou les réactions aux traitements médicamenteux. Cependant, ces différences ne suffisent pas à expliquer les inégalités de santé observées.

Le genre renvoie aux rôles, attentes et normes sociales attribués aux individus. L'identité de genre ne se limite pas au masculin et au féminin. Il influence la perception des symptômes, l'accès aux soins et même les décisions médicales. Par exemple, des stéréotypes peuvent conduire à une sous-évaluation de la douleur chez les femmes ou à un moindre dépistage des troubles psychologiques chez les hommes.

Le sexe et le genre interagissent étroitement et ne peuvent être analysés séparément. Leur rôle combiné, en lien avec d'autres facteurs, sera exploré tout au long de l'analyse.

Sommaire

1. Introduction

2. Prévention des cancers : quand le genre fait obstacle à l'information

1. Des campagnes de prévention genrées : l'exemple d'Octobre Rose 4
2. Des cancers oubliés : quand les stéréotypes influencent l'attention 6

3. Accès au diagnostic : quand stéréotypes et conditions sociales complexifient les parcours

1. Expression et prise en compte des symptômes et douleurs : des biais persistants..... 8
2. Impact des conditions socio-économiques : le cas des familles monoparentales 10

4. Représentations genrées et recours limité aux soins de support

1. Un accompagnement conçu pour et par les femmes ? 13
2. Quels freins spécifiques pour les hommes ? 14
3. Vie intime et santé sexuelle : des angles morts dans l'accompagnement 19

5. Précarisation et vie professionnelle : les femmes face à un double défi

1. Aides sociales : les femmes en première ligne face à la demande d'aide 21
2. Des restes à charge qui pèsent plus lourdement sur les femmes 22
3. Vie professionnelle et parcours de soins : un équilibre plus précaire pour les femmes 23

6. La surreprésentation des femmes aidantes : un enjeu à questionner

1. Les proches aidants : un enjeu de justice sociale 25
2. Une charge mentale et physique accrue 25

7. Conclusion

8. Bibliographie

9. Glossaire

10. Annexes



Constats à l'échelle du réseau



15%

des bénéficiaires de soins de support sont des hommes



Un **patient ressource** sur quatre est un homme

60%

Des aidants sont des femmes (Fondation April)

80%

Des familles monoparentales ont une femme à leur tête (INSEE)

Les inégalités de genre en cancérologie se manifestent à travers un accès différencié aux soins, les hommes étant souvent plus réticents à demander de l'aide tandis que les femmes, surtout celles en situation de monoparentalité, cumulent des vulnérabilités qui retardent leur prise en charge.

Assistante sociale au sein d'un Comité

1. Introduction

Ce constat, recueilli au sein des Comités de la Ligue nationale contre le cancer, souligne l'importance de considérer le sexe et le genre comme des déterminants de santé et ce tout au long du parcours de vie. Bien que la Ligue contre le cancer s'engage depuis toujours à garantir un accès équitable et universel aux soins, ces inégalités demeurent souvent sous-évaluées.

Les disparités de sexe et de genre se manifestent tout au long du parcours de soins et de vie : les hommes représentent seulement 15% des bénéficiaires des soins de support en 2024 et 1/4 des bénévoles à la Ligue contre le cancer. A l'échelle nationale, les femmes sont surreprésentées en tant qu'aidantes (60%) (Fondation April, 2022) et mère à la tête de familles monoparentales (80%) (INSEE, 2022) où le cumul des rôles se conjugue au cumul des vulnérabilités. Cette situation peut entraîner des retards dans l'accès au diagnostic, une moindre continuité des soins, un accès limité aux soins de support et un vécu différencié du retour à l'emploi. Ces constats montrent que ces inégalités sont une réalité qui affecte tant les personnes malades que leurs proches aidants.

Face à ces constats, il s'agit de comprendre comment le sexe et le genre, en tant que déterminants de santé influencent-ils l'expérience du cancer, l'accès aux soins et/ou l'accompagnement ? En quoi le cancer accentue les inégalités de genre préexistantes, en interaction avec d'autres facteurs sociaux et économiques ?

Afin de répondre à cette question la Ligue a choisi d'analyser l'impact du sexe et du genre tout au long du parcours de vie et de soins des personnes malades et aidantes, de la prévention au post-cancer. Une enquête nationale a donc été lancée via la diffusion d'un questionnaire auprès des Comités départementaux ainsi que la réalisation d'entretiens complémentaires auprès de personnes malades et aidantes, des Comités particulièrement investis sur le sujet du genre ainsi que des experts.

Cette démarche vise à identifier les besoins spécifiques des personnes malades et aidantes tout en valorisant les initiatives existantes. En intégrant les dimensions de sexe et de genre dans son mandat de lutte contre les inégalités, la Ligue s'engage pour une prise en charge plus adaptée aux besoins des personnes malades et proches aidants.

2. Prévention des cancers : quand le genre fait obstacle à l'information



Conclusion

Des campagnes de prévention genrées : l'exemple d'Octobre Rose

Les campagnes de sensibilisation au dépistage jouent un rôle clé dans la prévention et détection précoces de certains types de cancer. Cependant leur impact peut être réduit par la reproduction de stéréotypes de genre, soit le fait de prêter des attributs, caractéristiques ou des rôles uniquement en raison de son appartenance à un groupe social, masculin ou féminin. Bien que les campagnes Octobre Rose aient indéniablement contribué à briser certains tabous pour promouvoir le dépistage du cancer du sein, de nombreuses patientes et coordinateurs de comités regrettent le détournement du message initial. Certaines patientes pointent du doigt la sexualisation du corps des femmes et dénoncent ainsi la manière dont ces stéréotypes de genre viennent détourner l'attention de l'enjeu de santé publique.

« Le corps de la femme est sexualisé en montrant une poitrine ferme et volumineuse... une poitrine complètement opposée à ce que l'on a après une mastectomie lors d'un cancer du sein. J'ai l'impression qu'on fait ça pour attirer le regard masculin, plutôt que de délivrer un message de prévention. » Membre du collectif

De telles représentations peuvent avoir des conséquences néfastes. Elles risquent de marginaliser certaines femmes, notamment celles qui ont subi une mastectomie. En outre, elles peuvent participer à une vision simplifiée et réductrice du cancer, qui ne prend pas en compte la diversité des expériences et des parcours de soins. Plusieurs comités rappellent que cette marginalisation concerne aussi les hommes dans la mesure où 1% des cancers du sein sont masculins (*Ligue contre le Cancer*).

Anne, patiente ressource, soutient les initiatives d'Octobre Rose mais exprime un malaise face à sa "glamourisation". Elle estime que ces campagnes véhiculent une image de la femme sexy et désirable mais se questionne sur leur véritable public. Selon elle, certaines campagnes de prévention du cancer du sein reflètent l'importance accordée par la société aux standards de beauté féminine et à la préservation des seins. Elle souligne que l'attention médiatique accordée à certains cancers est influencée par le regard masculin sur le corps des femmes. Cette observation rejoint les conclusions d'une étude qui révèle que les inégalités de visibilité entre les cancers sont en partie façonnées par les normes sociales et la perception des corps dans la société (*Thébaud-Mony Annie, 2004*).

« Ce décalage entre l'image véhiculée et la réalité peut renforcer le sentiment d'une "double peine" pour les femmes touchées par le cancer du sein. » Membre du collectif

Ces retours d'expérience des patientes posent un enjeu majeur : comment sensibiliser au dépistage plus efficacement et sans reproduire ces stéréotypes ?



Emmanuel Ricard, directeur de la prévention et porte-parole de la Ligue dénonce l'impact du pink-washing des campagnes Octobre Rose qui se fait au détriment du message de santé publique « *C'est devenu une opération marketing où l'enjeu principal est d'associer son image de marque avant de faire passer des messages en promotion de la santé. Il est important de recentrer les campagnes sur des messages d'information à destination de l'ensemble de la population mais aussi des populations les plus éloignées du système de santé.* »

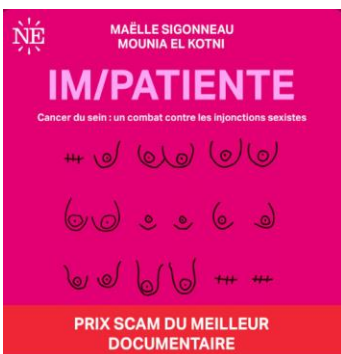
Des partenariats éthiques pour Octobre Rose

Pour prévenir la dérive de Pink Washing, le service partenariats de la Ligue contre le cancer promeut une approche éthique, mettant l'accent sur le soutien à la recherche et l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches. L'utilisation du logo de la Ligue est ainsi autorisée uniquement si les entreprises s'engagent à accompagner leur communication de messages de prévention validés par la Ligue contre le cancer. « **Au-delà d'exprimer clairement à qui est versé le don, nous pensons qu'il faut commencer par dire qu'un engagement qui ne prend ni la forme d'un don, ni la forme de la diffusion de messages de prévention, n'a pas sa place. Par exemple, s'habiller en rose avec une déco rose et des rubans n'a aucun impact et arrive malheureusement encore assez souvent.** »

A travers ses tweets #Octobrepassirose, l'anthropologue Mounia El-Kotni souhaite également alerter et déconstruire sur les phénomènes de récupération marketing d'Octobre Rose. Elle suggère notamment la création d'une charte destinée aux entreprises engagées dans cette campagne afin de les obliger à préciser clairement la destination et l'utilisation de leurs dons.

Comité de Gironde : un Octobre Rose au plus près des publics concernés

Pendant Octobre Rose, le **Comité de la Gironde** mène une action ciblée pour faciliter l'accès au dépistage du cancer du sein auprès des **femmes isolées et en situation de précarité**. En partenariat avec des associations locales, les équipes de prévention interviennent dans les centres d'action sociale pour sensibiliser et accompagner ces femmes vers le dépistage. La promotion de ces démarches d'aller-vers visent à répondre à une inégalité d'accès majeure mais aussi lever les freins économiques et sociaux à la prévention.



Le **podcast Im/patiente**, écrit et incarné par Maëlle Sigonneau et co-créé par l'anthropologue Mounia El Kotni, interroge les représentations du cancer du sein, en particulier celles véhiculées par Octobre Rose. À travers son propre parcours de patiente atteinte d'un cancer métastatique, Maëlle interroge les injonctions à la féminité imposées aux malades et dénonce une communication édulcorée qui invisibilise les enjeux sociaux, environnementaux et politiques de la maladie.

La promotion des démarches d'aller-vers par le Comité de Polynésie



La présidente du Comité de Polynésie témoigne également sur le cumul de vulnérabilité auquel les femmes sont confrontées et l'importance du déploiement des démarches d'aller-vers

« Sur place, les problématiques sociales sont lourdes : des familles vivent dans une grande précarité, sans emploi, sans logement, souvent confrontées à des violences intrafamiliales, à l'alcool ou à la drogue. Dans ces contextes, les foyers sont profondément fragilisés, et sortir de cette situation est déjà un combat quotidien. Alors, quand la maladie s'ajoute à cela, c'est souvent trop.

Les femmes, en particulier, subissent un cumul de vulnérabilités : violences conjugales, isolement, pauvreté, manque d'accès à l'information... Dans ces conditions, le dépistage passe au second plan, parfois inaccessible, souvent tabou. Ce n'est pas une priorité, faute de temps, de moyens ou de soutien. Et bien souvent, quand on arrive à elles, il est déjà trop tard.

Pour aller à leur rencontre, les travailleurs sociaux organisent des réunions via les secrétariats des affaires sociales, en s'appuyant sur les services de proximité. Le travail d'« aller-vers » est essentiel. Beaucoup d'actions sont menées dans les lycées, en sensibilisant les jeunes pour qu'ils deviennent à leur tour des vecteurs d'information dans leurs familles. Ce sont parfois les enfants qui prennent sur eux la charge d'alerter leurs mères, tantes ou grands-mères sur l'importance de l'autopalpation ou de la mammographie dès 25 ans.

Les enseignants jouent également un rôle clé : certains permettent d'intervenir directement dans les classes. Une fois, une action de sensibilisation a même été menée à bord d'un bateau, durant une traversée. En seulement 20 minutes, 80 élèves ont été touchés, émus, réceptifs. Cela montre combien ce travail de terrain, de proximité, peut faire la différence. »

Des cancers oubliés : quand les stéréotypes influencent l'attention

L'exemple d'Octobre Rose illustre également une autre inégalité : celle de la visibilité des autres types cancers. En comparaison, des campagnes telles que Mars Bleu, dédiée à la prévention du cancer colorectal, bénéficient de beaucoup moins d'attention médiatique. Cela est d'autant plus problématique que des cancers masculins comme celui de la prostate, bien qu'il représente près de 60 000 cas par an (*INCa*, 2024) reçoivent peu de médiatisation.

Les témoignages recueillis montrent que l'accès à l'information sur les cancers masculins est souvent limité, ce qui peut avoir un impact sur la prévention et l'orientation vers des dispositifs d'accompagnement. Ce manque de visibilité n'est pas seulement un enjeu de genre : il reflète plus largement une inégalité dans la prise en compte des spécificités de certains cancers.

Si l'on observe cela pour Octobre rose, on remarque également des biais similaires dans les campagnes "Mars Bleu", qui mettent davantage en avant les hommes, laissant sous-entendre qu'ils seraient plus concernés par cette pathologie. Ces décalages montrent à quel point il est crucial de repenser les campagnes de sensibilisation pour mieux refléter la réalité des parcours de soins et éviter de renforcer les stéréotypes de genre.



Olivier Jérôme, président de l'association Cer'Hom

« Cette absence de communication contribue à maintenir les hommes dans une forme de silence et limite leur accès au dépistage et à la prévention [...] La conséquence directe de cette invisibilisation est un manque de soutien et de prévention adaptés pour les hommes, créant ainsi un fossé dans l'accompagnement des personnes touchées par le cancer. »

Face à ces constats et au besoin d'accompagnement l'association Cer'Hom a développé une ligne d'écoute à destination des hommes atteints de cancer.

Sensibiliser sans genrer : le pari réussi de la campagne « Va Chier »

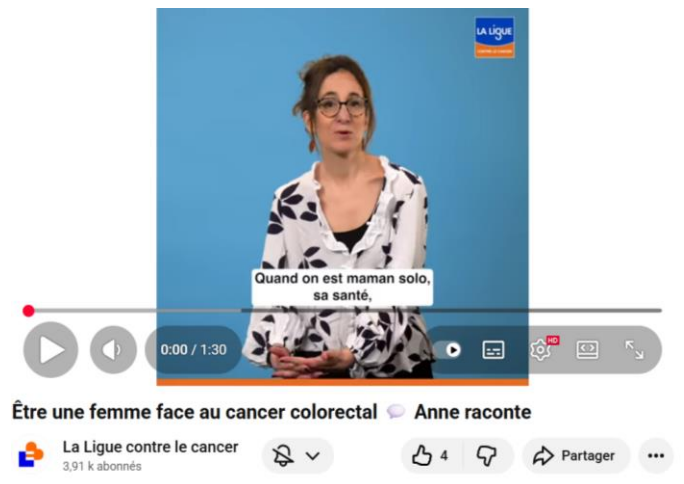


La campagne "Va chier" de la Ligue contre le cancer adopte une approche plus inclusive. En évitant tout ciblage genré et en utilisant un message percutant et universel, elle permet de sensibiliser aussi bien les femmes que les hommes au dépistage du cancer colorectal.

Son ton direct et audacieux brise les tabous autour de cette maladie, tout en mettant en avant une réalité partagée : ce cancer concerne presque autant les femmes (47 %) que les hommes (53 %). Cette approche montre qu'il est possible de concevoir des campagnes de prévention impactantes sans renforcer les stéréotypes de genre.

Consciente de cette problématique, la Ligue contre le cancer a cherché à corriger ces biais en valorisant des témoignages qui illustrent des réalités trop souvent passées sous silence.

C'est le cas du témoignage d'Anne Brisard, patiente ressource touchée par un cancer colorectal, qui a partagé son parcours dans le cadre d'une campagne de sensibilisation pour Mars bleu. À travers son récit, elle montre que le cancer colorectal, bien qu'il soit souvent perçu comme une "maladie d'hommes" dans les représentations, affecte également un grand nombre de femmes.



Les campagnes de prévention genrées peuvent renforcer des stéréotypes et marginaliser certaines patientes en valorisant une image idéalisée du corps féminin, ce qui détourne l'attention des véritables enjeux de santé publique. De plus, elles contribuent à une hiérarchisation des cancers, rendant certains moins visibles. Une approche plus inclusive et adaptée permettrait de lutter efficacement contre ces inégalités d'accès à l'information et au dépistage, tout en déconstruisant les stéréotypes de genre.

3. Accès au diagnostic : quand stéréotypes et conditions sociales complexifient les parcours

Expression et prise en compte des symptômes et douleurs : des biais persistants

« Tous les jours des femmes rencontrent les mêmes difficultés à faire reconnaître leurs problèmes de santé. Malheureusement beaucoup repartent chez elles sans avoir obtenu de réponses et peuvent rester des jours, voire des semaines sans recevoir le traitement approprié, alors qu'elles sont peut-être gravement malades. » souligne Alyson McGregor, docteure en médecine et membre de l'American College of Emergency Physicians.

Ces constats rejoignent les témoignages recueillis lors de l'enquête sur les biais dans l'expression des symptômes et de la douleur, où de nombreuses patientes rapportent une minimisation de leurs souffrances, des retards de diagnostic et un accès inégal aux soins.

L'expression des symptômes et de la perception de la douleur sont à la fois influencée par le sexe, à travers des facteurs biologiques tels que la génétique et les hormones, mais aussi par le genre, à travers les rôles et attentes sociales (Jaunin-Stalder, 2012). Les différences observées dans la prévalence, le seuil de douleur, la tolérance et les stratégies d'adaptation entre hommes et femmes semblent être liées à ces deux dimensions, bien que leur implication respective nécessite encore des recherches approfondies. Les hommes peuvent éprouver des difficultés à exprimer leur douleur, de peur d'être perçus comme "vulnérables", ce qui complique encore la prise en charge appropriée de leurs symptômes. Un patient ressource témoigne également de la difficulté d'expression de la douleur en raison des injonctions à la masculinité « *Un médecin m'a déjà dit - Vous êtes un homme et vous allez tenir le coup, vous êtes un homme on ne se plaint pas -* ».

Des recherches menées dans The Journal of Pain (Lanlan Zhang, 2021) montrent que les femmes, souvent perçues comme plus émotives, voient leurs douleurs souvent minimisées, ce qui entraîne des retards dans les diagnostics et les traitements. Cette prise en charge différenciée peut également résulter de stéréotypes inconscients de la part des soignants (Clair, 2018).

L'errance diagnostique, conséquence directe des biais dans l'évaluation de la douleur, conduit à des pertes de chances et à une détérioration de la qualité de vie. Les douleurs sont parfois perçues comme « psychologiques » ou « temporaires », ce qui retarde l'accès aux soins et aggrave l'état de santé des patients. Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF, 2025) révèle que les femmes souffrant de douleurs chroniques sont souvent mal prises en charge, ce qui détériore leur état et leur qualité de vie. Par ailleurs, une étude réalisée par l'Ipsos en 2025 (IPSOS, 2025) montre que les femmes subissent des délais de diagnostic plus longs que les hommes en raison de la sous-évaluation de leurs symptômes, entraînant des retards dans l'accès aux soins et aggravant la santé des patients.

Que dit la Haute Autorité de Santé (HAS) à ce sujet ?

Dans le rapport *Sexe, Genre et Santé*, la HAS recommande d'intégrer le sexe et le genre dans l'évaluation de la douleur pour améliorer la qualité des soins. Elle préconise l'utilisation d'échelles de mesure personnalisées, l'évitement des préjugés liés au genre et la formation des professionnels de santé à ces enjeux. Ces mesures visent à garantir une prise en charge équitable et à réduire les inégalités d'accès aux traitements.

Dans la continuité de cette recommandation, le médecin et écrivain Martin Winckler insiste sur le besoin de repenser l'enseignement médical afin de lutter contre les biais de genre et améliorer la prise en charge de la santé des femmes.



« Je pense que les inégalités de genre, c'est un des aspects importants des inégalités en santé — ce n'est pas le seul, bien sûr — mais c'en est un [...] C'est pour ça que je crois qu'enseigner la santé des femmes à tout le monde, ce n'est pas seulement enseigner une physiologie ou une pathologie plus variée — c'est aussi **se préparer à reconnaître les préjugés, à comprendre les situations d'inégalité, les différences de perception.** C'est aussi transmettre une attention aux différences dans l'expression de la subjectivité. On considère souvent que les femmes expriment plus volontiers ce qu'elles ressentent. Je pense que c'est culturel. Si on apprenait aux hommes qu'ils ont le droit d'exprimer ce qu'ils ressentent, ils le feraient aussi. Mais aujourd'hui, ce sont les femmes qu'on invite à s'exprimer, et les hommes qu'on pousse à se taire. »



Gaëlle maman solo témoigne de ces biais et d'une errance diagnostique de plus de trois ans : « Au plus loin que je me souviens, la première fois où j'ai commencé à me poser des questions, c'était en 2020. Mon état général m'inquiétait : fatigue, irritabilité, dérèglement du cycle, prise de poids... Et la nuit, j'étais réveillée par des picotements dans le sein gauche. Étant maman solo depuis le début de ma grossesse, je n'avais pas le temps d'écouter les signaux que m'envoyait mon corps. Ma vie était déjà bien remplie au quotidien et puis prendre rendez-vous aujourd'hui chez un spécialiste, c'est 6 mois d'attente. Ma priorité était ma fille.

J'ai quand même réussi à consulter ma gynécologue en 2020 et la dernière fois en novembre 2022. À chaque fois, le même discours de sa part : « Vous n'avez pas d'antécédents dans votre famille ! Le cancer du sein ne fait pas mal ! On ne fait pas de dépistage sans raison et avant 50 ans... » Une crème à la progestérone et hop dehors ! À chaque fois, je ressortais de son cabinet bêta de m'inquiéter. C'était une professionnelle avec des années d'expérience ! Pourquoi ne pas lui faire confiance ?

Entre décembre 2022 et février 2023, les douleurs se sont intensifiées, la nuit c'était des picotements avec des sensations de brûlures. Mon état général était de pire en pire. Je sommais. Je me décide enfin à faire confiance à mon instinct et je consulte la sage-femme qui m'avait suivie durant ma grossesse. Je fonds en larmes dans son cabinet et je la supplie de m'écouter... enfin une oreille attentive ! Je ressorts de son cabinet avec une prescription mammo/écho.

Ma vie a basculé le 28 mars 2023, la veille de mes 39 ans. Le jour où l'on m'a annoncé mon cancer après trois années d'errance médicale. Le monde ne s'est pas arrêté de tourner, mais je me suis, un instant, arrêtée de tourner avec lui. »

Le sexe et le genre influencent l'accès aux soins et la prise en charge du cancer par des biais dans l'évaluation des symptômes. Les femmes subissent des retards diagnostiques, leurs douleurs étant minimisées, tandis que les hommes, freinés par les normes de virilité, expriment moins leur souffrance. Ces inégalités, amplifiées par des facteurs sociaux et économiques, conduisent à l'errance médicale et les pertes de chance.

Impact des conditions socio-économique : le cas des familles monoparentales

La qualité de vie des patients et proches aidants est également largement influencée par les conditions socio-économiques impactant l'ensemble du parcours de vie, de la prévention au post-cancer. Parmi ces facteurs, la situation familiale joue un rôle majeur dans l'expérience de la maladie.

Les femmes, qui constituent 82% des familles monoparentales (OFCE, 2020), font face à un cumul de vulnérabilités, conjuguant les rôles sociaux traditionnels les désignant comme principales responsables des soins à l'enfant et les défis spécifiques liés à la monoparentalité. Les inégalités de genre se manifestent par une répartition inégale des charges financières et éducatives, reléguant souvent leur propre santé au second plan. A l'image du témoignage de Gaëlle, ces réalités se transposent également dans le champ de la cancérologie, où elles contribuent à des retards de prise en charge, des interruptions de suivi et un recours tardif aux programmes de dépistage.

L'étude CANTO (Sandoval, 2024) soutenue par la Ligue contre le Cancer met en lumière l'impact majeur des inégalités socio-économiques sur la qualité de vie des femmes atteintes d'un cancer du sein. L'oncologue José Sandoval souligne les conséquences de ces déterminants sur la santé physique et psychique des patientes « Avoir le temps, l'argent et l'accès à l'information pour prendre soin de soi et trouver des ressources de soutien et mieux gérer les effets secondaires physiques et psychologiques de la maladie sera probablement plus facile pour les femmes de statut socio-économique élevé que pour une mère de famille monoparentale à faible revenu, sans relais pour ses enfants. »

La Ligue contre le cancer, à travers ses dispositifs d'action sociale*, soutient les familles fragilisées par la maladie et notamment les familles monoparentales. L'absence de solutions de garde, et la méconnaissance de certains dispositifs tels que le recours aux techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF), engendre une anxiété supplémentaire chez les mères. Celle-ci se manifeste tant pendant les traitements que face à la perspective de décès, accentuant ainsi leur vulnérabilité.

Ces témoignages révèlent également des contraintes de priorisation de ces familles où la prise en charge des enfants passe avant l'accès aux soins et aux traitements. En l'absence de dispositif et d'un accompagnement sur les aides quotidiennes, de nombreuses patientes sont contraintes de renoncer aux soins.

En l'absence de solutions, on m'a obligé à choisir entre ma santé et mes enfants



« J'ai été diagnostiquée en 2016 d'un cancer colorectal avec une opération en 2019. Une impasse totale. L'opération impliquait deux semaines de soins intensifs à l'hôpital et c'était le parcours du combattant pour trouver une solution de garde pour mes enfants. J'ai eu le sentiment d'être humiliée quand j'ai dû demander de l'aide aux parents d'élèves du collège de mes enfants en l'absence de solutions de garde. Je me suis sentie également très culpabilisée par les équipes soignantes, qui ne comprenaient pas que ma situation familiale était un obstacle à ma prise en charge. Ils me disaient : « Si vous n'acceptez pas de vous faire opérer, ce n'est pas la peine de vous faire suivre ». Anne, patiente ressource, membre du collectif et du Comité Ethique et Cancer

*Les comités départementaux de la Ligue contre le cancer attribuent des aides financières via leur commission sociale, proposent, pour près de la moitié d'entre eux, des ateliers d'accompagnement au retour et au maintien dans l'emploi, et informent et orientent les personnes malades et leurs proches sur leurs droits. Au niveau national la ligue contre le cancer met également à leur disposition un site d'information apportant des éléments très concrets sur leurs droits au regard de leur situation administrative, professionnel et social ainsi qu'un numéro vert offrant une écoute psychologique et des conseils sociojuridique

« Concrètement, c'est soit nourrir mes deux enfants, soit me soigner. Je pense refuser la chimio car je ne sais pas comment m'en sortir avec mes deux enfants et mon salaire diminué de moitié si je me mets en arrêt maladie car mon entreprise ne garantit pas de maintien de salaire. Il n'y a pas de prévoyance. La convention collective prévoit trois mois à taux plein seulement. Je gagnais 2500 euros net par mois ... Je m'interroge aussi sur la gestion de ma pension alimentaire. Peut-elle être augmentée ? ». Bénéficiaire du numéro vert.

Martinique : le Comité face aux défis des familles monoparentales

En Martinique, près d'un quart des ménages sont des familles monoparentales, un chiffre nettement supérieur à la moyenne nationale de 8,4% (*ARS Martinique, 2022*). Parmi ces familles, 92% des enfants vivent avec leur mère (*France-Antilles Martinique, 2024*). Le Comité de la Ligue contre le cancer de Martinique est particulièrement sensibilisé à cette réalité, avec 35% de ses bénéficiaires issus de familles monoparentales en 2023. Les aides financières actuelles - via les commissions sociales - ne suffisent pas à couvrir tous les besoins exprimés par ces familles. Le Comité est souvent confronté à des situations où des parents isolés doivent accompagner un enfant malade pour des soins en métropole, sans solution de garde pour le reste de la fratrie.



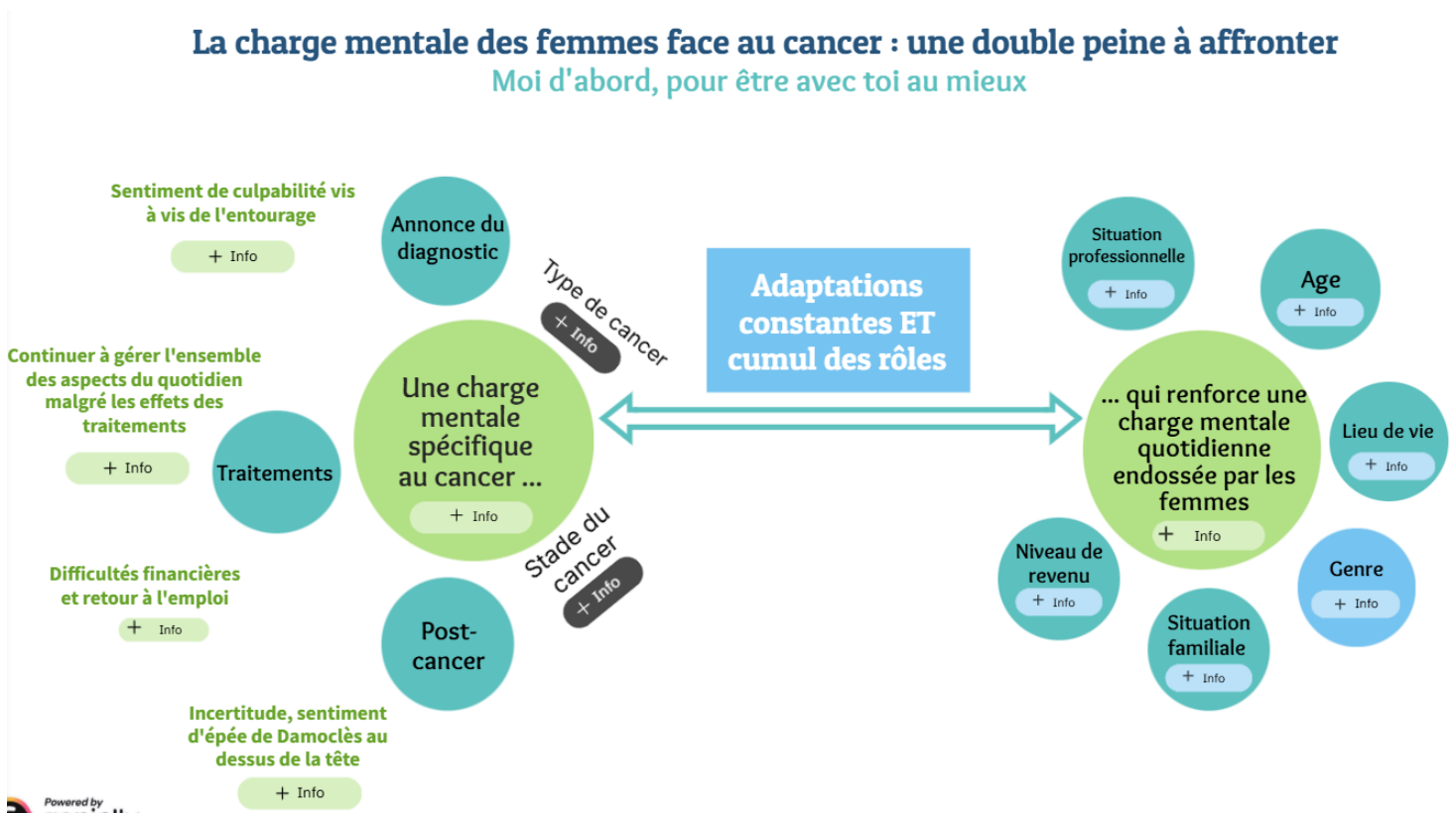
Les mesures défendues par la Ligue pour accompagner et soutenir les familles monoparentales face au cancer

- Reconnaître la monoparentalité comme un facteur de vulnérabilité dès l'annonce du cancer et l'intégrer aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).
- Renforcer l'accès aux aides à domicile (TISF, PCH « Parentalité ») et améliorer leur adaptation aux besoins des parents malades.
- Développer des lieux d'accueil temporaires inspirés des « relais parentaux » pour assurer une prise en charge ponctuelle des enfants.
- Sensibiliser et mieux coordonner les acteurs sociaux (assistantes sociales, CAF, MDPH) pour faciliter l'accès aux dispositifs existants.
- Repenser les dispositifs de soutien financier pour les adapter aux besoins spécifiques des familles monoparentales.

Charge mentale et cancer : la parole à nos ambassadrices

Entre traitements, responsabilités familiales et contraintes financières, les femmes sont confrontées à des dilemmes quotidiens : se soigner ou s'occuper de leurs enfants, gérer l'administratif ou se reposer. En 2025, la santé mentale étant proclamée Grande Cause nationale, la Ligue contre le cancer souhaite attirer l'attention sur la problématique de la charge mentale. Cette initiative se concrétise par une série de témoignages tout au long de l'année, ainsi que trois ateliers destinés au Collectif de personnes malades et aidantes. Ces ateliers ont pour objectif de mieux cerner la charge mentale liée au cancer, d'adapter l'offre d'accompagnement et de poursuivre la défense des droits des personnes face au cumul de vulnérabilités.

Retrouvez-les [témoignages](#) de Gaëlle et Caroline disponibles ainsi que [l'infographie](#) sur la définition collective de la charge mentale liée au cancer.



Les femmes à la tête de famille monoparentale font face à de multiples obstacles en raison du cumul des rôles et du poids de la maladie. Le croisement du genre et de facteurs socio-économiques accentue leur vulnérabilité, entraînant des barrières d'accès aux soins dès le dépistage et l'accès au diagnostic. Consciente de ces inégalités, la Ligue contre le cancer alerte sur la précarité des parents isolés face à la maladie et plaide pour une prise en charge adaptée à leurs besoins spécifiques.

4. Représentations genrées et recours limité aux soins de support



Conclusion

Un accompagnement conçu pour et par les femmes ?

« La Ligue contre le cancer est une association formidable bien qu'elle connaisse peu la population masculine. Il faut avoir l'humilité de dire que c'est une population qu'on ne connaît pas. »
Coordinatrice de Comité

Cette citation d'une coordinatrice de soins et d'un président de comité révèlent un constat partagé par une majorité de comités : **les hommes demeurent sous représentés parmi les bénéficiaires de soins de support mais aussi en tant que bénévole ou même salarié**. D'après les données du rapport d'activité de 2025, 15% des hommes à l'échelle du réseau sont bénéficiaires de soins de support, 25% d'hommes sont bénévoles (*Ligue nationale contre le cancer, 2024*) et moins de 10% d'hommes sont salariés (*Ligue nationale contre le cancer, 2025*).

Cette triple observation s'inscrit dans une dynamique plus large qui caractérise l'histoire du tissu associatif français. Comme le souligne la sociologue Aurore Loretti "**ce sont aussi majoritairement les femmes qui créent des associations, qui s'investissent dans la société [...] et qui prennent la parole dans les instances de démocratie sanitaire.**" Cette tendance se reflète dans l'engagement bénévole à la Ligue, où les femmes représentent $\frac{3}{4}$ des bénévoles, un chiffre proche des 63 % observés dans le secteur de la santé, selon l'Observatoire de l'égalité femmes-hommes dans l'économie sociale et solidaire (*CNCress, 2020*). Cette tendance mérite toutefois d'être nuancée par une analyse fine de la gouvernance de la Ligue contre le cancer et la surreprésentation d'hommes au sein d'instances stratégiques.

Cette tendance trouve ses racines dans une histoire où l'offre des services de soutien contre le cancer a souvent été axée sur les cancers féminins, en raison de la médiatisation du cancer du sein et de la médicalisation précoce du corps féminin (*Salle, 2020*). Cela participe à créer une perception, bien que fautive, que les soins de support sont davantage destinés aux femmes, comme en témoigne un coordinateur de comité qui rapporte que les hommes atteints de cancer se demandent souvent s'il existe des soins adaptés et des activités moins « féminines ». Les biais implicites favorisés par cette surreprésentation des femmes peuvent rendre certains gestes et modes d'interaction plus naturels aux femmes, rendant l'environnement moins accessible pour les hommes (*Fitzgerald, 2017*).

Selon l'enquête menée en 2024, plus d'un quart des comités interrogés ont été sollicités par des patients ou leurs proches aidants face à des inégalités de genre dans le parcours de soins, et notamment sur les freins au recours aux soins de support en raison de la reproduction de certains stéréotypes de genre.

Repenser les lieux de soins de support : vers des espaces inclusifs et non genrés



Les espaces *Au fil de la Ligue* sont conçus comme des lieux inclusifs et non genrés, offrant un accompagnement personnalisé aux patients et à leurs proches. Pensés pour être chaleureux et apaisants, ils favorisent l'échange et le bien-être tout en intégrant des solutions adaptées aux besoins spécifiques de chacun.

Gabrielle de Valmont, co-fondatrice de Nap et Up témoigne « Au départ, l'espace socio-esthétique Au fil de la Ligue avait été imaginé avec du rose poudré, mais nous avons réalisé que cela pouvait ne pas convenir à tout le monde, notamment aux hommes. L'idée d'un espace en vert de gris et en terra cotta, avec une ambiance plus neutre et inclusive, s'est alors imposée. Aujourd'hui, les retours montrent que cette approche répond bien à la diversité des profils et des attentes. Ces espaces sont devenus de véritables bulles de bien-être, appréciées par toutes et tous, en phase avec notre volonté d'offrir un environnement accueillant et adapté à chacun. ».



Quels freins spécifiques pour les hommes ?

« Les hommes semblent moins représentés parmi les bénéficiaires des services de la Ligue nationale contre le cancer. Cette disparité peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment leur sous-représentation parmi les salariés et bénévoles de la Ligue, ainsi qu'une communication qui ne leur est pas suffisamment adaptée. » *Ancien président de comité*

Tout au long de leur parcours de soins, les hommes font face à de nombreux obstacles qui restreignent non seulement leur accès aux soins de support, mais aussi leur capacité à s'exprimer après la maladie. Ces freins s'accumulent et complexifient leur parcours :

1. Une orientation inégale des patients vers les soins de support par les professionnels de santé dès l'annonce du traitement

« On dit souvent que les hommes ne fréquentent pas les comités ou les lieux d'accueil parce qu'ils ne font pas la démarche ou n'en ressentent pas le besoin. Mais d'après tous les témoignages que j'ai recueillis, c'est surtout parce qu'on ne leur en a tout simplement pas parlé. » *Coordinatrice de comité*

2. Un ressenti subjectif du besoin et dépendant des représentations de la masculinité

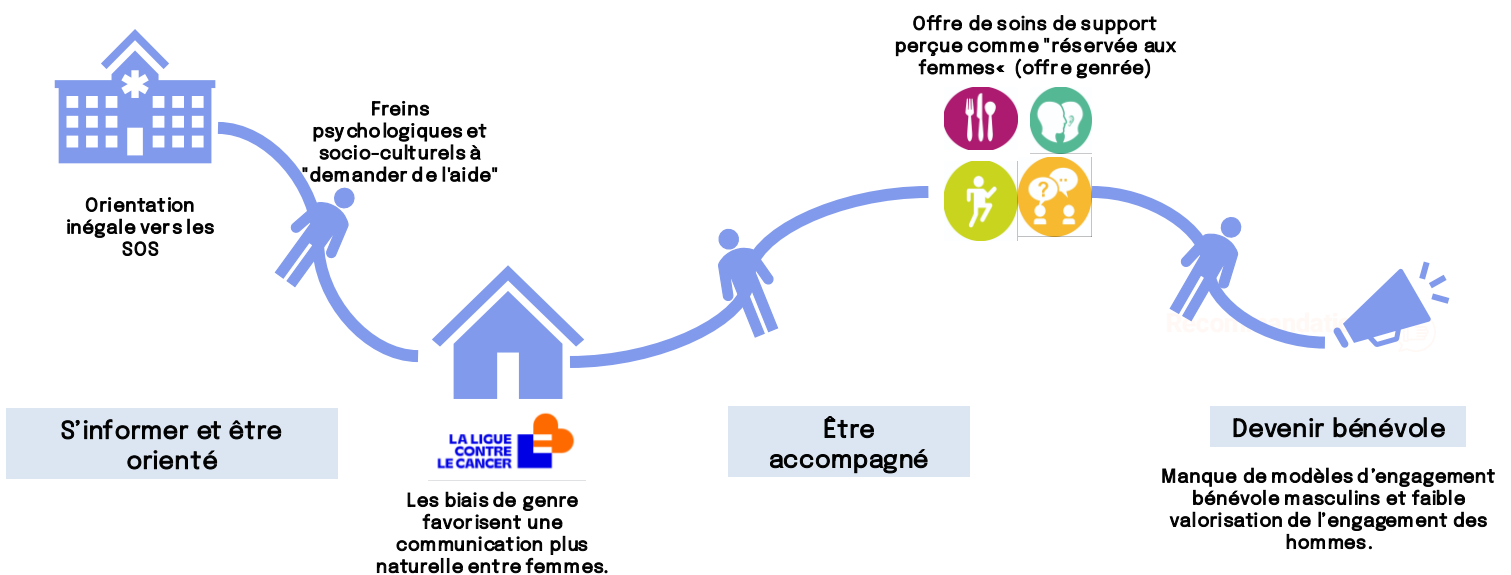
« Faire admettre qu'un homme a autant de besoins en soins de support qu'une femme, ce n'est pas évident. L'idée que les hommes n'en ont pas besoin est profondément ancrée, car ils sont perçus comme forts, comme des combattants qui doivent affronter les épreuves. C'est pourquoi il est essentiel d'être vigilant sur les modalités d'orientation vers les soins de support et d'accompagnement des personnes malades. » Coordinatrice de comité

3. La perception d'une offre de soins de support « genrée », plus adaptée aux femmes

La question des biais implicites d'information et d'orientation est notamment abordée « Je suis convaincue qu'il reste un certain tabou autour de l'accès des hommes aux comités. Autant on aborde naturellement de nombreux sujets avec les femmes, autant, inconsciemment, on se met des barrières lorsqu'il s'agit des hommes. Souvent, les coordinateurs de soins de support sont des femmes, ce qui peut rendre l'échange moins évident. Je pense qu'en réalité, on s'impose davantage de limites face à un homme que face à une femme. » Coordinatrice de comité

4. La difficulté à se projeter en tant que bénévole à l'issue de l'expérience de la maladie

« Les inégalités de genre en cancérologie se traduisent par un déséquilibre marqué dans le bénévolat, avec une participation largement dominée par les femmes (90% à 95%). » Présidente de comité



Les obstacles liés à l'isolement et au sentiment de vulnérabilité entraînent une baisse de la qualité de vie et, dans certains cas, une perte de chances. Par exemple, parmi les 375 hommes ayant poussé la porte d'un comité en 2023, 60 % n'ont pas bénéficié de soins de support (Ligue contre le cancer, 2024). Bien que les raisons de ce faible recours restent à préciser, les témoignages révèlent le poids des injonctions à la masculinité face à la maladie. Les hommes peuvent ressentir une pression à afficher de la résilience et hésiter à demander du soutien physique ou psychologique, le cancer étant perçu comme un signe de faiblesse incompatible avec leur vision de la masculinité.

2. Un ressenti subjectif du besoin et dépendant des représentations de la masculinité

« Faire admettre qu'un homme a autant de besoins en soins de support qu'une femme, ce n'est pas évident. L'idée que les hommes n'en ont pas besoin est profondément ancrée, car ils sont perçus comme forts, comme des combattants qui doivent affronter les épreuves. C'est pourquoi il est essentiel d'être vigilant sur les modalités d'orientation vers les soins de support et d'accompagnement des personnes malades. » Coordinatrice de comité

3. La perception d'une offre de soins de support « genrée », plus adaptée aux femmes

La question des biais implicites d'information et d'orientation est notamment abordée « Je suis convaincue qu'il reste un certain tabou autour de l'accès des hommes aux comités. Autant on aborde naturellement de nombreux sujets avec les femmes, autant, inconsciemment, on se met des barrières lorsqu'il s'agit des hommes. Souvent, les coordinateurs de soins de support sont des femmes, ce qui peut rendre l'échange moins évident. Je pense qu'en réalité, on s'impose davantage de limites face à un homme que face à une femme. » Coordinatrice de comité

4. La difficulté à se projeter en tant que bénévole à l'issue de l'expérience de la maladie

« Les inégalités de genre en cancérologie se traduisent par un déséquilibre marqué dans le bénévolat, avec une participation largement dominée par les femmes (90% à 95%). » Présidente de comité

Demander de l'aide, un pas difficile pour les hommes face à la maladie



« Si les hommes ont du mal à pousser la porte des Comités de la Ligue à la fois pour se renseigner mais aussi pour être patient ressource, c'est parce que cela relève de la conception que les hommes peuvent avoir de la maladie, en tant que marque de faiblesse. Il y a encore cette idée que cela ne se fait pas quand on est un homme, qu'on ne vient pas réclamer de l'aide et un accompagnement. Les hommes ont tendance à considérer qu'ils sont assez forts pour se réparer tout seuls ... Ce n'est pas naturel chez eux de venir demander à bénéficier d'un accompagnement et certains mots utilisés peuvent les rebuter à demander des soins de support. J'ai moi-même longtemps hésité avant de bénéficier de soutien psychologique. »
Dominique, Patient ressource et membre du Collectif de personnes malades et aidantes



La sociologue Zoé Rollin témoigne sur le recours différencié à l'offre d'accompagnement en cancérologie face aux différentes représentations de la masculinité et des stéréotypes associés à certaines activités

« Les masculinités sont certes variées, mais il existe encore une prépondérance de formes de masculinité extrêmement traditionnelles. On attend d'un homme qu'il soit fort, qu'il ne pleure pas, qu'il mette ses émotions de côté, etc. Bien que les livres pour enfants contemporains montrent des évolutions, cela ne touche pas encore les hommes adultes. Peut-être que cela les touchera dans 20 ans, mais il est trop tôt pour faire un bilan.

Il y a également les choix de couleurs et d'activités qui renvoient souvent à des stéréotypes féminins. Le yoga, la sophrologie, la zumba, le fitness, et même les groupes de parole sont perçus comme des activités féminines, bien qu'elles ne le soient pas par nature. Par exemple, lors de nos tentatives d'organiser des groupes de parole à Maradja, nous nous retrouvions avec deux pères et quinze mères.»



Ces constats viennent compléter ceux dressés par la sociologue Aurore Loretti où les représentations de la masculinité et le rapport au corps dépendent également de l'âge

« Les masculinités des hommes de classe supérieure sont très différentes de celles des hommes de classes populaires, ce qui a un impact réel sur les parcours de santé. J'ai observé de grandes différences dans les temporalités entre les hommes et les femmes de classes populaires tandis que les hommes de classes supérieures ont la possibilité d'être attentifs à leurs corps, d'aller chez le médecin et cela est beaucoup moins stigmatisé. »

Au bout du fil : les témoignages recueillis par les psychologues écoutantes

Durant le mois d'avril 2024, les psychologues écoutantes de la Ligue contre le cancer ont recueilli et répertorié de manière anonymisée plusieurs témoignages issus des appels de la permanence téléphonique*. Cette identification s'est effectuée à partir des thématiques identifiées lors de l'enquête : cumul des rôles et charge mentale vécue par les femmes en tant qu'aidantes ou cheffes de famille monoparentale, injonctions à la masculinité, discriminations dans le parcours de soins, inégalités d'accès au dépistage.

Injonctions à la masculinité et solitude : d'autres appels témoignent du poids des normes liées à la masculinité. Une aidante raconte son désarroi face à l'attitude de son compagnon malade, qui reste en retrait et communique peu.

« Un homme, ça n'exprime pas ses sentiments... On lui a proposé de voir un psychologue à l'hôpital, il a refusé. » Plusieurs témoignages confirment les constats dressés précédemment et soulignent aussi le sentiment d'isolement ressenti par les hommes malades, ainsi que le manque de propositions adaptées dans les soins de support. Les groupes de parole proposés par la Ligue sont majoritairement composés de femmes, ce qui peut renforcer leur sentiment de ne pas être concernés, de ne pas être légitimes ou de ne pas être entendus dans leurs difficultés.



0 800 940 939

Services & appel
gratuits

L'inclusion en action au Comité du Gard : repenser l'accueil des publics LGBTQIA+



L'initiative mise en place par le Comité du Gard pour promouvoir un accueil inclusif et non-discriminant illustre une démarche proactive d'inclusion des personnes LGBTQIA+ dans le parcours de soin des personnes atteintes de cancer. En réponse à l'accompagnement d'une personne transgenre, l'équipe a adapté ses pratiques pour garantir un environnement bienveillant, respectueux et égalitaire. Des formations, des ressources pratiques et des outils concrets, tels que des fiches d'accueil adaptées ont été déployés pour sensibiliser les bénévoles et salariés. Cette approche démontre l'importance de l'écoute et de l'adaptation des services aux besoins spécifiques des populations LGBTQIA+, dans le but d'améliorer l'orientation, l'accompagnement et de réduire les discriminations.

*Le numéro vert de la Ligue contre le cancer - le 0 800 940 939 - est un service d'écoute, d'information et de soutien destiné à toute personne concernée par la maladie, quel que soit le moment (en attente de résultats, suite à une annonce, au cours de traitements et pendant l'après-cancer)

Mieux informer, mieux accompagner : une recherche-action au service de tous les patients



Face au constat d'une communication parfois encore peu adaptée à destination des publics masculins, la directrice générale du Comité de Haute-Garonne a lancé un projet de recherche-action « En fait, il n'y a pas d'information réellement adaptée ni de communication spécifiquement destinée à certains publics en matière de soins de support. C'est ce constat qui nous a poussés à répondre à l'appel à projet de recherche-action lancé par le siège sur les soins de support : l'objectif est d'identifier ce qui fonctionne — ou dysfonctionne — en matière d'information à destination des patients.

Ce projet n'est pas exclusivement centré sur les hommes, mais on espère qu'il permettra aussi de recueillir des données les concernant. Par ailleurs, certaines de mes patientes expriment souvent leur agacement en disant : « Il n'y a pas que le cancer du sein dans la vie. Moi j'ai un cancer du poumon, un cancer du côlon, et on n'en parle jamais. Il n'y a pas de soins de support. »

Pourtant, on propose bien des soins de support pour d'autres types de cancers. C'est donc un vrai enjeu de communication : il faut que ce soit clair que ces dispositifs ne s'adressent pas uniquement aux femmes atteintes d'un cancer du sein, même si elles sont les plus nombreuses à en bénéficier aujourd'hui.

Je pense qu'il serait utile d'avoir une communication plus inclusive, qui montre que tous les types de cancers sont concernés, avec des exemples concrets auxquels les gens peuvent s'identifier — comme un cancer du côlon ou du poumon — et aussi des témoignages d'hommes sur les bénéfices qu'ils ont retirés des soins de support.

Cela ne produira peut-être pas des effets immédiats, mais ça peut enclencher une dynamique. D'ailleurs, on essaie déjà régulièrement de faire témoigner des hommes, notamment dans les médias comme les journaux télévisés. »

Engager les hommes, briser les tabous : des initiatives qui font bouger les lignes

Face à ces constats, de nombreux comités proposent des solutions concrètes pour un accompagnement adapté et pour porter leur voix en tant qu'ambassadeurs. Lors de l'enquête menée en 2024, un tiers des comités déclarent mener des actions spécifiques contre les inégalités de genre, et 80 % les recommandent aux autres pour briser les tabous sur les cancers masculins, élargir l'approche au-delà des cancers féminins et de renforcer la sensibilisation des hommes à la prévention.



Groupes de convivialité comme passerelle vers les soins de support :

Les brunchs conviviaux au Comité de Seine-Saint-Denis et Cafés prostate sont des espaces informels où les personnes malades et les hommes peuvent échanger et briser les tabous autour du cancer. Ces moments permettent également de rappeler l'offre de soins de support et de les orienter selon leurs besoins.



Sensibilisation à une posture inclusive pour les bénévoles et accompagnants :

Afin d'adapter l'accueil, plusieurs Comités ont mis en place des actions de sensibilisation pour ajuster la posture des bénévoles et des accompagnants, notamment en rappelant la légitimité des hommes à bénéficier de soins de support.

Approche entre pairs :

L'approche entre pairs, particulièrement entre hommes atteints de cancer, est mise en avant pour offrir un soutien plus pertinent. L'importance de former et d'encadrer les personnes interagissant avec les patients et les professionnels est également soulignée.

En résumé, par ces initiatives spécifiques, les comités concrétisent le principe d'universalisme proportionné soit la garantie d'une égalité d'accès tout en reconnaissant et agissant sur les inégalités de départ et les obstacles spécifiques que certains groupes peuvent rencontrer.

Ces constats soulignent que l'héritage d'une offre historiquement centrée sur les cancers féminins a contribué à façonner un accompagnement et son cadre perçu comme genré, limitant ainsi l'accès des hommes aux soins de support mais aussi à l'engagement bénévole. Pour y remédier, la Ligue doit répondre aux besoins exprimés par les Comités en adaptant les formats et cadres d'accompagnement, afin de les rendre plus inclusifs et accessibles à tous.

Vie intime et santé sexuelle : des angles morts dans l'accompagnement

Le cancer impacte profondément la santé sexuelle et l'intimité. Comme le souligne Sébastien Landry, sexologue clinicien, « ce sont les traitements qui entraînent divers désagréments tels que des sécheresses intimes, une baisse de la libido, de la fatigue, des douleurs, des symptômes de ménopause induite chez la femme ou encore des troubles de l'érection chez l'homme ». Bien que la prise en charge des troubles de la sexualité soit intégrée dans des soins de support définis par l'INCa (*Ministère des Solidarités et de la Santé*, 2017), de nombreux patients et patientes rapportent un manque d'accompagnement adapté tout au long de leur parcours de soins et après les traitements.

Lorsque nous abordons les effets secondaires des traitements sur l'intimité, il est important de parler de la sexualité, mais aussi du genre. Les tabous autour de la sexualité et les attentes sociales liées à la masculinité et à la féminité peuvent influencer profondément l'expérience des patients. Ces normes de genre peuvent rendre difficile l'expression de leurs difficultés, la manière dont ils vivent ces changements intimes ou encore la manière dont ils recherchent de l'aide. Le poids de ces tabous a un impact direct sur leur qualité de vie, en particulier dans des moments déjà marqués par la vulnérabilité et l'incertitude. Prendre en compte ces dimensions permet d'offrir un accompagnement plus adapté, permettant aux patients de se sentir soutenus et écoutés, sans jugement, dans un contexte où leurs besoins intimes et émotionnels sont souvent ignorés.

Faire l'amour a aussi un coût

« Il y avait ce côté tabou, on n'en parlait pas vraiment. On me disait "ça va aller", et finalement, c'est une infirmière de l'Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO) qui a fini par me poser des questions... mais assez tard, lors de ma 10^e chimiothérapie. » Membre du Collectif

« On parle souvent des restes à charge évidents face au cancer, comme les médicaments ou les soins spécialisés. Mais on oublie que faire l'amour a aussi un coût. Acheter des dispositifs médicaux, des traitements pour pallier les effets secondaires ou consulter des spécialistes pour retrouver une vie intime épanouie, ce sont des dépenses qui restent souvent à la charge du patient. Et ça, c'est rarement pris en compte dans les calculs. »

Au cœur du couple, une maladie à l'épreuve de l'amour



« En août 2020 à l'annonce du diagnostic, mon mari a été très présent. Au fil du temps, la maladie devient un membre à part entière de la famille et on finit par s'y habituer. Enfin, les autres s'y habituent. De ce fait, moins de considération, moins d'échanges, un fossé qui se creuse. Là-dessus, les pathologies se greffent : sarcoïdose pulmonaire, lymphœdème du bras, thrombose veineuse et surtout, notamment dû aux traitements, une forte baisse de la libido qui a entraîné un arrêt de la sexualité. Les nombreux médecins éludent le sujet : dans le cancer métastatique, on vous dit clairement que ce n'est pas la priorité... ce n'est en effet pas la mienne non plus puisque je n'ai plus de libido mais c'est bien différent pour mon conjoint. Les tensions arrivent. Les creux de vague du couple également, qui se rajoutent à la difficulté de gérer la maladie. On parle de séparation car le fossé créé par la maladie et ses effets indésirables est profond, après 35 ans de vie commune... Puis ça repart mais les discussions sont difficiles. Pour combien de temps ? L'amour sera-t-il le plus fort ? »

Intégrer la vie affective et sexuelle au cœur des soins de support

Face aux défis liés à l'impact du cancer sur la vie intime et les besoins exprimés par les patients, plusieurs comités ont mis en place des initiatives pour proposer un accompagnement adapté.

Séances d'accompagnement en sexologie :

Certains comités ont développé des séances individuelles et collectives en onco-sexologie, animées par des professionnels formés (sexothérapeutes, médecins onco-sexologues). Les retours des bénéficiaires sont très positifs, mettant en lumière le besoin d'un accompagnement spécialisé.

Intégration de la sexologie dans les parcours de soins :

Plusieurs comités privilégient l'orientation vers des consultations externes avec des spécialistes (psychologues-sexologues, médecins, sage-femmes formées). Certains prennent même en charge jusqu'à trois consultations pour faciliter l'accès à ces soins.



L'association Donner des ELLES à la santé met en avant la nécessité d'intégrer la santé sexuelle dans le parcours de soins. Lors de la Women Academy 2025, un atelier pratique sera dédié à l'abord de la sexologie en consultation : comment en parler avec les patients et quelles solutions proposer ? Une initiative essentielle pour lever les tabous, sensibiliser les soignants et favoriser une prise en charge plus globale des patients, en tenant compte des impacts du cancer sur leur vie intime.

Le sexe et le genre influencent le poids des tabous liés à la prise en charge des troubles de la sexualité, ce qui se traduit par une prise en charge souvent tardive, partielle ou insuffisante, au regard de l'expérience des patients et des patientes.

5. Précarisation et vie professionnelle : les femmes face à un double défi



La période post-cancer est une étape déterminante, marquée également par le retour et le maintien dans l'emploi. Cependant, ce moment charnière révèle et accentue les inégalités de genre préexistantes. Pour les femmes, le cumul de vulnérabilité peut s'accroître pendant cette période, où les obstacles sociaux et professionnels se superposent et se renforcent.

Aides sociales : les femmes en première ligne face à la demande d'aide

Comme l'indique une assistante sociale, le recours aux aides sociales s'inscrit dans une réalité où les femmes, qu'elles soient malades ou aidantes, portent souvent seules la charge mentale et sont les principales demandeuses des dispositifs d'action sociale.

Derrière chaque dossier d'aide sociale, une femme qui s'en occupe

« Selon mon expérience en tant qu'assistante sociale, ce sont toujours les femmes, même au sein du noyau familial, qui franchissent les premières la porte pour demander de l'aide. Aujourd'hui, c'est un sujet de plus en plus abordé dans les écoles de formation d'assistantes sociales : les hommes ont plus de difficultés à exprimer leurs besoins. [...] Cela met en évidence, encore une fois, la charge mentale qui pèse sur les femmes : "Voyez avec madame, c'est elle qui gère tout". Quelle que soit la situation, cette charge leur revient toujours. L'objectif, en tant que professionnel sur le terrain, est d'essayer d'inclure les hommes dans l'accompagnement des familles, notamment en leur envoyant des convocations lorsque les demandes concernent l'ensemble du foyer. » Assistante sociale d'un comité

Ce constat illustre comment la gestion administrative et financière du foyer repose en grande partie sur les femmes. Face à cette situation, les professionnels du secteur social développent des stratégies pour inclure davantage les hommes dans l'accompagnement des familles, notamment par des convocations spécifiques.

En 2024, le numéro vert³⁰ de la Ligue contre le cancer a accompagné 3 709 personnes avec une part égale de personnes malades et proches aidants, dont plus de 70 % sont des femmes. Cette prédominance féminine souligne que les femmes, souvent en première ligne dans les soins et les responsabilités familiales, ont majoritairement recours aux services de la Ligue.

Au bout du fil : les témoignages recueillis par les psychologues écoutantes

Entre dévouement et oubli de soi : de nombreux appels relatent les difficultés rencontrées par les femmes en lien avec le cumul des rôles dans les sphères domestique, professionnelle et familiale. Plusieurs d'entre elles évoquent l'impact psychique de la maladie sur leur quotidien, alors qu'elles endossaient auparavant le rôle de « Wonder Woman ».

« À mi-parcours du traitement de chimiothérapie, j'ai craqué face aux tâches du quotidien. Ni les enfants ni mon mari n'ont pris le relais, car ils étaient habitués à ce que je gère tout. Et moi, je pensais devoir continuer à tout gérer. ».

Une psychologue écoutante témoigne, « Certaines femmes n'osent pas, ou ne souhaitent pas, modifier le regard qu'elles portent sur elles-mêmes, ni celui que leur entourage porte sur elles. Elles ne s'autorisent pas à déléguer ou à demander de l'aide, parfois avec le sentiment de culpabilité d'être à l'origine du mal-être ressenti par leur entourage. Ce type de situation revient fréquemment, quel que soit le contexte familial (en couple avec de jeunes enfants ou des enfants plus âgés, célibataire et aidante d'autres membres de la famille, etc.). ».

Des restes à charge qui pèsent plus lourdement sur les femmes

Les coûts liés à la maladie constituent un facteur aggravant des inégalités. Selon la DREES les restes à charge « visibles » s'élèvent en moyenne à 840 € pour les personnes en affection longue durée (ALD), tandis que les coûts « invisibles » atteignent 1 447 € pour les personnes atteintes de cancer (DREES, 2024).

Cette pression financière est particulièrement forte pour les femmes atteintes de cancers dits féminins. Une étude de la Ligue contre le cancer de 2008 révélait que le cancer du sein est celui qui expose le plus souvent à un reste à charge : 77,9 % des patientes déclarent avoir un reste à charge, contre 52,6 % des patients atteints d'un cancer colorectal (Saint-Marc, 2024).

Le témoignage de Gaëlle illustre ces arbitrages « J'aurais aimé pouvoir m'offrir des séances d'acupuncture pour soulager mes nausées, mais avec seulement 500 € par mois à ce moment-là, je devais prioriser. C'étaient les factures et les besoins de ma fille avant tout. J'ai aussi dû renoncer à certains compléments alimentaires pour financer un soutien-gorge post-opératoire. »

Les données des commissions sociales de la Ligue contre le cancer confirment cette tendance des aides sociales différenciées selon le genre :

- 2/3 des demandes d'aides financières sont formulées par des femmes.

- 22 % des femmes sollicitent une aide liée à la maladie, contre seulement 13,5 % des hommes. Cette différence peut s'expliquer par le fait que de nombreux produits qualifiés de « confort » (perruques, lingerie post-opératoire, soins de support) ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale ou les complémentaires santé, augmentant le reste à charge des femmes.
- 68,4 % des demandes faites par des personnes seules avec enfant(s) concernent la vie quotidienne, soit 11 points de plus que l'ensemble des demandeurs. Cette situation s'explique par le cumul des vulnérabilités : les mères isolées, déjà fragilisées économiquement, voient leur quotidien encore plus impacté par la maladie.



Pour des soins sans reste à charge : la Ligue continue le combat

La récente adoption de la loi en janvier 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins liés au cancer du sein marque une avancée significative pour les patientes. Cette loi met en lumière la question des coûts « invisibles », tels que les soins dits « de confort » (reconstruction mammaire, prothèses, etc.) et les dépassements d'honoraires, qui ne sont souvent pas couverts par la Sécurité sociale ou les mutuelles. Bien que cette mesure soit un premier pas important, la Ligue contre le cancer reste mobilisée pour que ces avancées bénéficient à toutes les personnes atteintes de cancer, en luttant pour une prise en charge équitable et complète, quel que soit le type de cancer ou la situation financière des malades.

Toutefois, au-delà de l'accès aux aides sociales, il convient également de s'interroger sur le risque de perte d'emploi. En 2023, 74% (*Ligue contre le cancer, 2023*) des demandeurs d'aide financière sont en âge de travailler (20-64 ans) et 89 % des parents isolés sollicitant une aide sont des femmes. Ces chiffres traduisent des inégalités de genre persistantes, qui prennent une forme particulière lorsqu'il s'agit pour les femmes de concilier traitements, charges familiales et emploi.

Vie professionnelle et parcours de soins : un équilibre plus précaire pour les femmes

La conciliation entre vie professionnelle et parcours de soins révèle de fortes inégalités de genre. Par exemple, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir connu des arrêts prolongés et elles bénéficient davantage d'aménagements du temps de travail devant faire face à des contraintes sociales et familiales accrues. Or, plus une personne est absente longtemps et sollicite des aménagements plus sa reprise d'activité peut être compliquée et le risque de désinsertion professionnelle réel.

De plus, selon l'étude VICAN 5 (*INCa, 2018*), une personne sur cinq, en emploi au moment du diagnostic, n'a pas repris le travail cinq ans après l'annonce du cancer. Plusieurs facteurs influencent le risque de perte d'emploi : il augmente avec l'âge chez les femmes et avec un faible niveau de diplôme chez les hommes (*Lleau, 2020*). La vie en couple semble protéger les hommes, tandis qu'avoir des enfants à charge pourrait les inciter à conserver un emploi. Enfin, la précarité au moment du diagnostic (CDD, intérim) aggrave ce risque, en particulier pour les femmes, ayant pour conséquence un possible basculement dans la précarité. Ainsi, plus la situation financière est fragile au moment de l'annonce, plus l'impact financier de la maladie sera important et aura des conséquences lourdes et à long terme.

C'est le cas notamment des mères isolées qui assument seules l'entièreté du quotidien de leur famille et dont la perte d'emploi peut avoir des conséquences dramatiques : difficultés à nourrir correctement leurs enfants, impayés, expulsion du logement, surendettement, perte de la mutuelle ... Face aux conséquences d'une possible perte de leur emploi, certaines renoncent aux soins pour continuer à travailler et d'autres tentent de concilier le maintien dans l'emploi et le suivi des traitements au risque d'un parcours de soins dégradés impactant leur chance de guérison.

Soutenir les femmes après un cancer : une initiative innovante en Seine-Saint-Denis

Face à ces constats, des initiatives locales émergent pour favoriser la reconstruction post-cancer des femmes. En Seine-Saint-Denis, où les revenus des femmes sont plus faibles et où le nombre de familles monoparentales ne cesse d'augmenter, le comité départemental a mis en place un programme global, personnalisé et gratuit pour soutenir leur réinsertion sociale et professionnelle. Ce type d'accompagnement constitue une réponse essentielle aux défis spécifiques rencontrés par les femmes après un cancer.



« Magnifique tremplin vers une vie nouvelle, en passant par la détente, le bien-être, les sorties culturelles et les conseils emploi/formation, le tout permettant de reprendre confiance en soi, dans un cadre chaleureux et bienveillant où le noyau composé de 9 participantes a révélé une cohésion humaine hors pair. » Bénéficiaire du programme

6. La surreprésentation des femmes aidantes : un enjeu à questionner

Les femmes sont en grande majorité les premières à endosser le rôle de proches aidantes, notamment auprès des personnes malades, et plus particulièrement dans le cadre des maladies graves comme le cancer. **En effet, 52 % des proches aidants de personnes malades du cancer en France sont des femmes, pour la majorité en activité professionnelle** (*Observatoire Sociétal des Cancres, 2016*). Le cumul de ces responsabilités représente une charge particulièrement lourde et peut impacter leur vie professionnelle, personnelle et leur santé. **Plus l'aide devient intense et contraignante, plus la présence des femmes s'accroît** : elles représentent jusqu'à 74% (*Fondation April, 2022*) des proches aidants lorsque les soins nécessitent un engagement physique et psychique plus important. Cette surreprésentation s'observe dès le plus jeune âge : les études ADOCARE et CAMPUS-CARE pilotée par l'université Paris-Cité ont ainsi mis en lumière la proportion élevée (plus de 85% en moyenne) de jeunes aidantes au lycée et à l'université (*Ado-care et Campus-care, 2021*).

Elles assument souvent une charge quotidienne d'aide plus importante, qu'il s'agisse de soins physiques, de gestion des démarches administratives ou de soutien émotionnel.

Cette surreprésentation des femmes soulève des questions cruciales sur la dimension genrée de l'aidance, la répartition des tâches et la reconnaissance des rôles sociaux, professionnels et économiques.

Cette invisibilisation de l'aidance féminine pourrait ainsi renforcer des inégalités existantes dans la société française. Par conséquent, comment repenser la reconnaissance de l'aidance afin de mieux équilibrer les responsabilités et d'assurer un soutien équitable pour tous ?

Les proches aidantes : un enjeu de justice sociale

Les femmes sont majoritairement en première ligne lorsqu'il s'agit de prendre en charge un proche malade. Pourquoi sont-elles toujours les premières à endosser ce rôle ? Ces inégalités sont-elles uniquement le reflet de normes sociales, ou aussi d'un manque de politiques publiques adaptées ?



Il s'agit d'un phénomène théorisé à travers la notion de **“division sexuée du travail”** (Kergoat, 2009) par Danièle Kergoat : « Les situations des hommes et des femmes ne sont pas le produit d'un destin biologique mais sont d'abord des construits sociaux. (...) Ils forment deux groupes sociaux engagés dans un rapport social spécifique : les rapports sociaux de sexe. Ces derniers, comme tous les rapports sociaux, ont une base matérielle, en l'occurrence le travail, et s'expriment à travers la division sociale du travail entre les sexes, nommée de façon plus concise : division sexuelle du travail [qui] est la forme de division du travail social découlant des rapports de sexe¹ ».

Cette surreprésentation s'explique par plusieurs facteurs, notamment des normes sociales profondément ancrées qui associent le soin et l'accompagnement aux rôles traditionnellement féminins. Selon la DREES, malgré le rôle essentiel des proches aidantes, celles-ci restent encore largement méconnues et insuffisamment soutenues (DREES, 2023). Bien que les hommes déclarent davantage apporter une aide financière, ce sont les femmes qui assurent une aide plus régulière et tournée vers le soin, réalisant près des deux tiers du volume total de l'aide (Ligue des droits de l'homme, 2016).

Cette inégalité structurelle persiste, notamment parce que l'aide apportée par les hommes est souvent perçue comme exceptionnelle, tandis que celle des femmes semble aller de soi. Les stéréotypes de genre, profondément ancrés dans les représentations sociales, influencent la manière dont l'aide est perçue et valorisée. Lorsqu'un homme apporte son aide, cela est vu comme une extension de son rôle protecteur traditionnel, renforçant l'idée d'une contribution "exceptionnelle". À l'inverse, l'aide des femmes est fréquemment invisibilisée, ne donnant lieu ni à une reconnaissance sociale ni à une compensation économique adéquate.



Le témoignage d'Éléonore, ancienne jeune aidante de son père, illustre ces arbitrages :

« J'avais l'impression qu'on attendait de moi que je sois forte, que je gère tout, comme si c'était naturel. Mon frère me dit souvent qu'il aimerait aider plus, mais il ne sait pas comment. Moi, on ne m'a jamais posé la question, c'est un fait acquis. »

Retrouvez son témoignage



Une charge mentale et physique accrue

62% des proches aidants souffrent d'épuisement et de surmenage, et 75 % déclarent ressentir une fatigue et un stress importants. Par ailleurs, près de 48 % des proches aidants souffrent de maladies chroniques. Cet épuisement est particulièrement marqué chez les femmes, qui consacrent plus de temps à l'aide et s'occupent de proches plus dépendants (IPSOS, 2020).

Ce paradoxe se traduit par un rôle crucial des femmes dans le soin et la santé, que ce soit au sein de la famille ou dans les métiers du médico-social. Elles développent des compétences et des savoirs expérimentiels en santé, mais négligent souvent leur propre bien-être, faute de temps et en raison du cumul des rôles (femme, mère, fille, proche aidante).

Seulement, ce phénomène ne se limite pas aux seules répercussions physiques et émotionnelles ; il s'étend également aux sphères professionnelle et économique.

Effectivement, jongler entre son travail et les responsabilités d'aidance entraîne une charge mentale et physique considérable, impactant particulièrement les femmes. Contraintes de réduire leur temps de travail, de modifier leurs horaires, voire de quitter leur emploi, les proches aidantes subissent des répercussions directes sur leur carrière et leur autonomie financière. **Cette double charge accentue les inégalités professionnelles et financières, avec des conséquences parfois irréversibles, telles qu'une stagnation de carrière, une précarisation accrue et une retraite diminuée.**

Les proches aidants face à la triple peine : perte, précarité, invisibilité



Le témoignage de Maya, proche aidante de son mari décédé, illustre ces arbitrages : « [...] Je suis à la recherche d'un nouvel emploi depuis janvier, mais je suis confrontée à une triple peine : la perte de mon mari, l'absence de cotisation pendant sa maladie ou d'acquisition d'expérience professionnelle pendant 7 ans, l'impossibilité de mettre de l'argent de côté ... Je ressens un sentiment d'injustice, car je me retrouve seule à présent et je dois subir toutes les conséquences à long terme de la maladie de mon conjoint. »

Alors, comment peut-on mieux reconnaître et compenser le travail invisible des proches aidantes ?

L'étude *Le coût d'être aidante (Le Laboratoire de l'Égalité & Collectif Je t'Aide, 2022)* met en évidence l'impact économique de l'aidance, révélant **que 60 % des aidantes déclarent subir une baisse de revenus et qu'une sur cinq doit faire face à des difficultés financières importantes.**

Face à ces enjeux, de nombreux acteurs se mobilisent pour mieux soutenir les proches aidantes et faire évoluer les politiques publiques. Le Collectif Je t'aide notamment, joue un rôle clé dans cette dynamique, en mettant en lumière les spécificités de l'aidance féminine à travers plusieurs actions significatives de plaidoyers (Plaidoyers - Je t'Aide). Leur collaboration avec le Laboratoire de l'égalité a également donné lieu à un rapport détaillé sur les salariées aidantes, qui met en exergue les défis particuliers rencontrés par les femmes dans le monde du travail lorsqu'elles assument des responsabilités d'aidance (Guide "Aidante et salariée" un guide pratique pour les entreprises ! - Je t'Aide).

Ce travail de plaidoyer s'inscrit dans un partenariat fort avec la Ligue contre le cancer, qui renforce cette dynamique, en mettant l'accent sur la **nécessité de mesures concrètes pour alléger la charge des proches aidantes.**

La mesure défendue par la Ligue pour accompagner et soutenir les proches aidant(e)s



La Ligue contre le cancer plaide pour un élargissement des conditions d'accès au congé de proche aidant, actuellement limité aux aidants de personnes en situation de handicap grave ou en perte d'autonomie permanente. Cet élargissement permettrait d'atténuer la pression exercée sur les aidantes et de mieux reconnaître leur rôle fondamental dans le parcours de soins.

Les inégalités de genre s'inscrivent donc aussi dans le domaine de l'aidance, où les femmes portent une part disproportionnée de la charge, tant sur le plan physique qu'économique, soulignant l'importance de questionner cette répartition et ses impacts.

7. Conclusion

L'analyse menée tout au long de ce rapport met en évidence le rôle fondamental du genre mais aussi du sexe comme déterminants de santé, influençant l'ensemble du parcours de soins, de la prévention au post-cancer. Les stéréotypes de genre conditionnent l'accès à l'information et aux campagnes de dépistage, renforçant la hiérarchisation des cancers et invisibilisant certains d'entre eux. Ces inégalités se poursuivent au moment du diagnostic, où des biais de perception des symptômes et de l'évaluation de la douleur peuvent entraîner une errance diagnostique et une perte de chances.

Dans l'accompagnement et les soins de support, la persistance d'une approche historiquement centrée sur certains cancers féminins empêche une prise en charge plus inclusive, adaptée à l'ensemble des personnes malades et proches aidants. Enfin, en période post-cancer, la vulnérabilité économique et sociale des femmes, notamment en situation de monoparentalité, illustre comment le cancer agit comme un amplificateur des inégalités préexistantes.

Les proches aidantes, principalement des femmes, affrontent également une charge mentale et physique supplémentaire dans l'accompagnement de leurs proches malades. Leur rôle crucial est trop souvent invisibilisé et mal reconnu, ce qui accentue les inégalités de genre et entrave leur accès à un soutien approprié.



Face à ces constats, la Ligue contre le cancer réaffirme son engagement à intégrer pleinement la dimension de sexe et de genre dans ses actions et recommandations pour les personnes malades et proches aidantes. Il est essentiel de tenir compte des interactions entre le genre et d'autres facteurs socio-économiques afin d'adapter les dispositifs d'accompagnement et garantir une prise en charge équitable. En valorisant les initiatives existantes et en développant des outils concrets, la Ligue souhaite renforcer une approche plus juste et accessible à toutes et tous.

Plusieurs sujets ont été abordés dans le cadre des entretiens qualitatifs de l'enquête mais nécessitent cependant une instruction approfondie. Plusieurs patients et proches aidants ont témoigné de remarques sexistes vécues durant leur parcours de soins et souvent dans des moments de grande vulnérabilité. Ces remarques inscrites dans le champ des violences sexistes et sexuelles (VSS) vont des pressions liées à leur rôle familial, à l'invisibilisation de certaines situations. La question de l'accueil des personnes LGBTQIA+ et notamment des personnes trans dans le parcours de soins, ont été brièvement mentionnés mais nécessitent une instruction plus approfondie.

8. Bibliographie

- Alleaume, C. et Peretti-Watel, P. (2020). Maintien en emploi après un diagnostic de cancer. L'intérêt d'une analyse au prisme du genre. Dans Meidani, A. (dir.), *Masculinités et féminités face au cancer Expériences cancéreuses et interactions soignantes* (p. 79-96). éres. <https://doi.org/10.3917/eres.meida.2020.01.0079>.
- ADOCARE | JAID - Recherche sur les jeunes aidants. (s. d.). <https://jaid.u-paris.fr/adocare/>
- ARS Martinique. (2022). *Stratégie décennale de lutte contre les cancers : Feuille de route Martinique 2022-2025*. Feuille-de-route-2022-2025-Juillet-2022-1.pdf.
- Clair, C., Cornuz, J., Bart, P., Schwarz, J. (2018). *Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ?* Rev Med Suisse, 14, no. 625, 1951–1954. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.625.1951>. [Conclusion](#)
- Kergoat, D. (2013). *Division sexuelle du travail*. In Dictionnaire critique du féminisme (3^e tirage). Paris : Presses Universitaires de France (PUF).
- Fondation APRIL. (2022, 30 novembre). *Baromètre des aidants—édition 2022*. <https://www.april.fr/actualites/assurance-prevoyance/barometre-aidants-april-2022> [april.fr](#)
- France-Antilles Martinique. (2023). *En Martinique, six enfants sur dix vivent avec un seul de leurs parents*. <https://www.martinique.franceantilles.fr/regions/departement/en-martinique-six-enfants-sur-dix-vivent-avec-un-seul-de-leurs-parents-1019430.php>
- Fondation ARC Pour la Recherche Sur le Cancer. *NOVEMBRE - Cancers masculins*. (s. d.-b). <https://www.fondation-arc.org/novembre-cancers-masculins>
- FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). *Implicit bias in healthcare professionals : a systematic review*. BMC Medical Ethics, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). *Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020.
- Institut National du Cancer (INCa) (2018). *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer – Rapport de l'étude VICAN5* La vie cinq ans après un diagnostic de cancer.
- Jaunin-Stalder, N., & Mazzocato, C. (2012). *Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ?* Revue Médicale Suisse, 8(348), 1470-1473. <https://doi.org/10.53738/revmed.2012.8.348.1470>.
- Le Laboratoire de l'Égalité & Collectif Je t'Aide. (2022). *Le coût d'être aidante*. [Le coût d'être aidante : peut-on aider sans compter ? - Fondation des Femmes | Fondation des Femmes](#)
- Ligue Contre le Cancer. *Cancer du sein chez l'homme*. <https://www.ligue-cancer.net/questce-que-le-cancer/les-types-de-cancer/cancer-du-sein-chez-lhomme>
- Ligue des droits de l'Homme. (2016, 24 mai). *Aidantes informelles : agir contre les écarts de salaires femmes/hommes* [Page web]. <https://www.ldh-france.org/vie-active-vie-daidant-toutes-concernes>
- McGregor, A. (2021). *Le sexe de la santé*. <https://www.editions-eres.com/ouvrage/4807/le-sexe-de-la-sante>.
- Marie Préau, Fabienne Marcellin, France Lert, Bruno Spire, Jean-Paul Moatti. (2008). *Les conséquences du cancer sur la vie sociale et professionnelle*. <https://shs.hal.science/halshs-01564008>

Merceron, A., Mercier E. (2025). *Santé des femmes : Comment les biais sexistes impactent les diagnostics et les soins* – Ipsos 2025 - [Santé des femmes : comment les biais sexistes impactent les diagnostics et les soins | Ipsos](#)

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). Document de référence (p. XX). https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-04/ste_20170004_0000_0048.pdf

Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE). (2020). *Étude sur la monoparentalité*. Disponible sur : https://www.egalite-femmes_hommes.gouv.fr/sites/efh/files/migration/2021/01/Etude-monoparentalite-OFCE-2020.pdf

Observatoire de l'égalité femmes-hommes dans l'économie sociale et solidaire. (2020). *Genre et bénévolat : femmes et hommes, un même engagement bénévole ?* [étude genre et benevolat.pdf](#) [conclusion](#)

Observatoire Sociétal des Cancers (2016, juin). *Les aidants, les combattants silencieux du cancer : Rapport de l'Observatoire sociétal des cancers*. https://www.liguecancer.net/sites/default/files/docs/observatoire_societal_des_cancers_rapport_2015_0.pdf

Rivenbark, J.G., Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20, 31. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. (2025). *Invisibilité des douleurs féminines : les défis d'être crue dans le système médical*. <https://rqasf.qc.ca/linvisibilite-des-douleurs-feminines-les-defis-detre-crue-dans-le-systeme-medical/>

Salle, M. (2020). *Cancer et histoire de la santé des femmes. Perspectives historiographiques*. Dans Meidani, A. (dir.), *Masculinités et féminités face au cancer Expériences cancéreuses et interactions soignantes* (p. 25-40). érès. <https://doi.org/10.3917/eres.meida.2020.01.0025>.

Sandoval, et al. (2024). *Magnitude and Temporal Variations of Socioeconomic Inequalities in the Quality of Life After Early Breast Cancer: Results From the Multicentric French CANTO Cohort*. *Journal Of Clinical Oncology*, 42(24), 2908-2917. <https://doi.org/10.1200/jco.23.02099>.

Saint-Marc, D. (2024). *Les frais restant à charge des malades atteints de cancer : constats, ressenti, propositions*. Laboratoire d'Analyse des Problèmes Sociaux et de l'Action Collective, EA 495, Faculté des Sciences de l'Homme, Université de Bordeaux.

Thébaud-Mony Annie. (2004). *La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels*. Santé, Société et Solidarité [La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels - Persée](#)

9. Glossaire

Genre : Rôles, comportements, expressions et identités établis par la société pour les filles, femmes, les garçons, les hommes et les personnes de divers genres.

Sexe : Ensemble d'attributs biologiques spécifiques retrouvés chez les humains et les animaux, notamment les caractéristiques physiques, les chromosomes, l'expression des gènes, les hormones et l'anatomie.

Injonctions : Ordre, commandement précis, non discutable, qui doit être obligatoirement exécuté et qui est souvent accompagné de menaces de sanctions.

Préjugés : Croyance, opinion préconçue souvent imposée par le milieu, l'époque.

Conclusion

Stigmates : Le stigmatisme n'est pas un attribut en soi : il se définit dans le regard d'autrui. Il renvoie à l'écart à la norme.

Annexes

Annexe 1 : Résultats de l'enquête sur les inégalités de genre en cancérologie

Dans le cadre d'une enquête menée en ligne via la plateforme Sphinx entre mars et avril 2024, 44 répondants issus de 35 comités de la Ligue contre le cancer ont partagé leur perception des inégalités de genre en cancérologie.

Concernant la méthodologie : un travail d'identification des experts a été réalisé entre janvier et mars en lien avec la Directrice Démocratie en santé Laura LEVEQUE. Entre mars et juillet 2024, 15 entretiens semi-directifs ont été menés par Salomé AMSELLEM-DUKAN et Elsa COUREGES avec les experts locaux ou nationaux suivants :

- CD de la Polynésie française de la LNCC : Natacha HELME, présidente.
- CD de l'Essonne de la LNCC : Hervé Gautier, président.
- CD de Loire-Atlantique de la LNCC : Marius Guérin, alternant responsable de service adjoint.
- CD d'Ile-de-France de la LNCC : Eyrarn SEDJRO, assistance de service social.
- CD87 de Haute-Vienne de la LNCC : Hélène PIRAME, coordinatrice sociale.
- CD972 de Martinique de la LNCC : Estelle SEGUIN-CADICHE, Anaïs JUST, Jimmy PIRER Chargées de mission, directeur.
- CD31 de Haute-Garonne de la LNCC : Marie-Ange LEOPHONTE, directrice.
- CD49 du Maine-et-Loire de la LNCC : patiente ressource.
- CD49 du Maine-et-Loire de la LNCC : patient ressource.
- CD33 de Gironde de la LNCC : Marilyne MOZE-LADROITTE, Coordinatrice Actions pour les personnes malades
- Association Cer'Hom : Olivier JEROME, président.
- Martin WINCKLER : médecin et écrivain français.
- Haute Autorité de Santé (HAS) : Anne-Sophie GRENOUILLEAU, conseiller pharmaceutique et spécialiste des questions liées au sexe et au genre en santé.
- Aurore LORETTI : sociologue et maîtresse de conférences au Centre d'éthique Médicale (CEM) du laboratoire ETHICS à l'Université Catholique de Lille.
- Zoé ROLLIN : sociologue et maîtresse de conférence au Département des sciences de l'éducation de l'Université Paris Cité.

Conclusion

1. Participation à l'enquête

Le questionnaire a été adressé aux **103 comités** du réseau et diffusé entre mars et avril 2024 auprès de plusieurs canaux dont la newsletter *Lig&Vous*, les référent.e.s prévention et action, ainsi que les psychologues et coordinateurs/trices sociaux du réseau.

- **44 répondants** ont participé, représentant **35 comités**.
- Parmi les répondants :
 - **64 %** sont des administrateurs/trices,
 - **23 %** sont des bénévoles,
 - **11 %** sont des assistant.e.s sociales mises à disposition des comités.

Conclusion

2. Familiarité avec la question des inégalités de genre

- **57 % des répondants** se déclarent **familiers** avec cette question.
- Parmi eux :
 - **40 %** se considèrent « plutôt familiers »,
 - **36 %** sont « très familiers »,
 - **24 %** se disent « peu familiers ».

Une sensibilisation complémentaire semble nécessaire pour renforcer l'acculturation à ces enjeux.

3. Perception des inégalités de genre dans le parcours des personnes malades et aidantes

Plus d'un comité sur quatre a été interpellé par des patients ou aidants sur des situations d'inégalités de genre, principalement sur les aspects suivants :

• Un accès inégal à l'information et aux messages de prévention

Certains hommes atteints d'un cancer de la prostate rapportent un **manque de supports d'information spécifiques**, pouvant générer un **retard de prise en charge** et une **perte de confiance** dans les dispositifs existants.

• Une inégale prise en compte des symptômes

Des jeunes femmes atteintes d'un cancer du sein ont dû **insister pour être prises en charge**, l'expression de leur symptôme étant parfois minimisé par les professionnels de santé.

• Une prise en charge inadaptée

Des hommes traités pour un cancer du sein témoignent d'un **impact psychologique** lié à une prise en charge genrée (ex. courriers systématiquement adressés à « Madame »).

• Une offre de soins de support genrée et stéréotypée

Certains hommes malades expriment un **sentiment d'isolement** face à des activités de support perçues comme plus adaptées aux femmes.

Ces résultats mettent en lumière des **besoins spécifiques** en matière d'**information, d'accompagnement personnalisé**. Ils soulignent l'importance de renforcer les outils de sensibilisation et les ressources pratiques pour mieux intégrer la question des inégalités de genre dans l'accompagnement des patients et aidants.

L'enquête met en lumière la nécessité de lancer un projet national sur les inégalités de genre en cancérologie.

4. Mise en place d'actions par les comités

1/3 des Comités interrogés mettent en place des actions spécifiques pour lutter contre ces inégalités.

- **80 % des Comités recommandent** ces actions aux autres, notamment pour :
 - Ne pas limiter les Comités à une approche centrée sur les femmes et les cancers féminins.
 - Lever les **tabous autour des cancers masculins** et favoriser l'accès des hommes aux soins de support.
 - Sensibiliser davantage les hommes à la prévention et normaliser leur recours aux soins.

6 comités observent cependant des obstacles dans mise en place de ces actions

- Les **stéréotypes de genre** influencent la perception des maladies.
- Des freins culturels, comme la **pudeur** et la **réticence des hommes** à demander de l'aide.
- Des difficultés à trouver des hommes prêts à s'exprimer sur ces sujets.
- Un besoin d'adapter les **formats et méthodologies** pour mieux impliquer les personnes concernées.
- **Manque de ressources et de temps** pour mener ces actions efficacement.

5. Des constats à l'action

- **57% des répondants** estiment qu'il est nécessaire de mettre en place un projet national sur les inégalités de genre en cancérologie.
- Plusieurs axes sont identifiés pour réduire ces inégalités :
 - L'égalité d'accès aux soins de support tout au long du parcours de soin.
 - Une sensibilisation nationale pour mieux faire prendre conscience du problème.
 - Diversifier l'offre de soins de support, notamment pour favoriser l'implication des hommes.
 - Mettre en place une dynamique collective à travers des comités et des stratégies locales.

6. Problématiques identifiées comme prioritaires

1. **Le moindre recours aux soins de support chez les hommes.**
2. **Les obstacles de prise en charge pour les familles monoparentales.**
3. **La surreprésentation des femmes parmi les proches aidants.**