



TEXTES ADOPTÉS

P10_TA(2026)0305

Inégalités entre les hommes et les femmes en matière de santé, et plus précisément en ce qui concerne les affections sexospécifiques

Résolution du Parlement européen du 16 septembre 2026 sur les inégalités entre les hommes et les femmes en matière de santé, et plus précisément en ce qui concerne les affections sexospécifiques (2025/2074(INI))

Le Parlement européen,

- vu l'article 2 et l'article 3, paragraphe 3, du traité sur l'Union européenne,
- vu les articles 8, 9, 151, 153, 157 et 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,
- vu la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et notamment ses articles 21 et 35,
- vu la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et les violences domestiques (convention d'Istanbul),
- vu la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée par l'Union européenne en 2010,
- vu le règlement (UE) n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20/CE¹,
- vu la directive (UE) 2024/1385 du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2024 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique²,
- vu la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil sur l'établissement du Fonds européen pour la compétitivité, comprenant le programme spécifique pour les activités de recherche et développement en matière de défense, abrogeant les règlements (UE) 2021/522, (UE) 2021/694, (UE) 2021/697, (UE) 2021/783, et modifiant les règlements (UE) 2021/696, (UE) 2023/588 et (UE) [programme pour l'industrie européenne de la défense] (COM(2025)0555), présentée par la Commission le 16 juillet 2025,

¹ JO L 158 du 27.5.2014, p. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2014/536/oj>.

² JO L, 2024/1385, 24.5.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2024/1385/oj>.

- vu sa résolution du 17 décembre 2025 sur l’initiative citoyenne européenne «My Voice, My Choice: pour un avortement sans danger et accessible»³,
- vu sa résolution du 24 juin 2021 sur la situation concernant la santé et les droits génésiques et sexuels dans l’Union, dans le cadre de la santé des femmes⁴,
- vu sa résolution du 12 février 2020 sur une stratégie de l’Union visant à mettre un terme aux mutilations génitales féminines dans le monde⁵,
- vu sa résolution du 29 avril 2026 sur la situation des droits fondamentaux dans l’Union européenne en 2024 et en 2025⁶,
- vu sa question avec demande de réponse écrite E-004697/2025 à la Commission concernant la recommandation sur les pratiques préjudiciables,
- vu la recommandation du Conseil du 21 juin 2024 relative aux cancers à prévention vaccinale⁷,
- vu la recommandation du Conseil du 9 décembre 2022 sur le renforcement de la prévention par la détection précoce: une nouvelle approche de l’Union européenne en matière de dépistage du cancer remplaçant la recommandation 2003/878/CE du Conseil⁸,
- vu les conclusions du Conseil du 3 décembre 2024 sur le renforcement de la santé mentale des femmes et des filles par la promotion de l’égalité de genre,
- vu la communication de la Commission du 5 mars 2026 intitulée «Stratégie en faveur de l’égalité de genre 2026-2030» (COM(2026)0113),
- vu sa résolution du 13 novembre 2025 sur la stratégie en faveur de l’égalité entre les femmes et les hommes pour 2025⁹,
- vu la communication de la Commission du 26 février 2026 sur l’initiative citoyenne européenne «My Voice, My Choice: pour un avortement sans danger et accessible» (C(2026)3225),
- vu la communication de la Commission du 16 décembre 2025 sur un plan de l’Union européenne pour la santé cardiovasculaire intitulé «Plan pour un cœur en bonne santé» (COM(2025)1024),
- vu la communication de la Commission du 7 mars 2025 intitulée «Une feuille de route pour les droits des femmes» (COM(2025)0097),

³ JO C, C/2026/2155, 6.5.2026, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2026/2155/oj>.

⁴ JO C 81 du 18.2.2022, p. 43.

⁵ JO C 294 du 23.7.2021, p. 8.

⁶ Textes adoptés de cette date, P10_TA(2026)0146.

⁷ JO C, C/2024/4259, 28.6.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2024/4259/oj>.

⁸ JO C 473 du 13.12.2022, p. 1.

⁹ Textes adoptés de cette date, P10_TA(2025)0278.

- vu la communication de la Commission du 3 février 2021 intitulée «Plan européen pour vaincre le cancer» (COM(2021)0044),
- vu la communication de la Commission du 5 mars 2020 intitulée «Une Union de l'égalité: stratégie en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes 2020-2025» (COM(2020)0152),
- vu la publication de la Commission intitulée «Case studies on obstetric violence – Experience, analysis and responses» (Études de cas sur les violences obstétricales – Expérience, analyses et réponses) de mai 2024¹⁰,
- vu le mandat, expressément confié par le Parlement au collège des commissaires, consistant à diriger les «travaux sur les questions liées à la santé sexuelle et génésique»¹¹,
- vu l'avis du Comité européen des régions du 15 octobre 2025 intitulé «Renforcer les droits des femmes et l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'UE: le point de vue local et régional»¹²,
- vu les lignes directrices proposées par l'Agence européenne des médicaments (EMA), publiées pour consultation le 4 juin 2025 et intitulées «ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline» (Lignes directrices du CIH E21 sur l'inclusion des personnes enceintes ou allaitantes dans les essais cliniques – Lignes directrices scientifiques),
- vu le rapport de surveillance et de contrôle du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) intitulé «Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024» (Suivi des réponses aux épidémies d'infections sexuellement transmissibles dans les pays de l'UE/EEE, 2024), publié en décembre 2025¹³,
- vu l'indice d'égalité de genre 2025 établi par l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE)¹⁴,
- vu le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de janvier 2024 intitulé «Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection» (Vaincre les inégalités en matière de lutte contre le cancer dans l'Union européenne: coup de projecteur sur la prévention et le dépistage précoce du cancer),

¹⁰ Commission européenne, Direction générale de la justice et des consommateurs, Fondazione Giacomo Brodolini (FGB) et Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE), [Case studies on obstetric violence: experience, analysis, and responses](#), Office des publications de l'Union européenne, 2024.

¹¹ Commission européenne, [Lettre de mission de la présidente von der Leyen à Hadja Lahbib](#), 2024.

¹² JO C, C/2025/6319, 3.12.2025, ELI: <http://data.europa.eu/eli/C/2025/6319/oj>.

¹³ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), [Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024](#), Stockholm, 2025.

¹⁴ EIGE, [Indice d'égalité de genre 2025](#), Office des publications de l'Union européenne, 2025.

- vu l'étude intitulée «Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care» (Inégalités de genre dans la recherche médicale, le développement de médicaments et l'accès aux soins), publiée en novembre 2025 par sa Direction générale des droits des citoyens, de la justice et des affaires institutionnelles¹⁵,
 - vu l'étude intitulée «Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination» (Violences obstétricales et gynécologiques dans l'Union européenne – Prévalence, cadre juridique et principes éducatifs pour leur prévention et leur élimination), publiée en avril 2024 par sa Direction générale des politiques internes¹⁶,
 - vu l'article 55 de son règlement intérieur,
 - vu l'avis de la commission de la santé publique,
 - vu le rapport de la commission des droits des femmes et de l'égalité des genres (A10-0200/2026),
- A. considérant que la santé est un droit fondamental et que, par conséquent, chacun doit avoir accès en temps utile à des soins de santé abordables, accessibles et de qualité, quel que soit son statut socio-économique, comme le consacre le socle européen des droits sociaux; que la réduction des inégalités est une occasion de remédier à la fragmentation et d'améliorer les résultats en matière de santé dans les États membres, confortant ainsi les principes d'égalité et de cohésion sociale consacrés par les traités grâce à une réponse plus forte et mieux coordonnée au niveau de l'Union;
- B. considérant que des obstacles multiples et intersectionnels à l'accès aux services de soins de santé, ainsi qu'aux services répondant à des besoins de santé complexes, s'élèvent devant les femmes réfugiées et appartenant à des minorités ethniques, les femmes vivant dans la pauvreté, les femmes sans-abri, les femmes occupant un emploi précaire ou ayant des responsabilités familiales non rémunérées, les femmes âgées, les femmes en situation de handicap, ainsi que les femmes résidant dans des zones rurales et défavorisées sur le plan socio-économique, et en particulier les personnes issues des communautés LGBTIQ +; qu'il est dès lors capital d'adopter une approche intersectionnelle de la santé des femmes;
- C. considérant que la pauvreté et l'exclusion sociale ont une incidence significative sur les résultats en matière de santé et sur l'accès aux soins de santé; que les femmes sont confrontées à des obstacles financiers plus importants que les hommes dans l'accès aux services de santé; que ces obstacles sont plus prononcés encore pour les groupes vulnérables, qui sont souvent confrontés à des couches multiples et superposées de

¹⁵ Étude demandée par la commission des droits des femmes et de l'égalité des genres du Parlement européen, [Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care](#), département thématique des citoyens, de l'égalité et de la culture, direction générale des droits des citoyens, de la justice et des affaires institutionnelles, Parlement européen, 2025.

¹⁶ Étude demandée par la Commission des droits des femmes et de l'égalité des genres du Parlement, [Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination](#), département thématique des droits des citoyens et des affaires constitutionnelles, Parlement européen, 2024.

discrimination et rencontrent de nombreuses difficultés dans l'accès à des soins de santé inclusifs de qualité;

- D. considérant que l'inégalité d'accès aux services de santé dans l'Union, en particulier dans les zones rurales, éloignées et montagneuses, ainsi que dans les régions insulaires et ultrapériphériques, constitue un obstacle considérable au diagnostic et au traitement en temps utile, y compris pour les femmes enceintes;
- E. considérant que l'accès à une eau potable et à un assainissement sains, propres et abordables est un déterminant fondamental de la santé physique et mentale, constitue un bien public et joue un rôle central dans la prévention des maladies, la gestion des affections chroniques et le bien-être général tout au long de la vie d'une personne; que les inégalités en matière d'accès à l'eau et à l'assainissement touchent principalement les personnes vivant dans la pauvreté, dans des logements inappropriés et dans des zones rurales ou isolées, avec une incidence particulière sur les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap;
- F. considérant que la simplification et une meilleure coordination des soins de santé transfrontières contribueraient à garantir l'accès des femmes à un traitement transfrontière en cas de besoin, tout en réduisant les formalités administratives pour les patientes et les prestataires;
- G. considérant qu'historiquement, la recherche médicale a toujours été centrée sur les hommes, avec pour conséquence une connaissance insuffisante de la santé et de la physiologie des femmes ainsi que des différences liées au sexe; que cette inégalité systémique en médecine a une incidence sur le diagnostic, le traitement, la morbidité et la mortalité des parties de la population qui sont sous-représentées, dont les femmes et les personnes de diverses identités de genre;
- H. considérant qu'en 2020, seuls 5 % du financement mondial de la recherche et du développement ont été alloués à la recherche sur la santé des femmes¹⁷; que le financement de la recherche est rarement proportionnel à la charge de morbidité et que les maladies touchant principalement les femmes, telles que les migraines ou l'endométriose¹⁸, reçoivent un appui financier et des investissements considérablement plus faibles que les affections qui touchent principalement les hommes; que, pour remédier au sous-investissement persistant dans la santé des femmes, une action publique plus déterminée et un financement ciblé sont nécessaires et devraient entraîner des évolutions qui sont dans l'intérêt des citoyens; qu'un investissement adéquat et soutenu dans la sécurité sanitaire, y compris dans des mesures de préparation, de prévention et de réaction qui tiennent compte des questions d'égalité des sexes, est dès lors nécessaire pour garantir à la fois la résilience de la société et des résultats équitables en matière de santé;
- I. considérant que, malgré les évolutions réglementaires qui sont amélioré l'inclusivité dans les essais cliniques, la représentation des femmes reste inférieure à celle des hommes, une disparité est particulièrement marquée en ce qui concerne les femmes

¹⁷ Nature Reviews Bioengineering, «[Funding research on women's health](#)», vol. 2, 2024, p. 797-798.

¹⁸ Nature, «[Women's health: end the disparity in funding](#)», 2023.

enceintes et allaitantes¹⁹; que ce problème concerne non seulement les essais cliniques, mais également la recherche préclinique, épidémiologique, comportementale et sur les systèmes de santé; que cela compromet la sécurité et l'efficacité des médicaments et des traitements destinés aux femmes; qu'en raison de ce manque de représentation suffisamment équilibrée au stade du développement des médicaments, les femmes subissent des effets indésirables d'un médicament de 50 à 75 % plus souvent que les hommes²⁰; qu'une recherche plus inclusive, notamment concernant les femmes enceintes et allaitantes, est nécessaire pour réduire les risques évitables pour la santé maternelle; que des études ont montré que les femmes, y compris pendant la grossesse, sont soumises à des modes d'exposition spécifiques qui affectent leur santé et celle de l'enfant en développement;

- J. considérant que les personnes transgenres, non binaires et intersexes et les communautés marginalisées, telles que les minorités ethniques et les femmes en situation de handicap, sont souvent absentes ou exclues de façon disproportionnée des essais cliniques²¹ et de la recherche médicale, ce qui entraîne des lacunes importantes dans les données relatives à la sécurité et à l'efficacité des traitements; que ce manque de données contribue à l'inégalité d'accès à des soins de santé appropriés, rapides et de grande qualité;
- K. considérant que les médicaments génériques sont autorisés sur la base d'études de bioéquivalence, qui sont encore menées principalement sur des participants masculins et ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse tenant compte des différences entre les sexes; que les médicaments de référence ont historiquement été testés principalement sur les hommes; que les différences de formule entre les médicaments génériques et les médicaments de référence peuvent affecter la biodisponibilité, ce qui soulève des incertitudes quant à la question de savoir si la bioéquivalence démontrée chez les hommes peut être présumée de la même manière pour les femmes;
- L. considérant que 72 % des études sur les essais cliniques ne fournissent ni ne publient de données ventilées par sexe et par genre²², ce qui limite considérablement la compréhension des maladies sexospécifiques, des facteurs qui jouent sur leur prévalence, de la réaction aux traitements et de la sécurité de ces derniers;
- M. considérant que les femmes et les filles sont touchées de façon disproportionnée par un éventail d'affections sexospécifiques et chroniques, qui sont encore insuffisamment étudiées et sous-diagnostiquées; qu'en ce qui concerne les maladies courantes, les symptômes peuvent différer des symptômes «classiques», ce qui entraîne des erreurs ou retards de diagnostic importants par rapport aux hommes²³; qu'un diagnostic tardif des

¹⁹ Moins de 0,4 % des essais réalisés dans l'Union comprennent des femmes enceintes ou allaitantes, selon les données du système d'information sur les essais cliniques citées par l'Agence européenne des médicaments le 4 juin 2025. Agence européenne des médicaments, [New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials](#), 2025.

²⁰ Zucker, I., et Prendergast, B. J., «[Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women](#)», Biology of Sex Differences, juin 2020.

²¹ Brotto, L.A. et Galea, L.A.M., «[Gender inclusivity in women's health research](#)», BJOG, vol. 129, n° 12, 2022.

²² Étude de l'organisation Care4Everybody, [Mind the Gap: Costs, consequences and correction of sex and gender inequality in medicine](#), 2023.

²³ Jovani, V., Blasco-Blasco, M., Pascual, E., e.a., «[Challenges to conquer from the gender perspective in medicine: The case of spondyloarthritis](#)», 2018.

affections sexospécifiques entraîne des douleurs à long terme, des conséquences sur la santé mentale, une perte de revenus et une participation réduite des femmes à l'éducation et au marché du travail, ce qui renforce les inégalités sociales et de genre; que la perte annuelle totale de production due aux migraines, lesquelles touchent surtout les femmes, est ainsi estimée à 111 milliards d'euros en coûts indirects dans l'Union²⁴; que la sensibilisation, l'autodidaxie en matière de santé et la prévention sont des composantes essentielles de la santé des femmes, car elles permettent un diagnostic précoce et donnent aux femmes la possibilité de prendre des décisions éclairées concernant leur corps et leur santé tout au long de leur vie;

- N. considérant que les femmes sont plus enclines que les hommes à consulter un médecin mais qu'elles sont souvent confrontées à des diagnostics tardifs ou erronés, qu'elles reçoivent des traitements inappropriés ou que leurs symptômes ne sont pas pris au sérieux car considérés comme psychosomatiques, ce qui reflète des stéréotypes de genre persistants dans la recherche médicale et en matière de diagnostic et de pratique clinique²⁵; que, selon des études, les femmes patientent 30 minutes de plus en salle d'attente et se voient prescrire des analgésiques à des taux inférieurs à ceux des hommes présentant des symptômes similaires²⁶; que les femmes issues de minorités ethniques et les patients qui subissent des discriminations raciales risquent davantage de voir leurs symptômes négligés²⁷, ce qui peut avoir de graves conséquences, notamment des soins insuffisants, des diagnostics erronés et une perte de confiance envers les institutions médicales; que, souvent, les lignes directrices relatives aux pratiques cliniques ne prennent pas en considération les bonnes pratiques en matière de soins cliniques pour les femmes;
- O. considérant que les violences obstétricales et gynécologiques, y compris la violence verbale, la discrimination et les procédures non consenties pendant la grossesse, l'accouchement et les soins liés à l'avortement, constituent des violations des droits et de la dignité des femmes et qu'elles restent un problème très répandu mais insuffisamment reconnu dans l'Union; que les femmes en situation de handicap et issues de minorités ethniques – dont les femmes roms –, ainsi que les personnes intersexes et transgenres, sont victimes de façon disproportionnée de violences obstétricales et gynécologiques²⁸; que la Commission, dans sa stratégie en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes 2020-2025, s'est engagée à publier une recommandation sur la prévention des pratiques préjudiciables à l'égard des femmes et des filles, qui devrait traiter de manière exhaustive de toutes les formes de pratiques préjudiciables, y compris les formes de violence précitées;

²⁴ European Migraine and Headache Alliance (EMHA), [Towards a European Roadmap on Migraine: Strategic Conclusions and Policy Recommendations](#), 2025.

²⁵ Prenuvo, «[The most common health misdiagnoses in women—and why they keep happening](#)», 2025

²⁶ Guzikévitsa, M., Gordon-Hecker, T., Rekhtmand Shaden Salamehd, D., Israele, S., Shayob, M., e.a., «[Sex bias in pain management decisions](#)», août 2024.

²⁷ MBRRACE-UK, «[Saving Lives, Improving Mothers' Care](#)», octobre 2024.

²⁸ Étude demandée par la Commission des droits des femmes et de l'égalité des genres du Parlement, [Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination](#), département thématique des droits des citoyens et des affaires constitutionnelles, Parlement européen, 2024.

- P. considérant que les femmes en situation de handicap continuent d’être soumises à des interventions et à des traitements médicaux inutiles, nocifs, irréversibles ou non consentis, y compris la stérilisation forcée, qui reste une réalité dans certaines parties de l’Union²⁹;
- Q. considérant que la violence sexiste, sous toutes ses formes, constitue une violation grave des droits fondamentaux et un problème majeur de santé publique, qui a des répercussions profondes et durables sur la santé physique, mentale, sexuelle et génésique des femmes; qu’un certain nombre d’inégalités et de facteurs socio-économiques augmentent l’exposition des femmes à la violence sexiste; qu’une rémunération équitable et décente est indispensable à l’indépendance économique des femmes et leur permet d’échapper à des situations de violence domestique;
- R. considérant que les femmes sont davantage vulnérables sur le plan économique et que les métiers à prédominance féminine les exposent de façon disproportionnée à des contraintes physiques et psychosociales répétées, ce qui entraîne une détérioration prématurée de leur santé et une hausse des risques en matière de santé mentale; que les femmes représentent la majorité (78 %) des professionnels de santé dans l’Union³⁰; que la surreprésentation des femmes dans les emplois précaires, fragmentés ou à temps partiel limite leur accès significatif aux services de médecine du travail; que les normes de santé et de sécurité au travail ont historiquement été conçues en fonction de professions et de carrières à prédominance masculine;
- S. considérant que les substances chimiques nocives, dont les perturbateurs endocriniens, augmentent le risque de troubles de la reproduction en interférant avec les systèmes hormonaux masculins et féminins³¹ et contribuent à des répercussions considérables sur la santé;
- T. considérant que les inégalités de genre, notamment la répartition inégale des responsabilités familiales informelles et non rémunérées l’exposition disproportionnée à la violence sexiste, le fardeau de la douleur chronique et des affections sexospécifiques, ainsi que le statut socio-économique, contribuent à des taux plus élevés d’anxiété, de dépression et d’affections liées au stress chez les femmes; que les filles et les femmes sont exposées dès leur plus jeune âge à des pressions sociales, culturelles et commerciales persistantes liées aux normes de beauté, qui promeuvent des idéaux corporels irréalistes et affectent de manière disproportionnée leur estime de soi, leur santé mentale et leur bien-être; que les troubles alimentaires comptent parmi les affections psychiatriques les plus débilantes qui touchent les jeunes femmes, au moins une personne mourant des conséquences directes d’un trouble alimentaire toutes les

²⁹ Rapport du Forum européen des personnes handicapées, [Forced sterilisation of persons with disabilities in the EU](#), septembre 2022.

³⁰ Eurostat, «[Majority of health jobs held by women](#)», 8 mars 2021.

³¹ «[Endocrine-disrupting chemicals and reproductive health: With focus on the developmental window of susceptibility](#)», Institut national de l’alimentation, Université technique du Danemark, 2800 Kongens Lyngby.

62 minutes³²; que le trouble dysphorique prémenstruel touche au moins 1,6 % des femmes³³;

- U. considérant que le passage au numérique des soins de santé et l'utilisation croissante de l'intelligence artificielle (IA) risquent de renforcer les préjugés sexistes et raciaux existants; que ces préjugés, qui découlent d'ensembles de données non représentatifs, peuvent amener les outils d'IA à minimiser les symptômes médicaux des femmes; que les données ventilées par sexe et par genre devraient être utilisées pour entraîner l'IA dans le domaine de la santé, afin qu'elle soit capable de reconnaître des différences critiques entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la progression des maladies, les symptômes et le métabolisme des médicaments;
- V. considérant que les industries européennes de la santé ont besoin d'une réglementation favorable à l'innovation, d'une protection forte de la propriété intellectuelle et d'échanges commerciaux ouverts mais stratégiques afin d'être résilientes, compétitives et avantageuses pour les femmes, que ces dernières soient patientes ou travailleuses;
- W. considérant que, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les problèmes de santé mondiaux, notamment les maladies infectieuses, la résistance aux antimicrobiens et les menaces sanitaires liées au climat, ont des répercussions différentes sur les femmes et les filles; que les personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire sont confrontées à des inégalités de genre disproportionnées en matière de santé par rapport aux pays à revenu élevé pour ce qui est de la mortalité et de la morbidité grave, notamment dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation (SDSP);
- X. considérant que les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès dans l'Union, avec un taux de mortalité plus élevé chez les femmes que chez les hommes, malgré les idées fausses couramment véhiculées dans la société³⁴; que ces perceptions contribuent à des niveaux moindres de connaissance des risques chez les femmes et les professionnels de la santé, ainsi qu'à des taux de participation plus faibles aux dépistages cardiovasculaires; que les modèles d'évaluation des risques de maladies cardiovasculaires négligent fréquemment la plupart des facteurs biologiques, sociaux et psychosociaux sexospécifiques, tels que l'hypertension, le diabète, les antécédents gynécologiques, la ménopause précoce, la violence exercée par un partenaire intime, le statut socio-économique et le stress chronique, ce qui contribue à la vulnérabilité des femmes aux maladies cardiaques ischémiques ainsi qu'au retard de diagnostic et de traitement; que l'amélioration de la sensibilisation, de la formation et du diagnostic des symptômes cardiovasculaires sexospécifiques est essentielle pour garantir un traitement en temps utile, réduire les risques évitables pour la santé des femmes et renforcer l'efficacité des systèmes de prévention et de santé;

³² Institut européen pour la santé des femmes (IESF), [«Response to the EU Commissions Green Paper: “Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union”»](#).

³³ Reilly, T. J., Patel, S., Unachukwu, I. C., Know, C-L., Wilson C. A., e.a., [«The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis»](#).

³⁴ Eurostat, Statistics Explained, [«Cardiovascular diseases statistics»](#), données extraites en juillet 2025.

- Y. considérant que le cancer est la deuxième cause de décès dans l'Union et que le taux de mortalité des hommes est plus élevé que celui des femmes³⁵; qu'environ 12 millions de femmes européennes vivent avec un cancer et que plus de 1,2 million de femmes s'en voient diagnostiquer un dans l'Union chaque année, dont près de 600 000 perdent la vie; que l'objectif fixé par l'Union en 2022, qui consistait à proposer d'ici 2025 un dépistage du cancer à au moins 90 % des personnes pouvant en bénéficier, n'a pas été atteint de manière universelle dans l'ensemble de l'Union;
- Z. considérant que l'accès total, effectif et universel aux SDSP, y compris une éducation sexuelle et relationnelle complète, adaptée à l'âge et fondée sur des données scientifiques, une contraception abordable et de grande qualité, des soins en matière de fertilité et des services d'avortement sûrs et légaux, est un pilier fondamental de l'égalité de genre, de la justice sociale, de l'intégrité corporelle, de la protection de la vie privée et de l'autonomie personnelle, et qu'il est essentiel pour lutter contre la désinformation et la stigmatisation et pour garantir la dignité et la santé des femmes et des filles ainsi que leur participation sur un pied d'égalité à tous les domaines de la vie; qu'en dépit de certains progrès, dans la pratique, les services de santé en matière de sexualité et de procréation ainsi que l'accès aux informations connexes restent en partie indisponibles dans certains États membres; que l'absence de collecte systématique de données et l'insuffisance de données ventilées sur les SDSP rendent difficiles l'élaboration de politiques efficaces et la lutte contre les inégalités, en particulier concernant les femmes en situation de vulnérabilité;
- AA. considérant que plus de 20 millions de femmes³⁶ dans l'Union n'ont toujours pas accès à des services d'avortement sûrs et légaux, étant donné que plusieurs États membres maintiennent des obstacles réglementaires et procéduraux qui sont préjudiciables et discriminatoires; que l'initiative citoyenne européenne intitulée «My Voice, My Choice» constituait un appel direct de la part des citoyens de l'Union pour que cette dernière garantisse l'accès universel à des services d'avortement légaux et sans risque, tout en respectant la répartition des compétences prévue par les traités; que les besoins non satisfaits en matière de contraception compromettent l'autonomie corporelle et le développement durable à l'échelle mondiale, les grossesses non désirées représentant environ la moitié de toutes les grossesses dans le monde chaque année³⁷;
- AB. considérant que le Parlement a voté à plusieurs reprises en faveur du renforcement et de la protection du droit à l'avortement, notamment dans des textes relatifs à l'initiative citoyenne européenne «My Voice, My Choice», à la stratégie en faveur de l'égalité de genre 2026-2030 et à sa recommandation au Conseil concernant les priorités de l'Union européenne pour la 69^e session de la Commission de la condition de la femme des Nations unies;

³⁵ Eurostat, Statistics Explained, [«Cancer statistics»](#), données extraites en mars 2024.

³⁶ Ce chiffre s'appuie sur le nombre de femmes vivant en Pologne et à Malte, qui n'ont pas accès à l'avortement en raison de la législation restrictive de leur pays de résidence et des limitations imposées dans d'autres États membres.

³⁷ Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), [«Près d'une grossesse sur deux n'est pas intentionnelle: une vraie crise mondiale, selon le nouveau rapport de l'UNFPA»](#), 2022.

- AC. considérant que 14 % des personnes LGBTIQ+ déclarent avoir été victimes de discriminations dans le cadre de soins de santé; que de nombreux États membres n’offrent qu’un accès restreint et coûteux aux soins de santé liés à la transition;
- AD. considérant que les infections sexuellement transmissibles (IST) touchent les femmes de façon disproportionnée³⁸ et continuent de progresser dans l’Union, tandis qu’un manque de données et des obstacles importants aux mesures de prévention et au dépistage entravent les efforts déployés pour enrayer les épidémies de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis³⁹;
- AE. considérant que la précarité menstruelle – entendue comme un accès insuffisant aux produits et installations d’hygiène menstruelle – touche environ 10 % des femmes menstruées, en particulier les femmes à faible revenu, les réfugiées, les filles et les femmes en situation de handicap⁴⁰;
- AF. considérant que des soins de maternité insuffisamment financés et non conformes aux normes peuvent être déterminants dans la décision d’avoir des enfants; que la dépression du postpartum est un trouble de santé mentale qui, dans l’Union, touche 12 % des mères après l’accouchement;
- AG. considérant qu’au niveau mondial, une personne sur six est confrontée à l’infertilité⁴¹, ce qui représente quelque 25 millions de citoyens de l’Union, les femmes étant touchées de façon disproportionnée par la stigmatisation sociale⁴² et le fardeau physique du traitement; que le syndrome métabolique ovarien polyendocrinien est un trouble endocrinien commun qui toucherait 11 à 13 % des femmes dans le monde⁴³, dont 70 % ne sont pas diagnostiquées; que cette affection peut entraîner des douleurs aiguës, des saignements abondants et de la fatigue et qu’elle a des répercussions importantes sur la fertilité et la santé métabolique à long terme; qu’il n’existe actuellement aucun traitement approuvé qui s’attaque aux causes profondes de la maladie, en raison d’une compréhension limitée de ses mécanismes sous-jacents;
- AH. considérant que 85 % des femmes présentent des symptômes de ménopause; qu’on estime que 1,2 milliard femmes dans le monde seront ménopausées d’ici 2030⁴⁴; que les

³⁸ Van Gerwen, O.T., Muzny, C.A., et Marrazzo, J.M. (2022), «[Sexually transmitted infections and female reproductive health](#)», *Nature microbiology*, 7(8), p. 1116-1126.

³⁹ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), «[Monitoring of the responses to sexually transmitted infection epidemics in EU/EEA countries, 2024](#)», Stockholm, 2025.

⁴⁰ Briefing du Parlement européen, [Addressing menstrual poverty in the EU](#), Service de recherche pour les députés, Service de recherche du Parlement européen, 2025.

⁴¹ Organisation mondiale de la santé, [Fiche d’information sur l’infertilité](#), 2025.

⁴² Xie, Y., Ren, Y., Niu, C., Zheng, Y., Yu, P., et Li, L., «[The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review](#)», *Frontiers in Psychology*, 2023.

⁴³ Gao, X., Zhao, S., Du, Y., e.a. (2025), «[Data-driven subtypes of polycystic ovary syndrome and their association with clinical outcomes](#)», *Nature Medicine*, 31, p. 4214-4224.

⁴⁴ Davaki, K., étude demandée par la commission des droits des femmes et de l’égalité des genres du Parlement européen, [Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care](#), département thématique des citoyens, de l’égalité et de la culture, direction générale des droits des citoyens, de la justice et des affaires institutionnelles, Parlement européen, 2025, p. 86.

changements reproductifs et hormonaux tels que les menstruations, la grossesse et la ménopause ont un effet important sur le bien-être physique, mental et social des femmes tout au long de leur vie; que la ménopause et la périménopause ne sont pas suffisamment reconnues comme des problèmes sanitaires et sociaux majeurs, les symptômes associés étant largement ignorés, ce qui conduit à un accès inégal aux soins spécialisés et fondés sur des données probantes, à une disponibilité inégale des hormonothérapies et à des aménagements inappropriés sur le lieu de travail; que l'absence de prise en charge adéquate de la ménopause contribue à la stigmatisation, à la discrimination au travail et à la détérioration de la qualité de vie, avec des conséquences directes sur l'indépendance économique et la participation sociale;

- AI. considérant que l'endométriose est une maladie chronique qui touche 10 à 15 % des femmes en âge de procréer⁴⁵ et qui peut provoquer des symptômes tels que des douleurs intenses, de la fatigue et des saignements abondants; que l'on estime à 30 milliards d'euros le coût des congés de maladie qui en découlent dans l'Union;
- AJ. considérant que, malgré sa prévalence, l'endométriose est diagnostiquée au bout de 6 à 10 ans en moyenne, ce qui entraîne une souffrance prolongée, une diminution de la qualité de vie et une hausse des coûts socio-économiques, notamment une perte de productivité et une pression accrue sur les systèmes de santé; qu'un diagnostic précoce et un traitement approprié peuvent améliorer considérablement les résultats en matière de santé; que le retard de diagnostic de l'endométriose est structurel et reflète les inégalités de genre et préjugés qui existent dans les soins de santé;
- AK. considérant que les maladies métaboliques telles que le diabète sont diagnostiquées environ quatre ans et demi plus tard chez les femmes que chez les hommes et que ces dernières connaissent une issue à long terme significativement plus défavorable, notamment un risque de mortalité dû aux maladies cardiovasculaires 30 % plus élevé; que les femmes présentant un diabète de type 1 sont quatre fois plus susceptibles de développer une prééclampsie et que les femmes présentant un diabète gestationnel ont une forte probabilité de développer un diabète de type 2 dans les cinq ans suivant l'accouchement; que les enfants nés de mères souffrant de diabète gestationnel sont jusqu'à six fois plus susceptibles de développer un diabète de type 2 et une obésité infantile que ceux nés de mères n'en souffrant pas;
- AL. qu'il est encore fréquent que l'ostéoporose, les maladies auto-immunes et les troubles musculo-squelettiques, tels que la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, l'ostéoarthrite, la goutte et les douleurs dorsales, soient minimisés dans la pratique clinique, sous-financés et insuffisamment étudiés⁴⁶;
- AM. considérant que, dans l'Union européenne, les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais passent une plus grande partie de ces années supplémentaires en mauvaise santé, une différence appelée «écart d'espérance de vie en bonne santé»; que

⁴⁵ Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. e. a., «[Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis](#)», Scientific Reports, vol. 11, n° 20404, 2021; Eder, C. et Roomaney R., «[Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis](#)», International Journal of Transgender Health, vol. 25, n° 4, 2024, p. 911-925.

⁴⁶ Woolf, A. D., et Pflieger, B., «[Burden of major musculoskeletal conditions](#)», Bulletin of the World Health Organization, vol. 81(9), 2003, p. 646-656.

les femmes âgées représentent la majorité des résidents des établissements de soins de longue durée, nombre d'entre elles souffrant de troubles de la mémoire et disposant souvent d'un accès insuffisant au traitement des symptômes et des maladies chroniques, ce qui a des répercussions excessives sur leur santé et leur bien-être globaux;

Considérations générales

1. souligne que la politique de santé, la recherche médicale et la pratique clinique doivent reposer sur de solides preuves scientifiques, des faits biologiques objectifs en ce qui concerne les femmes et les hommes, et les normes les plus élevées en matière d'expertise médicale;
2. souligne que les inégalités de genre dans le domaine de la santé prennent de multiples formes et constituent une violation des droits fondamentaux et que les inégalités résultent de décennies de recherche médicale fondée et centrée sur l'anatomie masculine, qui ont à leur tour façonné l'ensemble du cycle des soins, du diagnostic au traitement; souligne que la reconnaissance de ce déséquilibre offre l'occasion de repenser les cadres de recherche, les lignes directrices cliniques et la prestation des soins; fait observer que ces inégalités concernent les maladies chroniques tant mortelles que non mortelles et qu'elles ont d'importantes répercussions sur le bien-être physique, mental et social des femmes et des personnes de diverses identités de genre en particulier; souligne que l'égalité de genre dans la politique de santé est un prérequis à l'égalité des chances, à la participation économique et à la cohésion sociale et que sa réalisation devrait se dérouler de sorte à renforcer l'autonomie des femmes tout en préservant la responsabilité individuelle et la liberté de choix;
3. signale que la santé est une préoccupation commune à l'ensemble de l'Union et que le plein respect du principe de subsidiarité et de la responsabilité des États membres en ce qui concerne l'organisation de leurs systèmes de santé ne devrait pas empêcher une action coordonnée; fait remarquer que l'action coordonnée de l'Union renforce la résilience, assure la continuité des soins en cas de crise, réduit les inégalités entre les États membres et garantit que les droits des citoyens en matière de santé sont effectivement protégés; souligne que les femmes représentent un peu plus de la moitié de la population dans l'Union et la majorité du personnel de santé et de soins, et que la coopération au niveau de l'Union est essentielle pour garantir un accès équitable à des services de santé tenant compte de la dimension de genre, y compris des services de santé en matière de sexualité et de procréation, des soins de maternité, ainsi que la prévention et le traitement des affections prévalentes chez les femmes; appelle à un recours plus efficace à la coopération transfrontière afin d'apporter une valeur ajoutée évidente, telle que l'accès à des soins spécialisés et à une expertise concernant les maladies rares;
4. souligne que les inégalités en matière de soins de santé sont aggravées par des inégalités intersectionnelles et par des discriminations, y compris celles liées au genre, à l'âge, au statut socio-économique, au handicap, à la race ou à la situation géographique, ainsi que celles auxquelles sont confrontées les personnes issues de minorités ethniques, les réfugiés, les migrants et les communautés LGBTQI+, les survivantes de violences sexistes et les femmes privées de leur liberté; souligne que la précarité en matière d'emploi, de logement et de revenus, ainsi que les responsabilités familiales non rémunérées, aggravent les inégalités de genre en matière de santé et limitent l'accès à des soins rapides, de qualité et abordables; fait observer que les inégalités sont également manifestes en ce qui concerne les affections sexospécifiques, étant donné que

la recherche sur ces affections a souvent été dévalorisée et sous-financée; constate que la stigmatisation, la visibilité des symptômes et les perceptions culturelles de la maladie peuvent encore multiplier les obstacles à un diagnostic et à des soins en temps utile pour les femmes;

5. déplore que l'accès universel aux services de santé dans toute l'Union ne soit pas encore une réalité; souligne, en particulier, la nécessité d'une approche intersectionnelle afin d'éliminer les obstacles auxquels sont confrontées les femmes et les filles vulnérables en matière d'accès aux services de santé, notamment les femmes en situation de handicap, issues de milieux défavorisés ou vivant dans des institutions; invite la Commission et les États membres à favoriser une meilleure harmonisation de l'accès aux soins de santé dans les différents États membres, dans le plein respect des compétences de ces derniers, et à garantir des soins de santé abordables et de qualité pour chacun; souligne que l'accès aux soins de santé ne devrait jamais être entravé par l'ignorance, les préjugés ni la stigmatisation; appelle de ses vœux des mesures ciblées afin de garantir des soins de santé accessibles, inclusifs, attentifs au genre et respectueux de la culture et signale qu'il est nécessaire de lever ces obstacles qui empêchent le diagnostic et le traitement en temps utile;
6. invite la Commission et les États membres à lutter contre les disparités géographiques d'accès aux soins de santé, lesquelles touchent particulièrement les femmes des zones rurales et isolées et des régions insulaires et ultrapériphériques, grâce à des mécanismes de coordination, de financement et de partage des connaissances à l'échelle de l'Union; invite instamment la Commission et les États membres à éliminer les obstacles liés au transport qui entravent l'accès aux soins de santé en intégrant une perspective de genre à la planification des infrastructures de santé, notamment en mettant en place des unités de soins mobiles, des solutions de télémédecine et des liaisons de transport en commun accessibles vers les établissements de santé;
7. invite les décideurs politiques et les professionnels de la santé à lutter contre les inégalités, conformément au principe de subsidiarité, et à corriger les disparités à l'aide d'objectifs mesurables assortis d'une obligation de rendre des comptes, à mesure que de nouveaux traitements et procédures innovants sont mis au point; demande l'intégration d'une perspective tenant compte du sexe et du genre dans l'ensemble de la législation et des initiatives de l'Union en matière de santé; souligne l'importance de politiques de santé efficaces, fondées sur des données scientifiques et favorables à l'innovation, qui tiennent compte des différences biologiques et sociales entre les femmes et les hommes et qui luttent contre les disparités en la matière; rappelle que les modèles de recherche et d'innovation dans le secteur de la santé devraient donner lieu à des évolutions conformes à l'intérêt public;
8. encourage la Commission à inclure, dans le cadre d'une stratégie globale de l'Union en faveur de la santé des femmes, des objectifs clairs, publics, mesurables et assortis d'une obligation de rendre des comptes, afin de lutter contre les inégalités en matière de santé dans les instruments de financement et la politique de l'Union, tout en veillant à ce que les États membres conservent la marge de manœuvre nécessaire pour adapter la mise en œuvre aux contextes nationaux, ainsi qu'à mettre en œuvre un système de suivi transparent pour ces objectifs, notamment en ce qui concerne les affections sexospécifiques, assortis d'indicateurs comparables et d'actions de suivi lorsque les objectifs ne sont pas atteints, y compris une réévaluation des priorités de financement afin de garantir qu'il est remédié de la façon la plus efficace possible aux inégalités en matière de santé;

9. insiste sur l'importance de garantir aux femmes enceintes des soins de santé maternelle de haute qualité;
10. invite la Commission et les États membres à renforcer l'autodidaxie en matière de santé en finançant des campagnes de sensibilisation et de communication ciblées et fondées sur des données probantes afin de garantir que les femmes et les membres d'autres groupes vulnérables peuvent prendre des décisions éclairées concernant leur santé; souligne qu'il est important que les femmes et les filles, ainsi que les garçons et les hommes, disposent, en matière de santé, d'informations fiables, fondées sur des données scientifiques et adaptées à l'âge tout au long de la vie et qu'ils reçoivent une éducation en matière de SDSP qui traite de la fertilité, la grossesse, la contraception, la santé maternelle et les soins postnataux, le consentement, la vie privée, l'intégrité corporelle, l'autonomie personnelle, le respect et la prévention de la violence sexiste; demande à la Commission de formuler des recommandations aux États membres pour ce qui est de dispenser une éducation complète à la sexualité qui soit conforme aux normes de l'UNESCO;
11. appelle à renforcer la collaboration avec les prestataires de soins, les organisations de la société civile et les plateformes numériques en vue de détecter la diffusion des arnaques en ligne, des faux «remèdes miracles», de la mésinformation et de la stigmatisation en matière de santé ainsi que l'influence croissante des mouvements hostiles à la notion de genre dans l'Union – définis comme des mouvements visant à porter atteinte à la valeur démocratique fondamentale qu'est l'égalité de genre et aux droits des personnes LGBTIQ+, ainsi qu'à restreindre l'accès aux services relatifs aux SDSP et l'espace dévolu à la société civile –, d'enquêter sur ces problèmes et de lutter contre; souligne que les outils algorithmiques utilisés pour restreindre les contenus «inappropriés» doivent être conçus de manière à ne pas considérer les sujets liés à la santé des femmes (tels que les menstruations, la ménopause, la fertilité et la santé en matière de procréation) comme des contenus à caractère sexuel ou réservés aux adultes, cette catégorisation en limitant la visibilité;

Recherche, y compris les essais cliniques

12. se déclare préoccupé par le fait que, malgré les améliorations apportées à l'inclusivité dans les essais cliniques, la représentation des femmes et des personnes de diverses identités de genre reste moindre que celle des hommes et devrait être renforcée par la publication de rapports ventilés par sexe; souligne qu'il n'existe pas d'exigences en matière d'inclusivité au cours de la phase préclinique et que la majorité des essais sur les animaux sont toujours menés sur des mâles uniquement⁴⁷; signale qu'il est nécessaire que les essais cliniques tiennent compte des divergences de résultats liées aux fluctuations hormonales et aux différentes étapes de la vie; reconnaît que les femmes enceintes sont souvent exclues des essais cliniques; invite la Commission à introduire des exigences relatives à la prise en compte de la dimension de sexe dans la conception de la recherche tout au long du cycle de recherche, y compris lors de la phase préclinique et des essais sur les animaux, afin de remédier au déséquilibre persistant en matière de participation aux essais cliniques;

⁴⁷ Galea, L.A., et Parekh, R.S., «[Ending the neglect of women's health in research](#)», BMJ, vol. 381.

13. précise que, dans le contexte spécifique des essais sur les animaux, la recherche devrait être conçue de manière à mieux prendre en compte le sexe biologique et l'étude des différences biologiques en fonction du sexe;
14. se félicite de l'intention de l'EMA d'adopter de nouvelles lignes directrices sur l'inclusion des personnes enceintes et allaitantes aux essais cliniques, sans mettre en péril la sécurité de la personne enceinte ni de l'enfant; prie instamment l'EMA d'adopter des lignes directrices similaires afin d'améliorer l'inclusion d'autres communautés vulnérables et sous-représentées, telles que les femmes âgées et les personnes intersexes et de diverses identités de genre, ainsi que les minorités ethniques et les communautés marginalisées;
15. demande instamment à l'EMA de veiller à ce que l'évaluation et l'autorisation des médicaments génériques et des innovations biopharmaceutiques tiennent dûment compte des différences propres au sexe et au genre tout au long du cycle de vie d'un produit, depuis les premiers stades de la recherche jusqu'à la validation clinique, afin de garantir les mêmes niveaux de sécurité et d'efficacité pour tous les patients;
16. souligne que le manque de compréhension des différences liées au sexe et au genre en matière de santé est exacerbé par le fait que les données issues de la recherche sont rarement ventilées par sexe et par genre; invite la Commission à promouvoir la collecte et la communication de données ventilées par sexe et par genre dans tous les projets financés par l'Union afin de garantir la responsabilité et l'utilisation efficace des ressources publiques; constate que l'IA pourrait être utilisée pour repérer les préjugés sexistes dans les recherches existantes ou passées afin d'éviter de devoir reproduire celles-ci; prévient toutefois que l'utilisation de l'IA doit être étroitement surveillée pour s'assurer qu'elle n'impose pas de biais;
17. souligne que l'absence de collecte systématique de données ventilées compromet l'élaboration de politiques efficaces et fondées sur des données scientifiques, notamment en ce qui concerne la santé en matière de sexualité et de procréation, et qu'une approche axée sur l'exposome est nécessaire dans la recherche; appelle de ses vœux une amélioration de la collecte, de l'harmonisation et de l'utilisation de données ventilées par sexe et par genre, ainsi que de données intersectionnelles, dans tous les domaines de la politique, de la recherche et de l'innovation en matière de santé, ainsi que dans les projets pilotes dans l'ensemble de l'Union; invite la Commission et les États membres à veiller à ce que la mise en œuvre de l'espace européen des données de santé intègre une forte perspective de genre;
18. salue le travail de l'EIGE en vue du renforcement des éléments probants sur la santé des femmes, notamment en intégrant à l'indice d'égalité de genre des indicateurs liés à la santé; souligne que les recherches de l'EIGE apportent une valeur ajoutée européenne évidente en améliorant la comparabilité des données, en soutenant l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et en favorisant des politiques européennes et nationales plus ciblées, efficaces et proportionnées;

Diagnostics et traitement

19. souligne qu'en raison d'un sous-financement systémique et d'un manque de recherche, les méthodes de diagnostic et les traitements restent centrés sur les normes masculines, ce qui peut conduire à des traitements d'une qualité moindre et plus risqués pour les femmes et les personnes transgenres et de diverses identités de genre, notamment à

cause du manque de soins de santé nécessaires, complets et fondés sur des données probantes et scientifiques, ainsi que du mépris de la douleur et des symptômes, ce qui peut mener à des retards de diagnostic chez les femmes et les personnes transgenres et intersexuées;

20. demande instamment au corps médical d'appliquer au traitement une approche de médecine de précision, en complément de toute mesure prise pour réduire les inégalités et accroître les investissements dans la recherche médicale; invite les États membres à mettre en place des programmes pilotes sur les soins de santé tenant compte de la dimension de genre, notamment dans les domaines où les programmes sont inexistantes ou très insuffisants, tels que la santé menstruelle, périménopausique, cardiovasculaire et mentale; souligne que la crainte d'idées fausses, d'une interprétation erronée des symptômes, d'un jugement ou d'une stigmatisation peut décourager les femmes de consulter un médecin en temps utile, ce qui entraîne des complications évitables et de moins bons résultats à long terme; demande que des mesures soient prises pour rectifier les perceptions erronées au sein du corps médical et pour lutter contre les idées fausses de la population; demande une collaboration pluridisciplinaire dans le domaine de la santé des femmes pour mieux comprendre les problèmes de santé liés au genre et les écarts de traitement correspondants;
21. souligne que les professionnels de la santé doivent agir de manière non discriminatoire; prie instamment les États membres, en étroite coopération avec le corps médical et les établissements d'enseignement, d'intégrer dans leurs programmes d'études médicales, infirmières et obstétriques une formation aux soins de santé tenant compte de la dimension de genre, intersectionnels et axés sur les patients, afin de veiller à ce que les professionnels de la santé soient formés à reconnaître les besoins spécifiques des femmes et des filles et à y répondre, notamment par des formations sur les préjugés liés au genre, la gestion de la douleur, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, la prévention de la discrimination, les affections à forte prévalence chez les femmes, la manière dont les symptômes et les besoins thérapeutiques peuvent évoluer au cours des différentes étapes de la vie hormonale et la reconnaissance plus large des symptômes sexospécifiques; précise que ces formations devraient aussi porter sur la sensibilité culturelle et au genre; souligne que l'élaboration de mesures pour que les processus de diagnostic et de traitement soient plus sensibles à la dimension de genre et en tiennent mieux compte doit prendre pleinement en considération les expériences réelles des patients;
22. invite la Commission à encourager l'échange de bonnes pratiques et de connaissances sur la manière dont le personnel de santé peut être mieux formé et plus attentif aux soins de santé sensibles au sexe et à la dimension de genre; appelle à la création d'un réseau européen de référence sur la santé des femmes, sur le modèle des réseaux de ce type qui existent déjà pour les maladies rares, afin de renforcer la collaboration en matière de recherche, d'améliorer la pratique clinique et de s'assurer que les besoins spécifiques des femmes en matière de santé sont systématiquement pris en compte dans l'ensemble de l'Union;
23. invite la Commission et les États membres à veiller à ce que les systèmes de santé disposent des moyens pour prévenir et reconnaître la violence sexiste et y réagir, ainsi que pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et des filles qui se trouvent dans des situations vulnérables, notamment par des approches de soins sensibles à la dimension de genre, centrées sur la patiente et tenant compte des traumatismes, et par un accès à la contraception d'urgence; invite les États membres à établir des passerelles

claires entre les services de santé, les services sociaux et les services d'aide spécialisés pour les personnes victimes ou rescapées de violences sexistes, conformément à la directive (UE) 2024/1385 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique⁴⁸ et à la révision de la directive 2012/29/UE établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité⁴⁹;

24. souligne que les pratiques préjudiciables telles que les mutilations génitales féminines, l'avortement forcé, la stérilisation forcée, le refus de soins d'avortement, les mutilations génitales intersexuées, les violences obstétricales et gynécologiques, ainsi que les mauvaises pratiques en milieu médical sont des formes de violence sexiste; est préoccupé par les traitements médicalement inutiles, souvent effectués sans consentement éclairé, qui touchent particulièrement les femmes intersexuées, ainsi que par les interventions médicales coercitives telles que la stérilisation forcée, qui restent une réalité pour les femmes en situation de handicap dans l'Union⁵⁰; déplore le fait qu'en dépit de son engagement dans le cadre de la stratégie en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes 2020-2025, la Commission n'ait pas publié sa recommandation sur la prévention des pratiques préjudiciables à l'égard des femmes et des filles; presse la Commission de le faire rapidement; souligne que cette recommandation doit compléter la directive (UE) 2024/1385; appelle de ses vœux la mise en place, à cet égard, de mécanismes de plainte indépendants, de mécanismes de signalement et de responsabilité, ainsi que de systèmes de collecte de données;
25. invite la Commission et les États membres à reconnaître, à prévenir et à faire cesser les violences gynécologiques et obstétricales, y compris les procédures médicales non consenties, abusives ou coercitives, la violence verbale, la discrimination, les traitements négligents qui, par exemple, sont administrés tardivement ou ignorent les préoccupations des femmes en matière de santé génésique, et les violations de l'autonomie corporelle dans le cadre des soins gynécologiques et obstétricaux, en tant que formes de violence sexiste et déni des droits des femmes; note que parmi les exemples de violences gynécologiques figurent les incisions périnéales ou épisiotomies pratiquées pendant l'accouchement sans consentement explicite ou éclairé, et le rejet systématique des douleurs ou symptômes signalés par les femmes dans le domaine de la santé génésique; constate les graves conséquences que ces violences peuvent avoir sur la santé physique, mentale et sociale des femmes et des personnes intersexuées; déplore le fait que, malgré la littérature publiée récemment dans l'Union sur l'existence et l'ampleur de la violence dans les milieux gynécologiques et obstétriques, la Commission n'ait pas reconnu explicitement les violences obstétricales et gynécologiques comme une forme de violence sexiste; invite instamment la Commission à mettre au point des définitions juridiques claires et des stratégies de

⁴⁸ Directive (UE) 2024/1385 du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2024 sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (JO L, 2024/1385, 24.5.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2024/1385/oj>).

⁴⁹ Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil (JO L 315 du 14.11.2012, p. 57, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2012/29/oj>).

⁵⁰ «Forced sterilisation of persons with disabilities in the EU», rapport du Forum européen des personnes handicapées, septembre 2022.

prévention à cet égard; demande aux États membres de reconnaître explicitement et de combattre toutes les formes de violences obstétricales et gynécologiques;

26. invite la Commission et les États membres à promouvoir des soins de santé maternelle respectueux et à mettre en place, en ce qui concerne les violences obstétricales, des mécanismes de plainte, une collecte des données et des formations destinées aux professionnels de la santé;
27. demande une formation obligatoire pour les professionnels de la santé, les services d'intervention d'urgence et les autorités répressives sur les façons de détecter les cas de violence sexiste, y compris les mutilations génitales féminines, d'y répondre et de les documenter, d'une manière qui tienne compte du sexe et de la dimension de genre et qui soit centrée sur la victime;
28. souligne que les politiques de santé axées sur la prévention profitent particulièrement aux femmes, en réduisant les coûts de santé à long terme et en permettant une plus grande participation au marché du travail; invite la Commission et les États membres à fixer des objectifs ambitieux en matière de dépistage du cancer et d'autres maladies d'importance, telles que l'ostéoporose et les maladies cardiovasculaires; prie instamment les États membres de reconnaître les avantages des médicaments prophylactiques et d'en tirer pleinement parti, mais souligne qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les prophylactiques sans lactose; attire particulièrement l'attention sur le fait qu'il faut mettre en place des programmes de détection précoce et de dépistage préventif pour les femmes en situation de handicap, afin d'éviter toute complication de santé supplémentaire;
29. souligne que l'écart subsiste entre les femmes et les hommes en matière de prise en charge des responsabilités familiales, c'est-à-dire que les femmes effectuent de manière disproportionnée des activités de soin à autrui formelles et informelles, ce qui les expose davantage à une série de problèmes de santé, y compris des problèmes de santé mentale; insiste sur le fait qu'il importe de promouvoir une répartition juste et équitable des responsabilités familiales; souligne que les aidants informels devraient bénéficier d'un soutien accru, notamment d'un soutien financier, psychologique et entre pairs, ainsi que de formules de travail flexibles et de congés de proche aidant;
30. signale que les efforts déployés par l'Union pour se prémunir contre les pénuries et les ruptures d'approvisionnement ne donnent pas suffisamment la priorité aux médicaments destinés à la santé des femmes, malgré les pénuries régulières de médicaments abortifs et de contraceptifs, entre autres, dans les États membres; invite le Conseil à s'aligner sur la proposition du Parlement visant à reconnaître les médicaments abortifs et contraceptifs comme des médicaments d'intérêt commun dans le règlement sur les médicaments critiques; invite le Conseil à envisager d'inscrire ces médicaments dans la liste de l'UE des médicaments critiques lors de la prochaine révision de celle-ci; demande que le futur règlement sur les médicaments critiques intègre une approche sensible à la dimension de genre, en veillant à ce que l'identification et la hiérarchisation des médicaments critiques tiennent compte des besoins spécifiques des femmes dans toute leur diversité en matière de soins de santé;
31. invite la Commission et les États membres à renforcer les mesures visant à protéger les femmes et les filles contre l'exposition à des produits chimiques nocifs, en reconnaissant que les femmes sont touchées de manière disproportionnée en raison de facteurs biologiques, sociaux et professionnels; indique que les substances chimiques

contenues dans les produits de tous les jours, y compris les cosmétiques, les produits menstruels et les articles ménagers, peuvent perturber les systèmes hormonaux, augmenter les risques de maladies telles que le cancer du sein et l'endométriose ainsi que les risques de problèmes de fertilité, et nuire au développement du fœtus pendant la grossesse;

Santé mentale

32. prie instamment la Commission de prendre en considération la santé mentale et les difficultés liées au genre dans ce domaine dans toutes les mesures relatives aux soins de santé; souligne qu'en raison de facteurs biologiques et sociaux, notamment les écarts de rémunération, de retraite et en matière de prise en charge des responsabilités familiales entre les femmes et les hommes, les femmes sont plus susceptibles de développer certains troubles mentaux, tels qu'une dépression, de l'anxiété, un trouble de stress post-traumatique et des troubles de l'alimentation, et qu'elles font état de taux de dépression et de détresse psychologique plus élevés que les hommes; met en évidence le lien étroit qui existe entre les problèmes de santé physique et les problèmes de santé mentale chez les femmes; relève que les maladies chroniques, récurrentes ou visibles sont stigmatisées et souvent associées à l'anxiété, à la dépression et au repli sur soi;
33. souligne qu'il est nécessaire d'adopter des approches de soins intégrées qui traitent à la fois les symptômes physiques et le bien-être mental, ainsi que d'intégrer les soins de santé mentale dans le diagnostic et le traitement des affections sexospécifiques, y compris dans les soins de santé maternelle et postnatals; souligne qu'il est nécessaire de mener des recherches sur les résultats des différents modèles de congé parental en matière de santé mentale; demande que des mesures proportionnées et fondées sur des données probantes soient prises au niveau de l'Union pour compléter les stratégies nationales, notamment en garantissant l'accès à des soins psychologiques, psychiatriques et nutritionnels appropriés, ainsi qu'en améliorant l'accès des filles et des jeunes femmes aux services de santé mentale; invite la Commission à tenir compte de la dimension de genre dans la mise en œuvre des initiatives présentées dans sa communication du 7 juin 2023 sur une approche globale en matière de santé mentale⁵¹;
34. souligne qu'il est nécessaire de s'attaquer aux pressions sociales et commerciales fondées sur le genre qui ont une incidence négative sur l'image corporelle et la santé des filles et des femmes; s'inquiète de l'influence croissante des médias sociaux sur la manière dont la santé des femmes est considérée; invite la Commission et les États membres à promouvoir des stratégies de prévention, notamment des campagnes de sensibilisation, y compris dans les établissements scolaires, en vue de prévenir les troubles de l'alimentation et de promouvoir une image corporelle saine, l'estime de soi et des choix de santé éclairés;

Santé numérique, dispositifs médicaux, données et intelligence artificielle

35. souligne que les dispositifs médicaux jouent un rôle de plus en plus central dans la gestion et le suivi des maladies; met en exergue qu'une prise en considération insuffisante des différences physiologiques entre les sexes dans la conception, l'essai et la validation des dispositifs médicaux, y compris ceux utilisés dans le domaine du sport, peut entraîner des différences de performance, de précision et d'expérience des utilisateurs; rappelle que le développement des dispositifs médicaux sportifs se fonde

⁵¹ COM(2023)0298.

encore sur des paramètres anthropométriques et biomécaniques masculins, ce qui nuit à l'efficacité et à la sécurité de ces dispositifs lorsqu'ils sont utilisés par des femmes;

36. plaide pour l'intégration systématique d'analyses fondées sur le sexe et le genre lors des essais, de l'autorisation et du suivi des technologies numériques de santé, y compris les outils de diagnostic fondés sur l'IA et les systèmes d'apprentissage automatique, en ayant recours à des données ventilées par sexe et en faisant participer les femmes de manière constructive à l'ensemble du processus; souligne que les technologies numériques de santé doivent être développées et déployées en tenant compte des besoins médicaux sexospécifiques, afin d'éviter de reproduire ou d'accroître les préjugés sexistes et fondés sur le genre existants;

Santé mondiale

37. reconnaît l'engagement de l'Union à faire progresser l'égalité de genre au niveau mondial, notamment au moyen de la stratégie de l'Union en matière de santé mondiale; déplore que le plan de prévention, de préparation et de réaction de l'Union aux crises sanitaires ne prenne pas suffisamment en compte les aspects sexospécifiques de la préparation et de la réaction; invite la Commission et les États membres à intégrer une approche intersectionnelle et tenant compte du sexe et de la dimension de genre dans toutes les politiques liées à la santé publique et à la préparation et à la réaction aux crises;
38. demande à la Commission et aux États membres de donner la priorité à l'accès à des services en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène qui soient inclusifs et tiennent compte de la dimension de genre, en tant que composante essentielle de la santé des femmes dans le cadre de la stratégie de l'Union en matière de santé mondiale; souligne qu'une amélioration des services en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé est essentielle pour réduire la mortalité maternelle et néonatale évitable, et pour garantir des accouchements sans risque et la gestion de l'hygiène menstruelle;

Affections sexospécifiques

39. se déclare préoccupé par le fait que, bien que les maladies cardiovasculaires et cardiaques soient l'une des principales causes de décès chez les femmes, celles-ci sont deux fois plus susceptibles de faire l'objet d'un mauvais diagnostic, en partie parce que les symptômes des femmes se présentent différemment de ceux des hommes⁵²; souligne que les facteurs de risque biologiques, sociaux et psychosociaux spécifiques au genre jouent un rôle dans le développement des maladies cardiovasculaires et cardiaques chez les femmes; fait observer qu'un diagnostic tardif retarde l'accès à des soins appropriés en temps utile, ce qui augmente encore le risque de complications cardiovasculaires; souligne que les femmes atteintes de diabète et d'autres maladies métaboliques sont, en moyenne, diagnostiquées jusqu'à 4,5 ans plus tard que les hommes et qu'elles sont confrontées à un risque de mortalité cardiovasculaire supérieur d'environ 30 %; soutient un cadre de l'Union solide pour la lutte contre les maladies majeures, y compris les maladies cardiovasculaires, garantissant aux femmes un accès égal aux soins préventifs, au diagnostic précoce, au traitement et à l'accompagnement après la maladie;

⁵² Roche Diagnostics Limited, «Heart failure: The hidden costs of late diagnosis», août 2020.

40. se félicite de l'engagement pris par la Commission, dans sa communication de décembre 2025 sur le plan pour la santé cardiovasculaire, d'investir dans la recherche afin de mieux comprendre les mécanismes des maladies cardiovasculaires spécifiques au sexe et/ou au genre; plaide pour que le plan pour la santé cardiovasculaire comporte une démarche sensible à la dimension de genre dans les soins cardiovasculaires, notamment en ce qui concerne le dépistage, les campagnes de prévention, la collecte de données, les critères de diagnostic et les lignes directrices cliniques afin d'améliorer la détection précoce, d'assurer des soins équitables et de réduire la mortalité évitable chez les femmes; demande à la Commission et aux États membres d'entreprendre des campagnes de sensibilisation, de dissiper l'idée fausse selon laquelle les maladies cardiovasculaires touchent principalement les hommes, et de promouvoir des mesures préventives;
41. souligne que le cancer est la deuxième cause de décès dans l'Union et qu'il touche en moyenne plus d'hommes que de femmes; constate que certains cancers se manifestent différemment chez les hommes et chez les femmes, et que certains cancers sont spécifiques à un sexe ou plus fréquents chez l'un ou l'autre; s'inquiète du fait qu'en moyenne, le cancer est diagnostiqué 2,5 ans plus tard chez les femmes que chez les hommes⁵³; souligne qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches sur l'incidence des facteurs liés au sexe ou au genre sur l'apparition du cancer, ainsi que sur la manière dont celui-ci se manifeste et réagit aux traitements existants;
42. signale que les femmes homosexuelles sont statistiquement moins susceptibles d'accéder aux dépistages de routine, souvent en raison d'idées fausses ou d'expériences négatives antérieures avec les prestataires de soins⁵⁴; souligne que des informations adaptées sont nécessaires pour lutter contre les idées fausses et veiller à ce que les femmes homosexuelles et les personnes transgenres et de diverses identités de genre bénéficient des dépistages et des soins préventifs appropriés, et, en ce qui concerne les personnes transgenres, de traitements tenant compte de la dimension de genre; insiste sur le fait que l'accès aux soins de santé, y compris aux soins préventifs, devrait être fondé sur les besoins en matière de santé; invite la Commission et les États membres à veiller à ce que la mise en œuvre du plan européen pour vaincre le cancer intègre une forte perspective de genre; salue l'intention de la Commission de publier des orientations destinées aux entreprises financières pour que celles-ci assurent aux patients atteints d'un cancer un accès équitable aux services financiers, mais insiste sur la nécessité d'instaurer à l'échelle de l'Union un droit à l'oubli pour les patients ayant guéri d'un cancer, afin d'éviter toute discrimination supplémentaire dans l'accès aux services financiers tels que l'assurance et les prêts;
43. souligne que de nombreux cas de cancer peuvent être évités grâce à des changements de comportement et d'environnement ainsi qu'à des mesures d'intervention précoce permettant de détecter et de prévenir les changements précancéreux; insiste sur le fait que l'investissement dans des mesures préventives devrait être une priorité de l'Union; invite la Commission et les États membres à s'efforcer de réaliser des objectifs ambitieux en matière d'égalité d'accès à des programmes de grande qualité, financés par des fonds publics, de dépistage du cancer dans tous les pays de l'Union,

⁵³ Westergaard, D., Moseley, P., Sørup, F.K.H., Baldi, P. et Brunak, S., «Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women», *Nature Communications*, vol. 10, février 2019.

⁵⁴ Tracy, J.K., Lydecker, A.D., et Ireland, L., «Barriers to Cervical Cancer Screening Among Lesbians», *Journal of Women's Health*, vol. 19, février 2010.

indépendamment du lieu de résidence ou du statut socio-économique; souligne l'importance de programmes complets et sensibles à la dimension de genre de dépistage et/ou de vaccination pour le cancer du sein, les cancers provoqués par le papillomavirus humain (HPV), le cancer de la prostate, le cancer colorectal, le cancer de la peau et le cancer du poumon, qui restent parmi les cancers les plus fréquents et les plus faciles à prévenir en Europe, ainsi que pour l'hépatite B; demande que des mesures soient prises pour lutter contre la désinformation sur les effets secondaires des vaccins; encourage la poursuite des investissements dans des outils de diagnostic innovants tels que les tests de biomarqueurs et invite la Commission à supprimer les obstacles pour permettre une utilisation généralisée de ces outils, lorsque cela est nécessaire, et y assurer un accès équitable;

44. souligne que les SDSP sont des droits humains fondamentaux, qu'il s'agit d'un aspect essentiel des politiques de santé des femmes et de santé publique, et qu'il est indispensable, aux fins de l'égalité de genre, d'assurer un accès universel à des soins complets de santé sexuelle et génésique; souligne qu'il est nécessaire de prendre des mesures concrètes relatives aux SDSP pour avancer dans la réalisation de la vision exposée dans la feuille de route de la Commission pour les droits des femmes à l'horizon 2025, ainsi que pour se conformer aux normes internationales en matière de droits de l'homme et de santé publique établies par l'OMS et l'Unesco; invite la Commission à prendre des mesures pour faire progresser l'ensemble des aspects des SDSP dans tous les domaines d'action et instruments de financement de l'Union pertinents, notamment le Fonds européen pour la compétitivité proposé;
45. salue la stratégie en faveur de l'égalité de genre 2026-2030 présentée par la Commission, ainsi que son engagement à soutenir les mesures prises par les États membres concernant les SDSP en recensant les pratiques et les cadres internationaux, en élaborant un cadre et une méthodologie de l'Union pour la collecte systématique de données afin d'améliorer la base factuelle des SDSP et en améliorant l'accès à la contraception; met en avant le lancement prochain, en 2026, de l'initiative «santé en matière de sexualité et de procréation dans des situations d'urgence et vie digne» (SHIELD), qui visera à améliorer l'accès des victimes de violences sexistes aux SDSP; invite la Commission à intégrer, dans l'initiative SHIELD, d'autres engagements stratégiques et financiers, ainsi que des exigences en matière de collecte de données, afin d'aider les États membres à faire progresser et à protéger les SDSP; est profondément préoccupé par le fait que les femmes et les filles en situation de handicap se voient bien trop souvent refuser l'accès aux SDSP et souligne qu'il est indispensable, en ce qui concerne la vie sexuelle et reproductive des personnes en situation de handicap, de protéger leur intégrité physique, leur liberté de choix et leur autonomie de décision;
46. déclare qu'il est nécessaire d'améliorer la disponibilité de l'avortement et l'accès à celui-ci dans l'ensemble de l'Union; soutient fermement l'initiative citoyenne européenne «My Voice, My Choice», qui vise à mettre en place un mécanisme financier de l'Union fondé sur la solidarité et la participation volontaire pour que l'avortement soit sûr et accessible en Europe; demande une nouvelle fois à la Commission de faire pleinement usage de ses compétences en matière de politique de santé pour aider les États membres à garantir l'accès universel aux SDSP, et à inscrire ceux-ci, tout comme le droit à un avortement sûr, légal et accessible, dans la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne;

47. salue la réponse positive apportée par la Commission à l'initiative citoyenne européenne «My Voice, My Choice» dans sa communication de février 2026, par laquelle elle reconnaît que l'avortement non sécurisé est une question de santé publique et donne aux États membres la possibilité, par un financement approprié dans le cadre du programme du Fonds social européen plus (FSE+), de proposer des services d'interruption de grossesse légalement et sans risque, notamment en prenant en charge les frais de voyage et d'hébergement des personnes qui ne peuvent pas accéder à de tels services dans leur pays et, d'une manière générale, pour les personnes les plus vulnérables, sans interférer avec les législations et réglementations nationales; constate que cette décision visait à réduire les disparités en matière de soins de santé et à garantir aux personnes en situation de vulnérabilité un accès aux services de santé essentiels; invite instamment les États membres à recourir au FSE+ à cette fin; invite la Commission à veiller à ce que l'utilisation des fonds pour assurer l'égalité d'accès aux soins de santé sexuelle et génésique soit dûment évaluée lors de la programmation et de l'examen à mi-parcours des programmes opérationnels du FSE+;
48. invite la Commission et les États membres à répondre aux besoins spécifiques des personnes LGBTIQ+ en matière de soins de santé, y compris en garantissant l'accès aux soins préventifs, aux traitements et aux soins de santé spécifiques aux personnes transgenres, ainsi qu'à supprimer toute obligation de subir des interventions médicales coercitives et non nécessaires, telles que la stérilisation, qui entrave l'accès à la reconnaissance juridique et aux services de santé génésique, conformément aux arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme⁵⁵; salue l'engagement pris par la Commission, dans sa stratégie 2026-2030 en faveur de l'égalité de traitement à l'égard des personnes LGBTIQ+, de faciliter, entre les États membres, les échanges de bonnes pratiques en la matière; encourage le soutien aux initiatives de soins de santé de proximité et à la recherche financée par l'Union dans le cadre des programmes «L'UE pour la santé» et Horizon afin de garantir des soins de santé inclusifs, équitables et sûrs pour toutes les personnes LGBTIQ+; condamne les pratiques de conversion – à savoir les procédés visant à modifier, à réprimer ou à occulter l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'expression de genre d'une personne – en ce qu'elles violent les droits fondamentaux, et exhorte la Commission à les combattre par des mesures concrètes; prend acte de la réponse de la Commission à l'initiative citoyenne européenne intitulée «Interdiction des pratiques de conversion dans l'Union européenne» et prie instamment la Commission à adopter sans plus tarder une recommandation par laquelle elle engage les États membres à interdire les pratiques de conversion;
49. souligne le rôle de l'éducation, des services de santé et des institutions publiques dans la prévention de la violence sexiste et la promotion du consentement, de l'intégrité corporelle, de la protection de la vie privée, de l'autonomie personnelle et du respect, ainsi que dans la réduction des inégalités de genre; souligne qu'il est essentiel de dispenser une éducation complète à la sexualité, qui soit adaptée à l'âge, fondée sur des données scientifiques et conforme aux normes de l'Unesco, pour promouvoir la notion de consentement et les SDSP, prévenir la violence sexiste, lutter contre la désinformation et la stigmatisation en ce qui concerne la santé des femmes, et donner aux personnes les moyens de faire des choix éclairés de manière autonome; demande à la Commission de publier des orientations claires à l'intention des États membres pour

⁵⁵ Arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme le 11 octobre 2018 dans l'affaire *S.V. c. Italie* (55216/08) et arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme le 6 avril 2017 dans l'affaire *A.P., Garçon et Nicot c. France* (79885/12, 52471/13 et 52596/13).

fournir une éducation à la vie relationnelle et sexuelle qui soit complète et adaptée à l'âge, conformément aux normes internationales;

50. invite la Commission et les États membres à garantir l'accès universel à des méthodes contraceptives abordables, sûres et variées; constate que les femmes supportent de manière disproportionnée le fardeau – physique, financier et mental – de la contraception; regrette que, malgré les besoins non satisfaits en matière de contraception dans le monde, l'Union n'ait pas financé le développement de nouveaux contraceptifs depuis 2021; appelle de ses vœux des investissements accrus dans la recherche et le développement innovants de technologies contraceptives applicables à l'échelle mondiales, y compris de contraceptifs masculins, dans le but de parvenir à une plus grande égalité de genre et à un partage des responsabilités en matière de planification familiale; souligne que l'autonomie des femmes dans le choix de la contraception doit être pleinement respectée, y compris leur droit à recevoir des informations complètes et compréhensibles sur les bénéfices et les risques potentiels et les effets secondaires des différentes méthodes de contraception, ce qui favorise le consentement éclairé; encourage les États membres à endiguer efficacement les épidémies d'IST, en intégrant la prévention, le dépistage et les soins liés au VIH et aux IST dans des stratégies plus larges de soins de santé qui tiennent compte de la dimension de genre, ainsi qu'en supprimant les obstacles au dépistage et en améliorant la collecte de données relatives aux IST;
51. invite la Commission et les États membres à garantir l'accès universel à des produits menstruels abordables, de haute qualité, sans substance toxique et durables sur le plan environnemental – réutilisables, notamment; encourage les États membres à se servir de la fiscalité pour rendre les produits menstruels plus accessibles et abordables pour toutes les personnes, et à lutter contre la précarité menstruelle en assurant l'accès, gratuitement ou de manière abordable, aux produits menstruels, à l'information et à des installations sanitaires adéquates, en particulier dans les lieux publics tels que les établissements d'enseignement, les lieux de travail, les bâtiments publics et les centres d'accueil ou les foyers d'hébergement; souligne qu'une éducation inadéquate au sujet de la menstruation peut entraîner des soins menstruels à risque et, par conséquent, de graves problèmes de santé, d'où la nécessité, encore une fois, de financer des campagnes de sensibilisation du public à la santé menstruelle afin de lutter contre la stigmatisation et les stéréotypes qui y sont associés, ainsi que de développer la recherche sur les affections liées à la santé menstruelle; souligne que la prise en charge de l'incontinence constitue un aspect important, mais souvent négligé, de la santé publique, qui touche les femmes de manière disproportionnée; invite la Commission et les États membres à lancer des campagnes de sensibilisation du public pour arrêter de stigmatiser l'incontinence et s'assurer que les symptômes ne sont pas ignorés par les patients ou les prestataires de soins, et que les patients connaissent les traitements permettant de guérir l'incontinence, de la maîtriser ou de l'améliorer;
52. presse les États membres de garantir l'accès des femmes enceintes à des services de santé maternelle de haute qualité, quel que soit leur lieu de résidence; appelle de ses vœux l'élaboration de normes communes de l'Union en matière de soins de santé maternelle, ainsi qu'une coopération renforcée et un échange accru de bonnes pratiques entre les professionnels de la santé dans ce domaine, en vue d'améliorer la qualité des soins et de mettre fin à la mortalité maternelle évitable grâce à la prévention; souligne la nécessité d'initiatives au niveau de l'Union portant spécifiquement sur la dépression du postpartum et sur la santé mentale et le bien-être des mères;

53. constate que la fertilité est un aspect essentiel de la santé et souligne la nécessité de traiter de manière proactive les multiples facteurs et difficultés liés à la fertilité; invite les États membres à garantir un accès de qualité, en temps utile et équitable aux soins de santé liés à la fertilité et en cas de fausse couche, notamment au diagnostic et au traitement de l'infertilité, indépendamment de la situation économique ou matrimoniale de la patiente, y compris pour les femmes en situation de handicap; insiste sur la nécessité de disposer, au sujet de la fertilité, d'informations publiques fiables et factuelles sur la fertilité qui favorisent une approche fondée sur les droits et l'autonomie en matière de procréation; prie instamment la Commission d'apporter un soutien aux États membres par des orientations, la collecte de données et l'échange de bonnes pratiques; souligne l'importance d'un soutien et d'un conseil intégrés en matière de santé mentale pour faire face aux conséquences émotionnelles et psychologiques de l'infertilité et des fausses couches;
54. déplore que, malgré la prévalence, chez les femmes, de symptômes indésirables et graves liés à la périménopause et à la ménopause, cette dernière ne soit toujours pas systématiquement intégrée dans les soins de santé primaires ni dans les politiques et les stratégies en matière de santé au travail dans l'ensemble des États membres; invite la Commission et les États membres à veiller à ce que la ménopause soit reconnue comme un problème de santé publique d'importance et pleinement intégrée dans les services de soins de santé primaires courants, en vue d'aider les femmes à préserver leur santé sur le long terme et à maintenir leur participation au marché du travail; rappelle que des études ont montré que, rien qu'en Allemagne, les entreprises perdent, selon les estimations, 9 milliards d'euros par an⁵⁶ à cause du manque de traitement et de soutien aux femmes souffrant des symptômes de la ménopause; demande aux États membres de garantir un accès en temps utile à la prise en charge de la ménopause, y compris à l'aide de services spécialisés et de lignes directrices cliniques claires qui tiennent dûment compte des étapes de la vie hormonale telles que la menstruation, la grossesse et la ménopause; constate que la majorité des traitements disponibles sont hormonaux et ne conviennent donc pas à toutes les patientes; souligne qu'il faut développer des traitements non hormonaux ainsi que des traitements hormonaux plus efficaces et largement disponibles; fait observer que les transitions hormonales peuvent influencer l'apparition, la gravité et la prise en charge d'autres maladies chroniques qui touchent les femmes de manière disproportionnée par rapport aux hommes; souligne que la majorité de la recherche médicale existante se concentre sur les années de fertilité et s'attarde peu sur la puberté, la périménopause et la ménopause, et qu'il est nécessaire de concevoir les essais cliniques de manière plus inclusive et plus représentative;
55. regrette que la ménopause continue de faire l'objet d'une stigmatisation sociale et attire l'attention sur le manque général de sensibilisation aux symptômes de la périménopause; souligne qu'il importe de former les professionnels de la santé à la gestion de la ménopause afin qu'ils puissent apporter aux femmes un soutien cohérent, fondé sur des données probantes et centré sur la patiente tout au long de la périménopause, et qu'il est nécessaire de donner aux femmes les moyens de reconnaître les symptômes plus tôt et de solliciter des soins appropriés; invite la Commission et les États membres à élaborer des lignes directrices au niveau de l'Union sur la sensibilisation à la ménopause et à la périménopause ainsi que sur les soins qui s'y rattachent;

⁵⁶ FP Analytics & Bayer, «The Health and Economic Impacts of Menopause», [étude de cas concernant l'Allemagne](#), mai 2025.

56. déplore que, depuis la création du Service communautaire d'information sur la recherche et le développement il y a près de 40 ans, seuls dix des 145 983 projets financés par l'Union ont porté spécifiquement sur l'endométriose⁵⁷; souligne que la santé sexuelle et génésique des femmes peut être affectée par des problèmes de santé non traités ou diagnostiqués tardivement; insiste sur le fait qu'un accès rapide à la prévention, au diagnostic et au traitement est essentiel pour protéger la fertilité, la santé sexuelle et le bien-être général, et pour réduire les conséquences évitables à long terme; invite la Commission et les États membres à reconnaître l'endométriose comme une maladie chronique et à en faciliter un diagnostic plus précoce en améliorant la formation des professionnels des soins de santé primaires, en clarifiant les voies d'orientation et en sensibilisant davantage les prestataires de soins, et invite la Commission à élaborer un plan d'action à l'échelle de l'Union sur l'endométriose;
57. invite la Commission et les États membres à intégrer une perspective de genre dans la recherche, le diagnostic, le traitement et la gestion du diabète, étant donné que le diabète peut toucher différemment les hommes et les femmes, ce qui impose une approche tenant compte de la dimension de genre; appelle l'Union à apporter son soutien aux technologies tenant compte de la dimension de genre et à l'intégration de la santé mentale afin de garantir des soins personnalisés et des résultats pour les femmes vivant avec le diabète;
58. souligne que les maladies inflammatoires cutanées chroniques, y compris l'eczéma atopique, se manifestent différemment selon le sexe et les différents stades de la vie, et touchent les femmes de manière disproportionnée; constate que ces affections entraînent des symptômes graves et persistants tels que des douleurs et des démangeaisons insupportables qui nuisent considérablement à la qualité de vie, au sommeil et à la santé mentale; constate que les changements hormonaux rendent les femmes plus vulnérables aux poussées de dermatite atopique, en particulier pendant la période prémenstruelle et la grossesse, ainsi qu'au psoriasis pendant la puberté et la ménopause; insiste sur la nécessité de former les professionnels de la santé à ces maladies de la peau, y compris sur la manière dont les symptômes et les besoins thérapeutiques peuvent évoluer au cours des différents stades de la vie hormonale; souligne que le bronzage en cabine est un facteur probable de l'augmentation plus forte des taux de mélanome chez les jeunes femmes par rapport aux hommes; demande instamment à la Commission d'introduire des mesures visant à restreindre et à réduire systématiquement le bronzage en cabine dans toute l'Union afin d'enrayer l'épidémie de mélanome⁵⁸; insiste sur la nécessité d'accroître la protection des consommateurs en réglementant les pratiques commerciales trompeuses ou préjudiciables dans le secteur des soins esthétiques et en veillant à ce que des avertissements sanitaires clairs indiquent les risques que l'exposition à des rayons UV artificiels et certaines procédures cosmétiques représentent pour la santé de la peau;
59. invite la Commission et les États membres à relever les défis sexospécifiques posés par les maladies rhumatismales et musculo-squelettiques chez les femmes; indique qu'il est nécessaire d'intensifier la recherche et l'innovation dans l'Union afin de mieux

⁵⁷ Vigano, P., Casalechi, M. et Dolmans, M., «European Union underinvestment in endometriosis research», *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, vol. 5, mars 2024.

⁵⁸ Lazovich, D., Vogel, R. I., Weinstock, M.A., Nelson, H.H., Ahmed, R.L. et Berwick, M., «Association between indoor tanning and melanoma in younger men and women», *JAMA dermatology*, mars 2016.

comprendre pourquoi les femmes sont touchées de manière disproportionnée, ressentent plus de douleur et réagissent différemment aux traitements; encourage les États membres à élaborer et à adopter des modèles de soins multidisciplinaires assortis d'indicateurs de progrès et adaptés aux besoins des femmes souffrant de troubles musculo-squelettiques, afin de leur garantir un accès égal aux traitements médicaux et chirurgicaux avancés pour les maladies rhumatismales et musculo-squelettiques;

60. invite la Commission et les États membres à renforcer les politiques de soins aux personnes âgées qui tiennent compte de la dimension de genre, en reconnaissant que les femmes représentent la majorité de la population européenne âgée; demande des solutions en faveur de services de soins accessibles, abordables, de qualité élevée et de longue durée qui respectent la dignité, l'autonomie et la santé des femmes âgées; encourage le partage des bonnes pratiques en matière de traitements qui, destinés aux femmes âgées, tiennent compte de la dimension de genre, y compris des mesures préventives telles qu'une alimentation et la pratique d'une activité physique adéquates, un diagnostic et une prise en charge en temps utile des maladies, ainsi que des approches adaptées aux femmes vivant dans un milieu institutionnel et à celles atteintes de pathologies influant sur la mémoire, qui sont susceptibles d'avoir des difficultés à exprimer leurs besoins, leurs préférences et leurs symptômes; souligne que la prévalence des pathologies influant sur la mémoire, telles que la maladie d'Alzheimer, est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, principalement parce que les femmes vivent en moyenne plus longtemps, mais la différence de prévalence entre les femmes et les hommes s'observe également à âge égal;
61. salue la publication, par la Commission, de la stratégie en faveur de l'égalité de genre 2026-2030 et les engagements qui y sont pris pour lutter contre les inégalités dans le domaine de la santé des femmes et pour promouvoir les SDSP; invite la Commission à compléter la stratégie en faveur de l'égalité de genre en privilégiant et en encourageant, dans sa politique future, les investissements spécifiques et ciblés dans le domaine de la santé des femmes; souligne que les investissements liés aux affections sexospécifiques devraient refléter leur gravité et leur prévalence, tout en continuant à soutenir la recherche sur les maladies rares; attire l'attention sur le fait que les prochaines stratégies doivent comporter une approche intégrée des soins et de l'objectif d'amélioration de la santé physique et mentale;

Financement

62. reconnaît que la recherche et l'innovation visent un équilibre entre les mesures d'incitation et les obligations, et que le financement de l'Union peut jouer un rôle substantiel en encourageant des investissements plus importants dans la recherche sur les questions sexospécifiques et en s'attaquant aux inégalités en matière d'accès aux traitements à travers l'Union, y compris en ce qui concerne la prévention, le diagnostic précoce et la gestion sur le long terme de maladies chroniques affectant les femmes tout au long de leur vie; souligne que le secteur privé n'est guère incité à investir dans les soins préventifs et que la Commission et les États membres devraient donc avoir pour priorité d'investir les soins préventifs spécifiques destinés aux femmes, en se concentrant sur des affections telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les IST et le cancer;
63. soutient fermement l'intégration de la dimension de genre dans toutes les politiques de l'Union et dans le budget de l'Union, y compris la prise en compte systématique des besoins en matière de santé que les femmes ont aux différentes étapes de leur vie; invite

la Commission à lancer, dans les meilleurs délais, des appels de financement spécifiques et ciblés pour la recherche et les actions correspondantes de l'Union sur les affections et les projets sexospécifiques, afin de combler les lacunes en matière de données de santé spécifiques au sexe et au genre; recommande la création d'un groupe d'experts sur la recherche et l'innovation en matière de santé des femmes, chargé de guider l'élaboration et la mise en œuvre concertée du plan de recherche sur la santé des femmes; souligne que ces financements devraient servir en priorité à la recherche publique et soutenir l'accès de tous aux systèmes de soins de santé, en tenant compte des inégalités sociales et régionales;

64. souligne qu'une économie compétitive et axée sur les entreprises est essentielle pour assurer des soins de santé de haute qualité et améliorer les résultats en matière de santé pour les femmes; appelle de ses vœux des politiques qui récompensent l'innovation médicale, attirent l'investissement privé et soutiennent la croissance économique, tout en supprimant les charges réglementaires inutiles qui freinent les entreprises européennes du secteur de la santé, les chercheurs et le développement de nouveaux traitements pour les femmes;
65. souligne que la réduction des écarts entre les hommes et les femmes en matière de santé est avant tout une question de droits fondamentaux; estime toutefois que l'amélioration de l'égalité entre les hommes et les femmes en général, et en particulier dans la recherche en matière de santé constitue une chance pour l'Union de se montrer compétitive ainsi qu'un moteur de productivité et de viabilité budgétaire sur le long terme; fait remarquer que le Forum économique mondial estime que combler les déficits d'investissement dans les soins de santé pour les femmes pourrait stimuler l'économie mondiale à hauteur de 1 000 milliards de dollars par an d'ici à 2040; souligne que le manque de données de santé ventilées par sexe constitue une lacune dans les connaissances scientifiques fondamentales sur les affections sexospécifiques, ce qui freine les acteurs du secteur privé désireux d'investir dans la recherche appliquée et la recherche et développement; souligne que l'allocation de fonds de l'Union à la lutte contre les inégalités de genre dans le domaine de la santé grâce aux programmes Horizon Europe en cours et à venir, au Fonds européen pour la compétitivité et aux programmes «L'UE pour la santé» en cours et à venir, pourrait, en étant assortie de mesures visant à combler les lacunes en matière de données, encourager les investissements et stimuler l'innovation dans l'Union;
66. invite la Commission à élaborer et à mettre en œuvre une stratégie spécifique en faveur de la santé des femmes, intégrée dans le socle européen des droits sociaux au niveau de l'Union et destinée à être appliquée dans les États membres, en vue de réduire les disparités en matière de santé entre les hommes et les femmes, de stimuler la recherche publique sur les affections sexospécifiques et de garantir l'égalité d'accès aux soins de santé dans l'ensemble de l'Union; souligne que cette stratégie devrait prévoir des indicateurs spécifiques et des obligations de compte rendu des progrès accomplis; invite la Commission à consacrer en priorité le financement affecté au titre du nouveau Fonds européen pour la compétitivité et du prochain programme Horizon Europe 2028-2034 (10^e programme-cadre) à la recherche sur la santé des femmes; demande des financements de l'Union spécifiques, réservés et traçables pour la santé des femmes, les affections sexospécifiques et les soins de santé sexuelle et génésique, ainsi que pour les projets visant à combler les lacunes dans les données fondées sur le sexe et le genre; insiste sur la nécessité de financements suffisants car les femmes sont en moyenne confrontées à des contraintes socio-économiques plus importantes et donc plus dépendantes des soins de santé publics et des services sociaux; souligne que le sous-

financement des soins pour les affections sexospécifiques peut avoir des conséquences négatives sur l'économie et la main-d'œuvre des États membres;

67. souligne le rôle crucial que jouent les organisations de la société civile dans la fourniture de services de santé axés sur les besoins, au niveau local et entre pairs, en particulier pour les femmes confrontées à la pauvreté, à la discrimination ou à l'exclusion sociale; signale que ces organisations servent de passerelle entre les patients et les institutions publiques, et contribuent aussi à la promotion de l'égalité des genres et des SDSP, recueillent des données sur les expériences et les besoins des femmes en matière de santé, déjouent les arnaques en ligne liées à la santé et contribuent à la mise en place, dans le domaine des soins de santé, de lois et de mesures incluant davantage la dimension de genre; demande que leur rôle soit explicitement reconnu dans le prochain Fonds européen pour la compétitivité et le programme «AgoraEU», en affectant suffisamment de financements aux organisations de la société civile œuvrant en faveur de l'égalité de genre ainsi que des SDSP dans les deux programmes; se déclare préoccupé par le rétrécissement de l'espace civique et la diminution des financements disponibles pour les organisations de la société civile œuvrant en faveur de la santé et des droits des femmes dans l'ensemble de l'Union; condamne fermement la décision de la Commission de réduire de manière inattendue le financement, y compris les subventions de fonctionnement pour les organisations de la société civile dans le domaine de la santé, dans le cadre du programme «L'UE pour la santé» et demande instamment à la Commission d'accorder à nouveau et immédiatement à ces organisations non gouvernementales du domaine de la santé des financements suffisants;
68. invite la Commission et les États membres à promouvoir une plus grande participation des femmes dans tous les aspects des activités de recherche scientifique, à la fois en tant que chercheuses et en tant que participantes à la recherche; préconise des actions visant à supprimer les obstacles aux carrières scientifiques des femmes et à garantir l'égalité des chances dans l'accès aux fonds de recherche et aux postes de direction; souligne qu'une composition plus équilibrée des équipes de recherche et une plus grande participation des femmes aux essais cliniques amélioreront la qualité et la fiabilité des résultats en matière de santé;

◦

◦ ◦
69. charge sa Présidente de transmettre la présente résolution au Conseil et à la Commission.