



Doc. ...

11 septembre 2025

Prévenir et lutter contre les discriminations fondées sur le genre dans le domaine de la santé

Rapport¹

Commission sur l'égalité et la non-discrimination

Rapporteure : Mme Camilla Fabricius, Danemark, Groupe des socialistes, démocrates et verts

¹ Renvoi en commission : Doc. 15806, renvoi 4765 du 9 octobre 2023.

A. Projet de résolution²

1. L'accès aux soins de santé reste inégal et la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé est fréquente dans les pays européens. Dans un contexte d'attaques de plus en plus fréquentes contre les droits des femmes et des personnes LGBTI, la garantie d'un accès universel aux soins de santé et la prévention et la lutte contre la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé sont des éléments importants qui devraient devenir des priorités politiques.

2. L'examen de 2025 du Programme d'action de Beijing est l'occasion de rappeler aux États membres des Nations Unies leur engagement à défendre le droit des femmes de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et à intensifier leurs efforts pour atteindre pleinement les objectifs de développement durable des Nations Unies, notamment la cible 7 de l'objectif 3, relative à l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive, et sa cible 8, relative à la couverture universelle en matière de santé.

3. La santé des femmes a longtemps été considérée comme une question secondaire. Dans la recherche médicale, le corps de l'homme cisgenre a longtemps fait figure de norme. L'Assemblée estime que le manque d'attention accordée à la santé des femmes, dans toute leur diversité, reflète le caractère patriarcal traditionnel de la société et les profondes inégalités de genre qu'il entraîne. La discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé, y compris les préjugés liés au genre dans la recherche médicale et dans des contextes cliniques, entraîne des erreurs de diagnostic et des retards dans les traitements. Les conceptions traditionnelles des femmes et de leur rôle peuvent conduire à une attente sociétale selon laquelle elles doivent simplement tolérer la douleur et l'inconfort, en particulier lorsque ceux-ci sont liés au cycle de reproduction, tandis que les praticien·nes de santé peuvent ignorer ou minimiser cette douleur.

4. Se référant à sa [Résolution 2048 \(2015\)](#) « La discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe », à sa [Résolution 2191 \(2017\)](#) « Promouvoir les droits humains et éliminer les discriminations à l'égard des personnes intersexes » et à sa [Résolution 2576 \(2024\)](#) « Prévention et lutte contre les violences et discriminations à l'encontre des femmes lesbiennes, bisexuelles et queers en Europe », l'Assemblée déplore l'existence d'une discrimination spécifique à l'encontre des personnes LGBTI dans les établissements de santé, qui peut également conduire ces personnes à éviter les consultations médicales (effet du « stress des minorités »). La discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé, amplifiée par l'intersection avec les formes de discrimination liées au handicap, à l'âge, à l'origine, à l'orientation sexuelle, aux caractéristiques sexuelles, au statut social ou à la religion, a de multiples conséquences à long terme sur l'état de santé et d'autres aspects. Il est temps de transformer la culture du secteur de la santé et de veiller à ce que les protocoles de traitement tiennent compte des besoins et des spécificités de tous les genres, y compris en matière de santé mentale. La médecine doit contribuer à la protection et au renforcement des droits humains et non à l'aggravation de la discrimination.

5. Les attentes sociétales et les stéréotypes de genre ont une incidence sur l'accès aux soins de santé, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive. Les personnes qui demandent de tels soins peuvent être confrontées à des questions, à des jugements et à des tentatives de contrôle de leurs choix et de leurs intentions. Des données factuelles montrent que les médecins généralistes qui sont des hommes cisgenres peuvent avoir des préjugés négatifs à l'encontre des femmes et des personnes LGBTI. Ce problème doit être traité tant au sein de la profession médicale elle-même que par les gouvernements nationaux. L'Assemblée souligne que les tentatives visant à contrôler le corps d'autrui, y compris dans les établissements médicaux et les services de soins reproductifs, ne sont pas acceptables et peuvent être discriminatoires. Elle rappelle sa [Résolution 2331 \(2020\)](#) « Autonomiser les femmes : promouvoir l'accès à la contraception en Europe », dans laquelle elle souligne que l'accès à la contraception moderne est essentiel à l'émancipation des femmes.

6. La violence fondée sur le genre existe également dans le secteur de la santé. L'Assemblée rappelle sa [Résolution 2306 \(2019\)](#) « Violences obstétricales et gynécologiques », dans laquelle elle a appelé les États membres à prévenir les discriminations, quel qu'en soit le motif, dans l'accès aux soins de manière générale, et à lutter contre elles. Elle réaffirme que la violence ne doit jamais rester impunie.

7. La discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé aggrave les inégalités existantes et a un coût économique important. L'Assemblée souligne que la dimension de genre doit être prise en compte lors de l'élaboration des politiques de santé et de la prise de décisions relatives aux investissements à réaliser dans le secteur de la santé, y compris de la recherche. Les politiques inclusives conduisent à un meilleur traitement ; l'investissement dans la santé des femmes et la lutte contre la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé présentent des avantages non seulement moraux et sociaux, mais aussi économiques.

² Projet de résolution adopté par la commission le 11 septembre 2025.

8. L'Assemblée se félicite du fait que plusieurs États membres ont adopté des politiques étrangères féministes, dans le cadre desquelles sont financés des programmes en faveur de la santé des femmes, y compris la santé et les droits sexuels et reproductifs, et de la lutte contre la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé.

9. À la lumière de ces considérations, l'Assemblée appelle les États membres et observateurs du Conseil de l'Europe, ainsi que ceux bénéficiant du statut d'observateur ou de partenaire pour la démocratie auprès d'elle :

9.1. en ce qui concerne la prévention et la lutte contre la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé :

9.1.1. à intégrer la dimension de genre dans les politiques de santé, promouvoir des modèles de soins inclusifs et élaborer et financer des plans d'action nationaux pour la santé des femmes, notamment en mettant l'accent sur la prévention de la discrimination fondée sur le genre dans les soins de santé, et sur les stratégies nationales en matière de santé des personnes LGBTI ;

9.1.2. à veiller à ce que les lois sur l'égalité et la non-discrimination couvrent le domaine des services de santé et tous les motifs de discrimination liés à l'orientation sexuelle, l'identité et l'expression de genre et les caractéristiques sexuelles, et assurer leur mise en œuvre ;

9.1.3. à inclure des sessions sur la prévention des préjugés liés au genre et la promotion du respect des identités dans la formation des professionnel·les de la santé, tant au cours de leurs études que tout au long de leur carrière ;

9.1.4. à lancer des campagnes de sensibilisation sur la prévention de la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé et des préjugés liés au genre, en ciblant différents groupes d'âge ;

9.1.5. à veiller à ce que les femmes, dans toute leur diversité, et les personnes LGBTI soient représentées dans les organes décisionnels des établissements de santé et dans les équipes de recherche ;

9.1.6. à veiller, par la conception, l'expérimentation et le suivi, à ce que les systèmes d'intelligence artificielle utilisés dans le cadre des soins de santé ne reproduisent pas les préjugés liés au genre ;

9.1.7. à veiller à ce que les femmes en situation d'addiction aient le même accès aux services que les autres ;

9.2. en ce qui concerne la prévention et la lutte contre la discrimination fondée sur le genre dans la recherche médicale et les essais cliniques :

9.2.1. à investir dans la collecte de données et la recherche sur la santé des femmes et la santé des personnes LGBTI, en exigeant que les propositions de recherche intègrent la dimension de genre et tiennent compte des différences entre les genres, et à œuvrer à la création d'une biobanque éthique européenne contenant des tissus corporels féminins ;

9.2.2. à promouvoir une approche intersectionnelle dans la collecte de données médicales et la recherche, et examiner les formes de discrimination croisées dans le domaine de la santé ;

9.2.3. à veiller à ce que les participant·es aux essais cliniques représentent une diversité de genres ;

9.2.4. à investir dans la recherche sur la santé mentale ;

9.3. en ce qui concerne la prévention et la lutte contre les violences fondées sur le genre dans le secteur de la santé :

9.3.1. à (re) signer, ratifier et mettre pleinement en œuvre la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (STCE n° 210 « Convention d'Istanbul »), si tel n'est pas encore le cas ;

9.3.2. à former le personnel de santé à la prévention et à la lutte contre la violence fondée sur le genre ;

9.3.3. à veiller à ce que les auteurs de violences fondées sur le genre soient poursuivis, y compris dans le secteur de la santé ;

9.3.4. à mieux faire connaître les mécanismes de recours et de signalement des violences fondées sur le genre subies lors de contacts avec le secteur de la santé ;

9.4. en ce qui concerne la garantie de l'accès à la santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive :

9.4.1. à garantir l'accessibilité, la qualité et le financement adéquat des services de santé sexuelle et reproductive;

9.4.2. à fournir une éducation à la santé sexuelle complète et adaptée aux différents groupes d'âge dans les écoles ;

9.4.3. à adopter des politiques inclusives en matière de procréation médicalement assistée ;

9.4.4. à supprimer toute exigence médicale, telle que la stérilisation ou la chirurgie, qui entrave l'accès des personnes transgenres à la reconnaissance juridique ou aux services de procréation ;

9.4.5. à œuvrer pour que les questions de fertilité ne soient pas systématiquement abordées avec des préjugés liés au genre et à reconnaître que l'un-e ou l'autre des partenaires peut être concerné-e ;

9.4.6. à fournir un accès gratuit ou subventionné aux produits menstruels, à des installations sanitaires appropriées dans les écoles, les lieux publics et les lieux de travail, en vue de lutter contre la précarité menstruelle.

10. L'Assemblée encourage les commissions de la santé des parlements nationaux à organiser régulièrement des débats publics sur la santé des femmes et la santé des personnes LGBTI et à suivre la situation et les besoins au niveau national, afin d'encourager et de soutenir l'élaboration de politiques nationales.

11. L'Assemblée appelle les États membres à soutenir les programmes de lutte contre la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé, tant au niveau international par le biais de programmes de diplomatie féministe qu'au niveau national, notamment en finançant les organisations non gouvernementales actives dans les domaines de la santé des femmes, de la santé des personnes LGBTI, des soins de santé inclusifs et des services de santé sexuelle et reproductive.

B. Exposé des motifs

1. Introduction

1. La discrimination fondée sur le genre³ dans le domaine de la santé est un problème mondial. Les spécificités de genre ne sont toujours pas prises en compte de manière systématique et les hommes cisgenres sont encore trop souvent considérés comme la « norme ». Le fait que les services de santé sont largement conçus par et pour les hommes reflète une discrimination fondée sur le genre qui est structurelle et profondément enracinée dans nos sociétés.

2. La discrimination fondée sur le genre qui persiste dans le secteur de la santé entraîne des inégalités de traitement et d'accès aux soins. Les biais de genre peuvent être à l'origine d'erreurs de diagnostic, d'un diagnostic tardif, d'une absence de traitement et d'un défaut d'attention à la diversité des genres, qui peuvent évidemment avoir des conséquences néfastes sur la santé. Il est nécessaire de disposer de connaissances et de données systématiques sur les maladies touchant principalement les femmes, ainsi que de se concentrer sur la réduction des disparités de genre dans les soins de santé. La discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé, amplifiée par l'intersection avec les formes de discrimination liées au handicap, à l'âge, à l'origine, à l'orientation sexuelle, aux caractéristiques sexuelles, au statut social ou à la religion, a de multiples conséquences à long terme sur l'état de santé et d'autres aspects.

3. En outre, nombre de femmes ont le sentiment que leur douleur n'est pas – ou pas suffisamment – prise en compte. Elle est minimisée, n'est pas entendue ou pas crue et n'est donc pas traitée. Les problèmes de santé des femmes sont souvent considérés comme « naturels » et, par conséquent, la maladie et la douleur subie par les femmes ne sont pas envisagées comme méritant des recherches ou des investissements pour leur prévention ou traitement. Les symptômes ne sont ni reconnus ni détectés, et le traitement est retardé, parfois pendant des années. Les maladies cardiovasculaires, par exemple, ne se manifestent pas par les mêmes symptômes chez les femmes et chez les hommes⁴. De plus, les femmes font souvent passer la santé des membres de leur famille avant la leur.

4. Dans son livre intitulé « Femmes invisibles : comment le manque de données sur les femmes dessine un monde fait pour les hommes »⁵, Caroline Criado Perez démontre que les soins de santé sont systématiquement discriminatoires à l'encontre des femmes, qui se trouvent ainsi chroniquement incomprises, maltraitées et mal diagnostiquées. À l'aide d'une série d'exemples pratiques, elle explique comment les préjugés liés au genre ont un impact important sur la santé des femmes. En outre, la santé des femmes a été moins prioritaire pendant des décennies. Par exemple, bien que la ménopause concerne toutes les femmes, la recherche s'est peu intéressée à ce sujet.

5. Des cas de sexisme et de violence fondée sur le genre ont également été signalés dans le cadre des relations entre les patient-es et les professionnel-les de santé, mais aussi parmi les professionnel-les de santé. Dans un rapport de 2019 sur les violences obstétricales et gynécologiques⁶, Mme Maryvonne Blondin (France, SOC) a analysé les relations inégales entre les patientes et le corps médical, ainsi que la violence institutionnelle. Elle a souligné que « [l]es femmes victimes de violences gynécologiques et obstétricales sont victimes à la fois d'une domination patriarcale et d'une domination institutionnelle ».

6. Il est important de souligner que les personnes LGBTI sont victimes de discriminations et rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins de santé. Victor Madrigal-Borloz, ancien Expert indépendant des Nations Unies sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre⁷, soulignait dans son rapport de 2022 que les personnes LGBTI étaient victimes de discrimination de la part des prestataires de soins et des systèmes de santé, faisaient l'objet d'une stigmatisation, subissaient des violences fondées sur le genre et se voyaient refuser la reconnaissance juridique de l'identité de genre et des soins d'affirmation de genre⁸.

³ L'utilisation du terme « discrimination de genre » fait référence à la discrimination fondée sur le genre, l'identité de genre et/ou l'expression de genre.

⁴ [Mobiliser les femmes sur leurs risques cardio-vasculaires](#), Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, 7 mars 2025.

⁵ Caroline Criado Perez (2019), *Invisible Women: Exposing Data Bias in a World Designed for Men*, traduction en français de Nicolas Dupin.

⁶ [Violences obstétricales et gynécologiques](#), exposé des motifs de Mme Maryvonne Blondin, 19 septembre 2019. Dans sa Résolution 2306 (2019) « Violences obstétricales et gynécologiques », l'Assemblée a appelé les États membres à prévenir les discriminations, quel qu'en soit le motif, dans l'accès aux soins de manière générale, et à lutter contre elles.

⁷ Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies, « [Un expert de l'ONU : la lutte contre la discrimination à l'égard des personnes LGBTI est un droit à la santé et un impératif de développement durable](#) », 17 juin 2022.

⁸ « [Réalisation du droit des personnes, communautés et populations touchées par la discrimination et la violence fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, en relation](#)

7. Les aspects économiques doivent aussi être pris en considération. Selon un rapport établi pour l'édition 2024 du Forum économique mondial⁹, la moindre prise en charge de la santé des femmes par rapport à celle des hommes coûte 1000 milliards de dollars par an au niveau mondial. Ce chiffre traduit uniquement les pertes ; il ne tient pas compte des sommes qui pourraient être générées si les femmes bénéficiaient de soins adaptés à leur genre. Investir dans la santé, y compris la santé des femmes, présente des avantages économiques. Une Alliance mondiale pour la santé des femmes a été créée lors du Forum¹⁰.

8. Dans la déclaration politique relative au 30^e anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, adoptée lors de la 69^e édition de la Commission de la condition de la femme, les ministres et les représentant-es des gouvernements des États membres des Nations Unies se sont de nouveau engagés à « prendre de nouvelles mesures concrètes pour assurer l'application et le financement intégraux, effectifs et accélérés de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing et des documents issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale, qui peuvent contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable, en [...] promouvant, respectant et protégeant le droit de toutes les femmes et de toutes les filles de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, tout au long de leur vie et sans distinction aucune, en vue de parvenir à une couverture universelle en matière de santé, y compris des services de santé sûrs, disponibles, abordables, accessibles, de qualité et ouverts à tous, ainsi que la santé maternelle et néonatale, la santé menstruelle et la gestion de l'hygiène, et toutes les maladies transmissibles et non transmissibles »¹¹.

9. Comme le souligne la Stratégie 2024-2029 du Conseil de l'Europe pour l'égalité entre les femmes et les hommes, « les droits acquis ne peuvent être considérés comme allant de soi. Ce constat est confirmé par un recul dans les politiques d'égalité de genre et la montée des mouvements anti-genre qui affaiblissent les acquis existants et cherchent à limiter – entre autres – l'accès des femmes aux services de santé, y compris la santé et les droits sexuels et reproductifs, et la protection des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexes (LGBTI) mais aussi des femmes qui consomment des drogues »¹². Les restrictions à l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive visent à contrôler le corps d'une personne et sont discriminatoires. Le manque d'attention accordée à la santé des femmes, dans toute leur diversité, est la conséquence du caractère globalement patriarcal de la société et de profondes inégalités de genre. Il est temps pour l'Assemblée de sensibiliser à la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé et d'appeler à l'action pour prévenir et combattre cette discrimination.

2. Objectifs et portée du rapport

10. Ce rapport vise à faire la lumière sur la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé et à appeler à des actions pour la prévenir. Plus précisément, je me suis intéressée à la discrimination fondée sur le genre dans la recherche médicale et le traitement, et dans l'accès aux soins pour les femmes dans toute leur diversité. J'ai également étudié la discrimination fondée sur le genre à l'encontre des personnes LGBTI en matière de santé, ainsi que le sexisme et la violence fondée sur le genre dans le secteur de la santé. J'ai tenté d'analyser pourquoi les problèmes de santé des femmes sont encore considérés comme « naturels ».

11. Je me suis particulièrement intéressée aux raisons pouvant expliquer le manque de recherche scientifique sur l'endométriose, la ménopause et la santé mentale des femmes. Ces sujets spécifiques ont fait l'objet de recherches insuffisantes pendant des années, ce qui a entraîné des retards dans la découverte de traitements efficaces. Par exemple, on estime que 10 % des femmes sont atteintes d'endométriose, mais il faut encore aujourd'hui près de dix ans pour qu'un diagnostic soit posé¹³. La maladie d'Alzheimer et la dépression ont une prévalence nettement plus élevée chez les femmes, et la ménopause a des implications beaucoup plus importantes qu'on ne le pensait initialement. Dans le même temps, dans les pays où le nombre de femmes actives est élevé, on observe que les femmes se retirent du marché du travail 5 à 7 ans plus tôt que les hommes, peut-être à cause des symptômes de la ménopause¹⁴. Au Danemark, la dépression a longtemps été considérée comme une « maladie de femmes ». La santé des femmes semble faire l'objet de nombreux préjugés.

[avec les objectifs de développement durable](#) », rapport de l'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, Victor Madrigal-Borloz, A/HRC/50/27, Conseil des droits de l'homme, Cinquantième session, 18-22 juin 2022.

⁹ « [Santé: l'écart de prise en charge entre femmes et hommes coûte 1 000 milliards de dollars par an au niveau mondial](#) », *Le Monde*, 17 janvier 2024.

¹⁰ [Global Alliance for women's health](#).

¹¹ [Concluding Session, Commission on Status of Women Adopts Declaration Urging Full, Accelerated Implementation of Beijing Declaration, Platform for Action](#), Nations Unies, 21 mars 2025. Voir le document [E/CN.6/2025/L.1](#).

¹² [Stratégie pour l'égalité de genre du Conseil de l'Europe 2024-2029](#), adoptée le 6 mars 2024.

¹³ Organisation mondiale de la Santé, « [Endométriose, Principaux faits](#) », 24 mars 2023.

¹⁴ [The Nordic Menopause White Paper](#), novembre 2023.

12. Je me propose de présenter des bonnes pratiques qui permettent de prévenir et de combattre la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé et de prendre en compte la dimension intersectionnelle. L'adoption de plans de santé ciblés, l'investissement dans la recherche, la formation des professionnel·les de santé et la prévention et la lutte contre les stéréotypes de genre, par des campagnes et par l'éducation, sont quelques-unes des pratiques qui méritent d'être étudiées.

3. Méthodes de travail

13. Lors de sa réunion du 12 septembre 2024, la commission a tenu une première audition, à laquelle ont participé Mme Melanie Hyde, experte des questions de genre, d'équité et de droits humains au Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe, et Mme Marina Kvaskoff, épidémiologiste à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, France). Elles ont décrit plusieurs formes de discrimination fondée sur le genre dans l'accès aux soins et ont expliqué que la dimension de genre n'était pas suffisamment prise en compte par la recherche médicale. Nous avons discuté des raisons pour lesquelles le montant des fonds alloués aux traitements pour les femmes et à la recherche sur la santé des femmes est plus faible que pour les hommes¹⁵.

14. Le 4 décembre 2024, j'ai visité « La Maison des femmes » de Saint-Denis. Le 5 décembre 2024, la commission a tenu une audition sur la lutte contre les violences fondées sur le genre dans le secteur médical et l'accueil des survivantes par le personnel médical. À cette audition ont participé Mme Violette Perrotte, directrice générale de La Maison des femmes, la docteure Sophie Tellier, responsable de l'unité sur les violences sexuelles de La Maison des Femmes, et le docteur Gilles Lazimi, généraliste.

15. Le 21 janvier 2025, j'ai eu un entretien bilatéral, en ligne, avec Mme Andreea Petre-Goncalves, responsable de la communication et du plaidoyer de l'association « Women in Global Health ». Le 30 janvier 2025, j'ai rencontré, en présentiel, Mme Charlotte Altenhoener-Dion et Mme Katharina Kirchberger, conseillères auprès du Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, la docteure Angelina Pace et Mme Manon Reinbolt, chercheuse, et Mme Caterina Bolognese, cheffe de la Division sur l'égalité de genre du Conseil de l'Europe.

16. Le 4 février 2025, j'ai eu un entretien bilatéral, en ligne, avec Mme Tlaleng Mofokeng, Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le droit à la santé physique et mentale, qui a aussi pris part à une audition avec la commission le 12 mai 2025.

17. J'ai participé à la session de la Commission de la condition de la femme des Nations Unies, à New York, en mars 2025. Cela m'a aussi permis d'avoir des entretiens bilatéraux et d'assister à des événements organisés en marge de la session sur des thèmes liés aux questions qui sont traitées dans le rapport, notamment la santé mentale, la précarité menstruelle et l'investissement dans la santé des femmes.

18. Le 18 mars 2025, la commission a tenu une audition sur la lutte contre la discrimination à l'encontre des personnes LGBTI dans le secteur de la santé lors d'une réunion conjointe de la commission et de la plateforme parlementaire pour les droits des personnes LGBTI en Europe, avec la participation de M. Graeme Reid, Expert indépendant des Nations Unies sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, Mme Evgenia Giakoumopoulou, Cheffe de l'Unité SOGIESC, Conseil de l'Europe, Dr Eszter Mihály, Responsable des droits LGBTQI+, Amnesty International Hongrie et Dr Serge Covaci, Chef de la Clinique Universitaire, Faculté de Médecine de Strasbourg, médecin généraliste.

19. Le 28 mars 2025, j'ai tenu une réunion en ligne avec les membres fondateurs de l'organisation Alliancen for Kvinders Sundhed (Alliance pour la santé des femmes), au Danemark : Mme Susanne B Christensen¹⁶, Mme Marianne Lynghoj Pedersen et Mme Anne Sophie Callesen.

20. Le 10 avril 2025, j'ai tenu une réunion en ligne avec Mme Choolwe Jacobs et Mme Flata Mwale représentant Women in Global Health Zambia.

21. J'ai également effectué des recherches documentaires et reçu des informations précieuses de la part des membres de la commission au cours de nos auditions. Je tiens à les remercier pour les informations qu'ils ont partagées et les questions qu'ils ont soulevées, qui m'ont aidé à progresser dans la préparation du rapport.

4. Manque de recherches sur la santé des femmes

22. Dans sa Recommandation CM/Rec (2008)¹⁷ sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités entre hommes et femmes, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe reconnaît qu'il y a un

¹⁵ « [Researchers optimistic about potential new treatment for endometriosis](#) », *The Guardian*, 8 mars 2023.

¹⁶ Elle représente la confédération de l'industrie danoise et participe au secrétariat de l'Alliance.

¹⁷ [Recommandation CM/Rec\(2008\)1](#) sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités entre hommes et femmes, adoptée par le Comité des Ministres le 30 janvier 2008, lors de la 1016e réunion des Délégués des Ministres. Le

écart entre les femmes et les hommes en matière de recherche. Il reconnaît aussi que ces différences et ces inégalités ont des répercussions sur les traitements et il formule des recommandations concrètes.

23. Lors de notre audition du 12 septembre 2024, Mme Hyde a souligné le manque de données et de recherches sur la santé des femmes. D'après elle, les biais de genre systémiques et historiques ont perpétué la sous-représentation des femmes dans les essais cliniques et la recherche en santé ainsi que le sous-investissement dans la recherche sur des problèmes de santé qui affectent exclusivement, de manière disproportionnée ou différemment les femmes. Elle est d'avis qu'une analyse insuffisante du sexe et du genre dans la recherche en santé, un leadership dominé par les hommes et le contrôle du financement de la recherche et de la publication, ainsi qu'un biais dans l'éducation en santé publique et la médecine pourraient également expliquer l'aveuglement au sexe et au genre dans la recherche médicale¹⁸. Elle a souligné que le premier modèle anatomique 3D du corps féminin n'a été développé qu'en 2022. Lors de cette même audition, Mme Kvaskoff a notamment souligné que la santé des femmes n'était pas seulement sous-étudiée, mais aussi sous-financée.

24. Les femmes restent sous-représentées dans les essais cliniques¹⁹. Tout d'abord, elles ont été exclues des essais au motif que ceux-ci pouvaient présenter des risques pour une éventuelle grossesse à un stade précoce, dont la femme participant à l'essai n'avait pas encore connaissance. Les conditions d'accueil des personnes participant aux essais peuvent aussi avoir un effet dissuasif sur les femmes. De fait, la dimension de genre n'est pas systématiquement prise en compte : par exemple, il arrive que les participant-es doivent dormir dans des dortoirs mixtes pendant des jours, voire des semaines, ce qui pourrait rendre les femmes, dans toute leur diversité, réticentes à participer.

25. Les biais de genre entraînent une sous-représentation des femmes dans la recherche sur les maladies cardiovasculaires, les hépatites, le VIH, l'insuffisance rénale chronique et les maladies digestives. Le Comité directeur du Conseil de l'Europe pour les droits de l'homme dans les domaines de la biomédecine et de la santé (CDBIO) a fait état d'un manque de données sur la santé des femmes dû à leur sous-représentation dans les essais cliniques et la recherche²⁰.

26. Il n'y a toujours pas de lignes directrices internationales sur l'intégration de la dimension de genre dans la recherche clinique. Lors de l'audition, Mme Hyde a souligné que seulement 4 % des études sur le COVID-19 enregistrées incluaient le genre ou le sexe comme variable d'analyse, et plus de 75 % des essais de traitement excluaient les femmes enceintes malgré le fait qu'elles soient à haut risque de maladies sévères liées au COVID-19. Jusqu'à présent, la recherche sur la santé des femmes s'est largement concentrée sur des maladies à taux de mortalité élevé, telles que le cancer. Selon des analyses de données mondiales, seulement 1 % de la recherche et de l'innovation en santé globale a été investi dans des maladies dont souffrent les femmes autres que l'oncologie, comme l'endométriose²¹. La recherche est principalement menée sur des corps d'hommes cisgenres, en utilisant des normes masculines, et par conséquent les dangers ou les effets secondaires possibles de nouveaux traitements ou vaccins sont mieux connus pour les hommes que pour les femmes.

27. Investir dans la recherche sur la santé des femmes peut avoir un impact important. Il est cependant peu probable que les besoins d'investissements puissent être satisfaits sans un soutien clair des pouvoirs publics. L'université de Vienne dispose d'une chaire « subventionnée » sur la médecine différenciée selon le genre, ce qui constitue une bonne pratique.

28. Investir dans la santé des femmes est bénéfique pour la société, et il est évident que de meilleurs soins peuvent également avoir un impact positif au niveau économique. L'investissement dans la médecine, la recherche et la formation sensibles au genre auront des conséquences positives à long terme. Les premières mesures évidentes pour garantir une plus grande inclusivité de la recherche médicale peuvent consister, par exemple, à s'éloigner de l'hypothèse selon laquelle l'organisme masculin est la norme et à exiger que les propositions de recherche incluent les femmes dans toute leur diversité tout au long de la vie. Pour atteindre

Comité des Ministres a recommandé aux gouvernements des États membres du Conseil de l'Europe, « dans le contexte de la protection des droits de la personne humaine, de faire du genre un domaine d'action prioritaire dans le domaine de la santé en élaborant des politiques et des stratégies qui répondent aux besoins spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé et prendre en compte l'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes ; de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes de façon équitable dans tous les secteurs et à tous les niveaux du système de santé, y compris dans les actions portant sur les soins de santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies ».

¹⁸ Amin, A., Vijayasingham, L., & Stevenson, J. (2022). Sex and gender blind spots and biases in health research. In: A. Broadbent & S. Venkatapuram (Eds.), *The Routledge Handbook of Philosophy of Public Health*, pp. 266–284. Abingdon: Routledge. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781315675411-21>.

¹⁹ Comité de bioéthique (DH-BIO), Conseil de l'Europe, « [Introduction d'une perspective d'égalité de genre](#) », 2020.

²⁰ Introduction d'une perspective d'égalité de genre, Rapport d'expert pour le DH-BIO (ancien nom du CDBIO) par le Professeur Dr. Ina Wagner, 2020.

²¹ Données présentées par Mme Hyde lors de l'audition tenue le 12 septembre 2024.

cet objectif, l'inclusion d'une dimension de genre et l'inclusion de lignées cellulaires féminines comme condition de financement pourraient avoir un effet incitatif. La nécessité de cette prise en considération du genre a aussi été soulignée par Mme Dunja Mijatović, ancienne Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe : « Il convient d'appliquer à toutes les questions de santé des approches sensibles au genre, qui tiennent compte des normes et des inégalités de genre et qui visent à réduire leurs effets préjudiciables²².

29. Au Danemark, l'Alliance pour la santé des femmes est une organisation multipartite qui a été créée dans le but de déclencher des changements et d'unir les forces pour faire de la santé des femmes une priorité des politiques publiques. Elle part du principe que personne ne conteste le fait que les femmes méritent de bénéficier de meilleurs soins de santé, de plus de recherche et de plus d'innovation en matière de traitement. L'objectif de l'Alliance pour 2025 est d'obtenir l'adoption d'un budget pour un centre national de recherche sur la santé des femmes sous l'égide du ministère de la Santé. En outre, des partenariats public/privé seront mis en place. Jusqu'à présent, 6 000 personnes ont rejoint l'Alliance.

5. Biais relatif à la douleur

30. La douleur ressentie par les femmes est souvent minimisée ou négligée. Un diagnostic d'endométriose prend environ 7 à 10 ans. Lors de notre audition, Mme Kvaskoff a souligné que les femmes atteintes d'endométriose sont souvent insatisfaites des soins qu'elles reçoivent et que leurs symptômes sont souvent ignorés. Elles doivent consulter en moyenne huit professionnel·les de santé pour obtenir un diagnostic. Malgré la prévalence de l'endométriose, l'intensité des symptômes douloureux, les conséquences économiques et l'impact sur la vie de ces femmes, la maladie reste mal connue et il n'y a toujours pas de traitement. L'ignorance ou la minimisation de la douleur ressentie par les femmes est certainement liée à un stéréotype de genre : la douleur des femmes est simplement considérée comme moins importante et moins inquiétante par les professionnel·les de santé.

31. Les douleurs liées aux règles sont considérées comme « normales », bien que l'intensité des douleurs ressenties par les femmes atteintes d'endométriose soit parfois insupportable. Certaines communes et certaines entreprises reconnaissent le droit de leurs employées à un congé menstruel, mais ce droit n'est pas encore généralisé et fait souvent l'objet de critiques.

32. Je voudrais souligner que la précarité menstruelle et la santé menstruelle ne sont pas seulement une question d'accès aux produits. Ce sont aussi des questions structurelles qui requièrent une approche pluridisciplinaire. La précarité menstruelle limite la participation des femmes et des jeunes filles à la vie économique, politique et sociale.

33. Selon Mme Hyde, le décalage entre l'investissement dans la santé des femmes et le fardeau réel de la maladie est profondément ancré dans le biais de genre, y compris le rejet de la douleur des femmes par les professionnel·les de santé. Par exemple, tandis que la recherche et le développement du Viagra ont progressé du laboratoire au marché en moins de six mois, l'endométriose et la ménopause ont été confrontées à des décennies de sous-investissement. Cette disparité reflète une tendance sociétale à normaliser la douleur des femmes, tout en priorisant et en valorisant la performance sexuelle des hommes—renforçant ainsi les inégalités de santé fondées sur le genre.

34. Mme Petra Bayr a parlé à la commission du film autrichien intitulé « Nicht die Regel », qui retrace les années de souffrance de femmes atteintes d'endométriose. De telles initiatives de sensibilisation devraient être davantage encouragées. Comme nous l'avons déjà dit, la santé des femmes est une question globale, qui a un impact global. La contribution à la sensibilisation par le biais de documentaires, de films et de la culture populaire peut être utile car elle améliore la compréhension du public mondial des défis posés par les inégalités de genre en matière de soins. Sensibiliser les jeunes adolescent·es, y compris les garçons, est d'une importance cruciale.

35. La Défenseure des droits française a fait état de différences dans les soins de santé, en fonction du genre, de l'origine, de la nationalité ou de la vulnérabilité économique des patient·es. Selon ses conclusions, les services d'urgence sous-estiment la douleur et la gravité des symptômes ressentis par les femmes, notamment lorsqu'elles sont jeunes, d'origine étrangère ou perçues comme telles²³. Avec des symptômes similaires, les hommes blancs auraient plus de chances d'être considérés comme une urgence vitale lorsqu'ils consultent un service d'urgence pour une douleur thoracique.

36. L'utilisation croissante de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé présente également des risques. Les systèmes d'intelligence artificielle (IA) pourraient simplement reproduire les préjugés humains liés au genre, et minimiser la douleur des femmes, en basant le diagnostic sur les besoins perçus plutôt que sur

²² « [Protéger le droit à la santé grâce à des systèmes de santé inclusifs et résilients accessibles à tous](#) », document thématique publié par la Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, 2021.

²³ Défenseure des droits, « [Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité](#) », 2025.

les besoins exprimés par les femmes²⁴. Par exemple, de nombreux algorithmes d'IA utilisés dans le diagnostic et le traitement sont formés à partir d'ensembles de données qui reflètent principalement les patients masculins, ce qui peut conduire à des erreurs de diagnostic pour les femmes, en particulier pour des pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, dont les symptômes diffèrent souvent entre les femmes et les hommes²⁵. Il est donc crucial de surveiller l'impact des systèmes d'intelligence artificielle du point de vue du genre et de les tester régulièrement pour détecter les biais liés au genre.

6. Discrimination à l'encontre des personnes LGBTI dans le secteur des soins de santé

37. Dans sa [Résolution 2048 \(2015\)](#) « La discrimination à l'encontre des personnes transgenres en Europe », l'Assemblée a appelé les États membres à apporter une protection contre la discrimination fondée sur l'identité de genre en matière d'accès aux soins de santé. Dans sa [Résolution 2191 \(2017\)](#) « Promouvoir les droits humains et éliminer les discriminations à l'égard des personnes intersexes », l'Assemblée a souligné l'importance de veiller à ce que les personnes intersexuées aient accès aux soins de santé sans obstacles. Ces appels sont toujours valables aujourd'hui.

38. Mme Giakoumopoulou a souligné lors de notre audition du 18 mars 2025 que les normes culturelles, la rhétorique anti-LGBTI, les barrières institutionnelles et la formation insuffisante des professionnel·les de santé contribuent à un accès inadéquat aux soins de santé et à leur qualité pour les personnes LGBTI à travers l'Europe. L'enquête de l'Agence européenne des droits fondamentaux (FRA) réalisée en 2020 a révélé que 16 % des personnes LGBTI étaient victimes de discrimination en matière de soins de santé, et que ce chiffre atteignait 34 % chez les personnes transgenres. Le « stress des minorités », qui conduit les personnes à éviter les consultations médicales, a un impact sur l'état de santé.

39. Le rapport « Personnes LGBTI en Europe : droit au meilleur état de santé possible et à l'accès aux soins », publié en 2024 par le Conseil de l'Europe, souligne qu'il existe des taux élevés de problèmes de santé mentale au sein de la communauté, exacerbés par des facteurs intersectionnels tels que l'appartenance ethnique, le handicap et le statut socio-économique²⁶. Ce rapport comprend 38 recommandations clés pour résoudre ces problèmes, notamment l'adoption de politiques de santé fondées sur les droits humains et l'amélioration de la collecte de données sur les besoins de santé des personnes LGBTI. Il est également nécessaire d'améliorer la formation des professionnel·les de santé, de renforcer la participation des communautés et d'apporter un soutien ciblé aux soins de santé spécifiques aux personnes transgenres et aux personnes âgées LGBTI. Il est essentiel de veiller à ce que les femmes et les personnes LGBTI accèdent à des postes de responsabilité dans le domaine de la santé et de la politique, afin d'avoir un impact sur la prise de décision en matière de santé.

40. M. Reid a souligné que des progrès avaient été réalisés dans des pays comme le Portugal, l'Islande et l'Espagne en prenant des mesures pour intégrer la santé des LGBTI dans les plans nationaux et en proposant des formations aux professionnel·les de santé. Tout au long de la carrière, une formation sur la lutte contre les discriminations et le respect des identités devrait être dispensée. Il est essentiel d'étendre les lois de lutte contre les discriminations aux services de santé et à tous les motifs de discrimination sexuelle et fondée sur le genre pour lutter contre la discrimination à l'encontre des personnes LGBTI dans le domaine de la santé.

41. La pathologisation de la reconnaissance juridique du genre entrave l'accès aux soins de santé. En Hongrie, le projet « Wishing well » a montré qu'un nombre considérable de personnes transgenres subissent des humiliations et des discriminations dans les soins de santé. Les obstacles administratifs compliquent également l'accès aux soins pour les personnes transgenres.

42. Le nombre de centres danois offrant des soins aux personnes transgenres et non binaires est passé de un à trois au cours des cinq dernières années. Les délais d'attente restent longs, ce qui peut avoir un impact significatif sur la santé mentale et conduit certaines personnes à se faire soigner à l'étranger pour éviter les retards du système de santé danois. Les personnes transgenres continuent de faire état de discriminations au sein des services de santé. Les soins de santé spécifiques aux personnes transgenres mineures font l'objet d'une politisation dans toute l'Europe.

²⁴ « [AI tools used by English councils downplay women's health issues, study finds](#) », *The Guardian*, 11 août 2025, « [Des différences basées sur le sexe](#) : selon une étude, l'IA de Google minimise les besoins médicaux des femmes, *Libération*, 11 août 2025 et Rickman S. (2025), « Evaluating gender bias in Large Language Models in long-term care ».

²⁵ Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE), « [Beijing Platform for Action +30 Impact driver - Marking milestones and opportunities for gender equality in the EU](#) », 27 mai 2025.

²⁶ Conseil de l'Europe, « [Personnes LGBTI en Europe : droit au meilleur état de santé possible et à l'accès aux soins](#) », 2024.

7. Stéréotypes de genre et santé mentale

43. Les différences de rôles, de statut et de pouvoir liées au genre, construites par la société, contribuent de manière significative aux disparités en matière de santé mentale. Les normes de genre et les attentes de la société façonnent les comportements et les attitudes. Cela a une influence sur la façon dont les problèmes de santé mentale sont exprimés par les patient-es et celle dont ils sont reconnus et traités par les professionnel·les de santé²⁷. Les personnes LGBTI sont touchées de manière disproportionnée par les problèmes de santé mentale en raison de la stigmatisation et de l'exclusion.

44. La discrimination fondée sur le genre augmente le risque de dépression et diminue l'estime de soi. Les adolescentes, par exemple, ont souvent une moins bonne estime d'elles-mêmes et une plus grande anxiété par rapport à leur image corporelle que les garçons, ce qui augmente leur risque de dépression.

45. En outre, les rôles de genre dits traditionnels peuvent limiter l'autonomie des femmes dans les décisions clés de la vie, ce qui contribue à aggraver les problèmes de santé mentale²⁸. On attend des femmes qu'elles donnent la priorité aux besoins des autres tout en réprimant leurs propres émotions.

46. L'autocensure par le silence se caractérise par la suppression de l'expression de soi. Si les hommes et les femmes peuvent céder à l'autocensure par le silence, les femmes sont plus souvent incitées socialement à adopter ce comportement, ce qui peut avoir un impact sur leur bien-être mental²⁹. La santé mentale des femmes doit être comprise en termes d'inégalités structurelles et de dynamique du pouvoir. L'autocensure par le silence est un mécanisme critique par lequel les attentes liées au genre façonnent le bien-être des femmes.

47. La violence fondée sur le genre a de graves répercussions sur la santé mentale, les femmes étant touchées de manière disproportionnée³⁰. Les survivant-es souffrent souvent d'anxiété, de vulnérabilité, de perte de confiance et de dépression. Parmi les autres effets, citons les troubles du sommeil, les crises de panique et une détresse psychologique de longue durée³¹. Ces effets cumulés soulignent la nécessité de mieux comprendre comment les expériences liées au genre influencent la santé mentale.

48. Lors de notre audition du 18 mars 2025, M. Reid a noté que les problèmes de santé mentale étaient directement liés à l'environnement dans lequel les gens se trouvaient, soulignant que des facteurs tels que l'environnement social, économique et physique jouaient un rôle crucial dans le bien-être. Il a insisté sur le fait que les professionnel·les devaient être mieux formés pour mieux comprendre et traiter ces influences.

49. Les stéréotypes sociétaux liés au genre peuvent également contribuer à retarder le diagnostic des problèmes de santé mentale ; les symptômes peuvent ne pas être reconnus ou traités de manière adéquate par les professionnel·les de santé. Historiquement, la recherche sur l'autisme s'est concentrée sur les garçons, en particulier les garçons blancs, perpétuant ainsi la croyance selon laquelle l'autisme est principalement une maladie masculine. Par conséquent, les outils de diagnostic traditionnels ont été conçus pour les garçons et, de ce fait, ils ne parviennent souvent pas à saisir les manifestations plus subtiles de l'autisme chez les filles. En outre, les filles autistes ont tendance à communiquer plus verbalement, ce qui peut conduire à des interprétations erronées et à un sous-diagnostic, car les symptômes peuvent ne pas correspondre aux critères de diagnostic standard généralement associés aux hommes³².

50. Ce préjugé lié au genre, associé à des différences comportementales, a contribué à un diagnostic erroné ou à l'omission des filles autistes dans les évaluations cliniques. Les filles autistes, en particulier celles qui ont des capacités verbales plus élevées et qui ne souffrent pas de handicaps psychosociaux graves, apprennent souvent à se camoufler ou à imiter les comportements sociaux. En outre, la prévalence plus élevée de troubles mentaux concomitants, tels que l'anxiété et la dépression, chez les filles peut compliquer davantage le diagnostic³³.

51. La vision historique de l'autisme comme une maladie essentiellement masculine perpétue le sous-diagnostic des femmes et des filles, car les enseignant-es et les professionnel·les de la santé peuvent ne pas prendre en considération la possibilité de l'autisme, ce qui conduit à des diagnostics tardifs ou manqués pour de nombreuses filles. Cela souligne la nécessité d'adopter une approche du diagnostic de l'autisme plus

²⁷ Organisation mondiale de la santé, « [Gender and mental health](#) », 2002.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ A. Ali, K. Oatley, B. B. Toner, « [Life stress, self-silencing, and domains of meaning in unipolar depression: an investigation of an outpatient sample of women](#) », *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 21, No. 6, décembre 2002.

³⁰ K. Bhui, « [Gender, power and mental illness](#) », Cambridge University Press, 28 février 2018.

³¹ Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA), « [Criminalité, sécurité et droits des victimes](#) », 8 mars 2021.

³² « [Autism Diagnoses in Adult Women Are on the Rise. We Asked Experts to Explain Why](#) », Self, 19 février 2025.

³³ *Ibid.*

inclusive et plus sensible à la dimension de genre, en veillant à ce que les manifestations spécifiques de l'autisme chez les femmes soient reconnues et prises en compte.

8. Garantir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive

52. L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive peut également être difficile. Parmi les obstacles figurent toutes les tentatives visant à restreindre l'accès aux services en matière d'avortement, l'accès à la contraception et l'accès à l'information sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR). Il est essentiel de veiller à ce que toutes les générations aient accès à l'information en matière de SDSR afin d'être en mesure de faire des choix éclairés : une restriction de l'information sur ces questions est, par essence, un moyen d'affaiblir l'autonomisation et la capacité d'action des personnes concernées.

53. Il existe également une discrimination en ce qui concerne l'accès à la procréation médicalement assistée (PMA). Certains États comme l'Espagne, le Danemark et la Belgique ont adopté des politiques inclusives en matière de procréation médicalement assistée. La France a accordé l'accès à la PMA aux femmes célibataires et lesbiennes en 2021. La Bulgarie et la Lettonie autorisent la PMA pour les femmes célibataires, mais pas pour les couples lesbiens.

54. Plusieurs États membres du Conseil de l'Europe, dont l'Italie, la Pologne, la République tchèque, la Serbie et la Slovaquie, n'autorisent ni les femmes célibataires ni les couples lesbiens à accéder à la PMA³⁴.

55. Même lorsque l'accès est légalement autorisé, les couples de personnes même sexe peuvent faire face à des préjugés et à un jugement lorsqu'ils consultent un médecin à propos de la PMA, ce qui conduit certains couples à décider de dissimuler leur relation.

56. Une personne transgenre peut également être confrontée à une discrimination dans l'accès à la PMA. L'Espagne apparaît comme une exception. En 2021, le gouvernement espagnol a adopté un décret ministériel rétablissant le libre accès à la PMA pour les femmes célibataires, les femmes lesbiennes, les bisexuel·les et les personnes transgenres.

57. Je pense que la préservation de la fertilité devrait être proposée à toutes les personnes qui traversent un processus de transition et que toute obligation de stérilisation au cours de ce processus devrait être supprimée. Les personnes transgenres sont souvent victimes d'exclusion, d'erreurs de genre et de microagressions qui compromettent la sécurité médicale et elles peuvent, pour ces raisons, dissimuler leurs objectifs en matière de procréation à leurs professionnel·les de santé, par crainte de la stigmatisation et de la discrimination.

9. Prévenir et combattre les violences fondées sur le genre dans le secteur de la santé

58. Lors de notre réunion du 4 février 2025, la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le droit à la santé physique et mentale a souligné que le secteur de la santé devait être considéré comme faisant partie d'un système social plus large. Dans ce secteur aussi s'observent des rapports de force, des asymétries et des normes sociales fondées sur le genre, tant du point de vue des professionnel·les de santé que de celui des patient·es. Choolwe Jacobs a souligné lors de notre réunion que « lorsque le personnel de santé de première ligne ne se sent pas en sécurité, sa motivation, ses performances et la qualité de ses services peuvent diminuer ».

59. Les femmes travaillant dans le secteur de la santé sont souvent moins bien payées que leurs collègues masculins et soumises à de mauvaises conditions de travail. Elles sont également la cible de commentaires sexistes de la part de patients ou de collègues. Les soignantes, dans toute leur diversité, peuvent se trouver dans des situations de vulnérabilité, au travail comme à la maison. Il faudrait intégrer, dans la formation des professionnel·les de santé, des stratégies de lutte contre le sexisme et contre la violence fondée sur le genre, et développer l'éducation contre les comportements et les violences sexistes.

60. Un hashtag #metoohealth sur les médias sociaux a permis de recueillir des témoignages de violences et de révéler l'ampleur du phénomène de la violence et de la discrimination fondées sur le genre dans le secteur de la santé³⁵. En entendant les témoignages de survivant·es, des professionnel·les de santé prennent conscience d'avoir fait l'objet de telles violences, et donc d'avoir besoin d'aide à leur tour. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a donné la priorité au renforcement de la réponse sanitaire à la violence contre les

³⁴ Compans M.-C., Zagel H., « [Medically assisted reproduction and non-normative family forms: legislation and public opinion in Europe](#) », *European Societies*, 27 (1), pp. 171– 203, février 2025.

³⁵ « [#Healthtoo Her stories: ending sexual exploitation, abuse and harassment of women health workers](#) », *Women in Global Health*, décembre 2022.

femmes et les filles, y compris au sein des professionnel·les de santé, dans le cadre de son prochain programme de travail quinquennal³⁶.

61. Certaines femmes médecins n'ont pas du tout conscience des préjugés liés au genre. Elles ont intégré le sexisme et les stéréotypes dans leur manière de se comporter avec leurs patientes. Parallèlement, certains professionnels de santé masculins ont commencé à dénoncer un climat de violence fondée sur le genre et de sexisme dans le secteur de la santé³⁷. Davantage d'efforts sont nécessaires, à de multiples niveaux, pour prévenir et combattre cette violence.

62. Les professionnel·les de santé peuvent également commettre des violences sexistes à l'encontre de patient·es ou de collègues, et des cas de violences psychologiques, physiques et sexuelles à l'encontre de patient·es ont été signalés.

63. La question du consentement est également au cœur de la relation entre un·e professionnel·le de santé et un·e patient·e, en tant qu'élément essentiel contribuant à l'établissement de la confiance. Aucune procédure médicale ne devrait être imposée à un·e patient·e sans son consentement préalable, sauf dans les situations d'urgence où le consentement explicite n'est pas possible.

10. Rôle majeur des professionnel·les de santé dans la prévention de la discrimination fondée sur le genre

64. Lors de notre audition du 5 décembre 2024, Mme Violette Perrotte a expliqué à la commission que l'idée de créer la Maison des femmes était née du constat que les femmes sont plus susceptibles de révéler des violences à des professionnel·les de santé qu'à des organisations spécialisées. Cette structure fonctionne comme un guichet unique, qui assure plusieurs types de services : planification familiale, soutien aux femmes victimes de violences, soutien aux femmes ayant fait l'objet de mutilations génitales féminines ou d'agressions sexuelles, et soutien aux femmes qui quittent leur domicile à cause de la violence. La Maison des femmes dispose d'une équipe pluridisciplinaire qui comprend notamment des médecins, des psychologues, des travailleuses et des travailleurs sociaux, des juristes et des fonctionnaires de police. Il y a aujourd'hui, en France et en Belgique, 26 structures créées sur le modèle de la Maison des femmes. Il est essentiel de respecter le secret médical et de renforcer la formation professionnelle. La Maison des femmes contribue aussi à la prévention en formant des professionnel·les de santé et des membres des forces de l'ordre et des forces armées, et en travaillant avec des auteurs de violences sexuelles.

65. Les professionnel·les de santé ont un rôle à jouer dans la prévention de la violence fondée sur le genre. Le docteur Lazimi a souligné l'importance de demander aux patient·es s'ils ou elles ont été confronté·es à de telles violences. Les victimes ont en effet tendance à révéler ce qui leur est arrivé lorsqu'on leur pose des questions directes dans un environnement où elles se sentent en sécurité et en confiance. Un·e généraliste peut beaucoup contribuer à détecter les violences et à aider les survivant·es.

66. L'ensemble des professionnel·les de santé ont insisté sur le besoin de formation et sur le fait qu'il reste difficile de former le personnel médical sur les questions liées au genre. Dans l'Analyse horizontale à mi-parcours des rapports d'évaluation de référence du GREVIO³⁸, le Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO) a souligné l'importance de donner aux professionnel·les de santé une formation qui leur permette de prendre en charge des victimes de violences sexuelles ou de violences domestiques, ce qui suppose aussi de collaborer avec la police pour signaler des cas, de collecter des données et de faciliter l'accès des femmes à la justice.

67. Mme Tlaleng Mofokeng, Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le droit à la santé physique et mentale, a déclaré que « la médecine est un outil puissant de protection des droits humains ». Malheureusement, il arrive aussi que des professionnel·les de santé pratiquent une discrimination fondée sur le genre, sur le statut social ou sur l'origine.

68. Il faudrait améliorer la formation des professionnel·les de santé sur ces questions et la rendre plus inclusive. Il est frappant de constater que la plupart des postes de direction dans le secteur de la santé sont occupés par des hommes, alors que les femmes représentent la majorité du personnel de santé. Investir dans la recherche sur les soins primaires et former les jeunes professionnel·les de santé afin d'induire des changements progressifs dans les pratiques médicales, en intégrant pleinement les principes des droits humains les plus progressistes, permettra de réduire, et à terme de supprimer, la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé.

³⁶ World Health Organization, [Special Initiative on Violence against Women and Girls](#).

³⁷ « [Nous, médecins, souhaitons dénoncer publiquement le sexisme systémique dans le monde médical hospitalier et universitaire](#) », *Le Monde*, Tribune, 17 février 2025.

³⁸ [Analyse horizontale à mi-parcours des rapports d'évaluation de référence du GREVIO \(2022\)](#).

69. Les professionnel·les de santé doivent également jouer un rôle crucial en apportant leur soutien aux patient·es LGBTI. Un cabinet médical où l'identité et la dignité de chaque patient·e sont pleinement respectées et protégées peut être un havre de paix et ne doit jamais être un lieu où l'on se sent jugé et discriminé.

11. Sensibilisation

70. L'une des clés de la lutte contre la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé est de sensibiliser les professionnel·les et le grand public à l'existence de cette discrimination et à ses conséquences. Par exemple, des campagnes de sensibilisation ciblées sur le dépistage des maladies cardiaques chez les femmes³⁹ ont été lancées dans plusieurs États membres du Conseil de l'Europe et pourraient inspirer d'autres campagnes.

71. Ces dernières années, les débats et les discussions sur la ménopause, l'endométriose et la santé menstruelle se sont multipliés. Il faudrait intensifier ces efforts afin que ces sujets ne soient plus tabous et que la douleur qui y est associée ne soit plus ignorée.

72. Des campagnes de sensibilisation à la santé des femmes en fonction de l'âge devraient aussi être envisagées. Il est essentiel d'investir dans la recherche sur le traitement et la prise en charge de l'endométriose et de la ménopause. Garantir l'accès à l'information sur la pré-ménopause et la ménopause, ainsi que sur leurs effets, peut aider les femmes qui traversent ces phases. Il est important de faire de l'endométriose et de la ménopause des priorités de santé publique afin que les professionnel·les et le grand public connaissent et comprennent ces questions de santé importantes qui touchent les femmes⁴⁰.

73. Il est nécessaire de développer davantage la collecte de données relatives à la santé des femmes et à la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé et à ses effets, de même que la collecte de données sur les difficultés rencontrées par les personnes LGBTI dans l'accès aux services de santé. Cette collecte de données peut servir de base à des campagnes de sensibilisation et à l'élaboration de politiques.

74. Les organisations non gouvernementales qui travaillent sur la santé des femmes et des personnes LGBTI doivent être soutenues dans leur important travail. Dans le contexte actuel de restrictions budgétaires, l'octroi de subventions pour des projets liés à la santé reste essentiel et ne doit pas être réduit.

75. Plusieurs États, comme la France⁴¹ et le Canada, ont adopté des politiques étrangères féministes et ont fait de la santé et des droits des femmes une priorité stratégique dans leurs relations extérieures. Ils financent des programmes de soutien à la santé et aux droits sexuels et reproductifs dans le monde entier.

76. Le retrait de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) de nombreux pays laissera des lacunes dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les programmes de santé et de droits sexuels et reproductifs, qui pourraient ne pas être comblées par les donateurs européens. La montée des mouvements populistes sur notre continent fait également peser des menaces sur l'investissement dans la santé et les droits des femmes, tant au niveau national qu'en ce qui concerne le financement des programmes d'aide extérieure.

12. Conclusions

77. En tant que parlementaires, nous avons la responsabilité et la possibilité d'inscrire la santé des femmes et des personnes LGBTI à l'ordre du jour de nos parlements et de soutenir le financement des services de santé pertinents lors des discussions budgétaires. Nous pouvons sensibiliser à la dimension de genre dans les soins de santé et contribuer ainsi à réduire les préjugés liés au genre dans ce domaine.

78. Les plans d'action nationaux pour la santé des femmes, assortis de feuilles de route, sont essentiels et nécessitent des budgets dédiés à la recherche, au traitement, à la sensibilisation et aux campagnes de prévention. En outre, les stratégies nationales en matière de santé des personnes LGBTI peuvent contribuer à une approche plus inclusive et à combler les lacunes éventuelles dans la prise en charge des personnes LGBTI.

79. Un changement systémique est nécessaire dans le secteur des soins de santé pour lutter contre la discrimination fondée sur le genre et contre la violence fondée sur le genre, qui affectent l'accès aux soins de santé. Une formation obligatoire sur la prévention et la lutte contre la discrimination fondée sur le genre devrait être assurée tout au long de la carrière des personnels de santé.

³⁹ « [HER Disease](#) », Heart Research UK.

⁴⁰ « [Un rapport parlementaire présente 25 préconisations pour faire de la ménopause une priorité de santé publique en France](#) », *Le Monde*, 9 avril 2025.

⁴¹ Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, « [Stratégie internationale de la France pour une diplomatie féministe 2025-2030](#) », février 2025.

80. Nous devons être proactifs dans la lutte contre les discours et les initiatives des mouvements anti-genre visant à restreindre le droit des femmes de disposer de leur corps. Lors de la Commission de la condition de la femme des Nations Unies (CSW69) de mars 2025, Mme Mofokeng a souligné que « dès lors que nous cessons de nous battre pour les personnes qui sont invisibles, qui ne peuvent pas se battre pour elles-mêmes pour quelque raison que ce soit, nous perdons même l'humanité pour nous-mêmes ».

81. Prévenir et combattre la discrimination fondée sur le genre dans le domaine de la santé est un moyen de lutter pour nous-mêmes et pour les autres et d'investir dans un avenir d'égalité. Les systèmes de santé doivent être avant tout centrés sur la personne et en aucun cas sur l'économie. Garantir l'accès aux soins de santé pour toutes et tous est un moyen de créer des sociétés plus égalitaires. Nous devons faire preuve de détermination et de courage politique pour promouvoir une approche fondée sur les droits humains dans l'élaboration des politiques de santé.