



TEXTES ADOPTÉS

Édition provisoire

P8_TA-PROV(2017)0028

Promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes dans la santé mentale et la recherche clinique

Résolution du Parlement européen du 14 février 2017 sur la promotion de l'égalité des genres en matière de santé mentale et de recherche clinique (2016/2096(INI))

Le Parlement européen,

- vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, et notamment ses articles 19 et 168, qui compte parmi les objectifs de toutes les politiques de l'Union la garantie d'un niveau élevé de protection de la santé humaine,
- vu la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, et notamment ses articles 21, 23 et 35,
- 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/CE,
- vu la directive 2001/20/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 avril 2001 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à l'application de bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments à usage humain,
- vu la communication de la Commission du 3 mars 2010 intitulée « Europe 2020: une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive » (COM(2010)2020),
- vu le livre vert de la Commission européenne intitulé « Améliorer la santé mentale de la population – Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne » (COM(2005)0484),
- vu la base de données de l'Union sur la santé mentale et le bien-être,
- vu le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS),
- vu la stratégie mondiale 2016-2030 de l'OMS pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent,
- vu la déclaration sur la santé mentale pour l'Europe de 2005, signée par l'OMS, la

Commission européenne et le Conseil de l'Europe,

- vu le plan d'action européen pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS,
 - vu le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être de 2008,
 - vu le plan d'action conjointe pour la santé mentale et le bien-être de la Commission (2013-2016),
 - vu l'observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels relative au droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (document des Nations unies E/C.12/2000/4), et son observation générale n° 20 relative à la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (document des Nations unies E/C.12/GC/2009),
 - vu la recommandation CM/Rec(2010)5 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe aux États membres sur des mesures visant à combattre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou le genre,
 - vu l'article 52 de son règlement,
 - vu le rapport de la commission des droits de la femme et de l'égalité des genres et l'avis de la commission du développement (A8-0380/2016),
- A. considérant que le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint fait partie des droits fondamentaux de l'homme et comporte une obligation de non-discrimination; considérant que les soins de santé doivent être accessibles pour tous; considérant que la santé mentale revêt une importance cruciale dans l'amélioration de la qualité de la vie des citoyens européens, dans le renforcement de l'intégration et de l'inclusion sociale et dans le développement économique et culturel de l'Union;
- B. considérant que, dans la situation mondiale actuelle, avec une crise économique qui n'en finit pas et une forte augmentation du chômage, en particulier chez les jeunes et chez les femmes, les cas de troubles psychiques tels que la dépression, le trouble bipolaire, la schizophrénie, l'anxiété et la démence vont croissant;
- C. considérant que l'OMS définit la santé comme étant non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais l'état de complet bien-être des points de vue physique, mental et social; considérant que, selon l'OMS, l'appellation «troubles mentaux» désigne une série de troubles de la santé mentale et du comportement, comme la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie, les troubles liés à l'anxiété, la démence et l'autisme; considérant que, par l'expression «santé mentale», l'OMS désigne un état de bien-être émotionnel et psychologique dans lequel l'individu est en mesure d'utiliser ses capacités cognitives ou émotionnelles, d'exercer sa fonction à l'intérieur de la société, de répondre aux exigences quotidiennes de la vie de tous les jours, d'établir des relations satisfaisantes et mûres avec autrui, de participer de manière constructive aux changements de l'environnement et de s'adapter aux conditions extérieures et aux conflits intérieurs;
- D. considérant que la santé mentale nécessite une conception et une approche holistiques, tenant compte des facteurs sociaux, économiques et environnementaux, ainsi qu'une approche psychosociale de la société dans son ensemble afin que tous les citoyens

puissent atteindre le meilleur état de bien-être mental possible;

- E. considérant qu'une stratégie globale relative à la santé mentale et au bien-être doit inclure une dimension du cycle de vie et tenir compte des différents facteurs qui touchent les individus d'âges différents; que les vulnérabilités spécifiques des adolescentes et des femmes âgées doivent être prises en compte;
- F. considérant que la santé mentale et la santé physique sont liées et sont toutes deux essentielles au bien-être général; qu'il est attesté qu'une mauvaise santé mentale peut engendrer des maladies physiques chroniques, et que les personnes en souffrant sont davantage susceptibles de développer des troubles mentaux; qu'en dépit des liens établis entre elles, la priorité est souvent donnée aux recherches sur la santé physique aux dépens des recherches sur la santé mentale;
- G. considérant que la santé mentale des femmes et des jeunes filles dépend d'une multitude de facteurs, y compris les fréquents stéréotypes de genre, la discrimination, la réification, la violence de genre et le harcèlement, l'environnement de travail, l'équilibre vie professionnelle/vie privée, les conditions socio-économiques, l'absence ou la mauvaise qualité de l'éducation en matière de santé mentale et l'accès limité aux soins de santé mentale;
- H. considérant que 9 personnes sur 10 souffrant de problèmes de santé mentale déclarent être victimes de stigmatisation et de discrimination, et que 7 sur 10 d'entre elles déclarent que ces stigmatisation et discrimination nuisent à leur qualité de vie;
- I. considérant qu'une attention doit être accordée aux facteurs géographiques de santé mentale et de bien-être et aux différences entre les environnements urbains et ruraux, y compris aux facteurs démographiques, d'accès aux soins et de prestations de services;
- J. considérant que les changements hormonaux intervenant au cours de la périménopause et de la période faisant suite à la ménopause peuvent nuire à la santé émotionnelle d'une femme et engendrer des problèmes de santé mentale, notamment la dépression et l'anxiété; que l'hypersensibilité aux symptômes peut empêcher de détecter ces troubles à temps et de prescrire un traitement adapté;
- K. considérant que les facteurs déterminants de santé mentale et de bien-être varient en fonction du sexe et des catégories d'âge; considérant que des facteurs tels que l'inégalité entre les hommes et les femmes, les disparités de revenus, l'exposition plus importante des femmes à la pauvreté et au surmenage, à la discrimination socio-économique, aux violences fondées sur le genre, à la malnutrition et à la faim font qu'elles courent un plus grand risque de troubles mentaux; considérant que, selon l'OMS, il n'y a pas de différence significative entre les genres concernant les problèmes de santé mentale, mais que les femmes présentent des taux plus élevés de dépression, d'anxiété, de stress, de somatisation ainsi que des troubles du comportement alimentaire, et les hommes présentent des taux plus élevés de toxicomanie et de troubles antisociaux; considérant que, parmi les troubles neuropsychiatriques, la dépression atteint le pourcentage de charge de morbidité le plus élevé, où les femmes atteignent une valeur plus élevée que les hommes; que chez les femmes âgées de 15 à 44 ans, la dépression est la première cause de charge de morbidité;
- L. considérant que la mauvaise santé mentale et le bien-être mental sont souvent négligés,

ignorés ou réprimés, en raison de stigmates, de préjugés et d'un manque de sensibilisation ou de ressources; que cette situation pousse de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux à ne pas consulter, et des médecins à ne pas diagnostiquer ces troubles mentaux chez leurs patients ou à les identifier de manière erronée; que le diagnostic de troubles mentaux est fortement influencé par le genre, les femmes étant plus susceptibles de se voir diagnostiquer certains troubles que les hommes;

- M. considérant que les femmes lesbiennes et bisexuelles ainsi que les personnes transgenres et intersexuées rencontrent particulièrement des problèmes de santé mentale spécifiques engendrés par le stress de la minorité, défini comme le plus haut degré d'anxiété et de stress provoqué par les préjugés, la stigmatisation et l'expérience de la discrimination, ainsi que la médicalisation et la pathologisation; que les personnes LGBTI sont susceptibles de rencontrer des obstacles à leur bonne santé mentale et à leur bien-être qu'il convient de prendre en compte dans toute stratégie en matière de santé mentale;
- N. considérant que, parmi les somatisations, les cas de fibromyalgie et de fatigue chronique sont également plus fréquents chez les femmes, avec comme principaux symptômes la douleur et le surmenage, alors que de nombreux autres symptômes sont communs à d'autres pathologies;
- O. considérant que les identités transgenres ne sont pas pathologiques, mais sont malheureusement toujours considérées comme des troubles de la santé mentale, et que la plupart des États membres exigent que de tels diagnostics soient réalisés afin de permettre l'accès à la reconnaissance juridique du genre ou aux soins liés aux transgenres, bien que les recherches aient démontré que le diagnostic du «trouble de l'identité de genre» est une source de détresse importante pour les personnes concernées;
- P. considérant que les troubles dépressifs représentent 41,9 % de l'invalidité causée par des troubles neuropsychiatriques chez les femmes et 29,3 % chez les hommes;
- Q. considérant que l'OMS a estimé que la dépression touche 350 millions de personnes; considérant que, d'ici 2020, cette maladie représentera la deuxième cause d'invalidité au travail;
- R. considérant que les enfants pré-pubères à l'identité de genre différente de leur genre biologique font toujours l'objet de pratiques de diagnostic inutiles et douloureuses, alors que chaque enfant devrait être autorisé à explorer en toute sécurité son identité et son expression de genre;
- S. considérant qu'en raison de plusieurs facteurs, qui concernent au premier chef les divers rôles des genres et les inégalités entre eux, la dépression est à peu près deux fois plus répandue parmi les femmes que parmi les hommes, et qu'un nombre particulièrement élevé de transgenres ont déjà pensé au suicide et ont déjà tenté de mettre fin à leurs jours; que les études démontrent que l'imposition des rôles traditionnels des genres a un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être des femmes;
- T. considérant que les systèmes éducatifs et environnements de travail des États membres n'accordent pas assez d'attention à la santé mentale et au bien-être en raison de la stigmatisation fréquente de la santé mentale et du tabou qu'elle constitue; que l'éducation sur la santé mentale lutte contre les stigmates du sujet et qu'elle doit

également s'élever contre les vulnérabilités spécifiques au genre, les stéréotypes et la discrimination fondés sur le genre dont souffrent les femmes et les jeunes filles;

- U. considérant que les hommes et les jeunes garçons sont en proie à des problèmes de santé mentale; considérant qu'en Europe les hommes sont presque cinq fois plus susceptibles de se suicider que les femmes, et que le suicide est la principale cause de mortalité chez les hommes de moins de 35 ans; que les hommes sont trois fois plus susceptibles de devenir dépendant à l'alcool que les femmes, et qu'ils sont également plus susceptibles de prendre des substances illégales (et d'en mourir); que les hommes sont moins enclins à suivre des psychothérapies que les femmes; que les hommes et les jeunes garçons font face à des stéréotypes de genre autour de la masculinité pouvant encourager la répression des émotions ou le recours à la colère, et que ces stéréotypes ont des conséquences sur la santé mentale des hommes, tout comme sur le phénomène de la violence de genre;
- V. considérant qu'au sein de l'Union européenne sont recensés environ 58 000 suicides par an et qu'un quart d'entre eux sont commis par des femmes; que le suicide reste une cause importante de décès;
- W. considérant que l'approche psychosociale de la société dans son ensemble relative à la santé mentale nécessite une cohérence des politiques de bien-être, une coordination des soins de santé, une éducation, de l'emploi ainsi que des mesures économiques et sociales afin d'atteindre des niveaux globalement plus élevés de bien-être mental;
- X. considérant que les troubles alimentaires tels que l'anorexie ou la boulimie touchent de plus en plus les adolescentes et les jeunes femmes entrant dans l'âge adulte;
- Y. considérant que de nombreux textes documentent les répercussions à long terme sur la santé physique et mentale de troubles de l'alimentation tels que l'anorexie et la boulimie, de même que la dimension de genre de leurs causes;
- Z. considérant que les femmes, dans le milieu professionnel, sont plus exposées à des actes de harcèlement moral ou sexuel, qui créent des fragilités et des déséquilibres sur le plan psycho-physique chez la victime;
- AA. considérant que les modèles de services sociaux développés pour soigner les maladies mentales par des activités sportives, artistiques ou sociales, devraient être pris en compte par les programmes de santé publique en ce qui concerne la prévention, le traitement et la réhabilitation;
- AB. considérant que les personnes handicapées risquent de souffrir de problèmes de santé mentale exacerbés;
- AC. considérant que l'éducation sexuelle et relationnelle est essentielle à la lutte contre les stéréotypes et la violence de genre, ainsi qu'à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des jeunes filles et jeunes garçons, ainsi que des femmes et des hommes;
- AD. considérant que les troubles mentaux et maladies mentales sont l'une des principales causes d'incapacité, portant préjudice à la santé, à l'éducation, à l'économie, au marché de l'emploi et aux régimes de protection sociale de l'Union, et sont à l'origine de lourdes dépenses économiques et de répercussions négatives significatives sur l'économie de l'Union, donnant de nouvelles raisons de s'attaquer aux soins de santé

mentale de façon globale, exhaustive et tenant compte du genre; considérant que, d'après une étude de l'EDA (association européenne contre la dépression), un travailleur sur 10 est en arrêt de travail pour cause de dépression dans l'UE, ce qui génère des coûts estimés à 92 milliards d'euros, essentiellement en raison d'une perte de la productivité;

- AE. considérant que la santé mentale des femmes dépend de facteurs tels que l'éducation reçue, l'intériorisation des valeurs, normes et stéréotypes sociaux et culturels, de la manière dont elles ont vécu et intégré leurs expériences, des attitudes qu'elles adoptent envers elles-mêmes et envers les autres, des rôles qu'elles jouent et des obstacles et pressions qui pèsent sur elles, plus que des caractéristiques biologiques;
- AF. considérant que la prise en considération de la diversité des femmes et de leur spécificité physiologique et leur intégration dans les politiques de santé destinées aux femmes, à l'aide de politiques spécifiques destinées aux groupes vulnérables et marginalisés, pourraient renforcer l'efficacité de ces politiques;
- AG. considérant que, pour diverses raisons, les femmes ont très longtemps été exclues de la recherche toxicologique et biomédicale, ainsi que des essais cliniques, et que les importantes lacunes existant dans la recherche au niveau du genre démontrent à quel point nous sommes ignorants quant aux différences existant entre la santé des femmes et celle des hommes; considérant qu'il en découle que la recherche biomédicale a eu tendance à refléter principalement une perspective masculine, en assimilant par erreur les femmes aux hommes dans des domaines où des différences physiologiques existent; considérant que les recherches sur les besoins spécifiques des femmes intersexuées sont insuffisantes;
- AH. considérant que l'exclusion et la sous-représentation des femmes en tant que sujets, ou du genre et du sexe en tant que facteurs dans la recherche biomédicale et les essais cliniques mettent en péril la vie et la santé des femmes;
- AI. considérant que le règlement (UE) n° 536/2014 relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain introduit des conditions pour la prise en compte du genre lors des essais, la mise en œuvre du présent règlement devant toutefois être évaluée; que le règlement ne tient compte que des femmes enceintes ou allaitantes;
- AJ. considérant que l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) n'a pas élaboré de stratégies spécifiques visant à mettre en œuvre des lignes directrices concernant l'étude et l'évaluation des différences de genre dans l'évaluation clinique de médicaments, bien qu'elle ait reconnu que certains facteurs ayant une influence sur l'incidence d'un médicament dans la population peuvent être importants lors de l'étude de différences potentielles des réactions entre hommes et femmes et que des influences spécifiques au genre peuvent également jouer un rôle important dans l'effet d'un médicament¹;
- AK. considérant que les effets de substances et de médicaments, comme les moyens de contraception, les antidépresseurs et les tranquillisants, sur la santé physique et mentale

¹ EMA/CHMP/3916/2005 - ICH
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500059887.pdf

des femmes ne sont pas suffisamment connus et nécessitent davantage de recherches afin d'éliminer les effets secondaires préjudiciables et d'améliorer la prestation de soins;

- AL. considérant que les dimensions de sexe et de genre en matière de santé supposent que les femmes sont confrontées à des risques de santé spécifiques au cours de leur vie;
- AM. considérant qu'il existe un manque de données comparables relatives aux soins disponibles, accessibles et de qualité destinés aux transgenres, et que les produits utilisés lors de la thérapie de substitution hormonale ne sont pas correctement testés et approuvés;
- AN. considérant que la mortalité maternelle est considérée comme un paramètre essentiel de l'efficacité, de la qualité et de la performance d'un système de santé;
- AO. considérant que le fait de ne pas pouvoir accéder aux droits sexuels et génésiques, y compris aux services sûrs et légaux en matière d'avortement, met en péril la vie et la santé des femmes et des jeunes filles, et de toute personne dotée de capacités génésiques, aggrave la mortalité et la morbidité et entraîne le refus de soins permettant de sauver des vies ainsi qu'une augmentation du nombre d'avortements clandestins;
- AP. considérant que, dans l'ensemble des pays dont les données sont disponibles, d'énormes différences existent entre l'état de santé des différents groupes socio-économiques, et entre les hommes et les femmes, différences qui se traduisent par des taux de morbidité et de mortalité systématiquement plus élevés chez les individus dont le niveau d'éducation, d'occupation et/ou de revenu est le plus faible; que ces inégalités en matière de santé constituent l'un des défis majeurs auxquels doivent faire face les politiques de santé publique actuelles; que les conditions socio-économiques médiocres, la pauvreté et l'exclusion sociale ont une incidence particulièrement négative sur la santé mentale et le bien-être;
- AQ. considérant qu'une éducation sexuelle complète, adaptée à l'âge des enfants, fondée sur des données factuelles, scientifiquement exacte et sans jugement, des services de planification familiale de qualité et l'accès à la contraception contribuent à éviter les grossesses non planifiées et non désirées, diminuent le besoin d'avortements et contribuent à prévenir le VIH et les IST; que le fait d'apprendre aux jeunes à se charger de leur propre santé sexuelle et génésique a des effets positifs à long terme, qui durent toute leur vie et ont également une incidence positive sur la société;
- AR. considérant qu'aujourd'hui, dans l'Union, un nouveau-né sur quatre vient au monde par césarienne et que, d'après les statistiques, les problèmes de santé liés à cet acte chirurgical sont en augmentation chez les mères comme chez les enfants;
- AS. considérant que la fermeture de maternités et le fort déclin du nombre de sages-femmes et d'obstétriciens indépendants dans certains États membres de l'Union créent d'ores et déjà un déficit dangereux dans le secteur des soins médicaux;
- AT. considérant que les restrictions et les coupes budgétaires décidées par les gouvernements nationaux dans le domaine de la santé publique et de l'éducation rendent également plus difficile l'accès aux services de santé et nuisent particulièrement aux femmes, en particulier aux mères seules et aux familles nombreuses;
- AU. considérant que les migrantes, réfugiées et demandeuses d'asile sont susceptibles d'être

en outre confrontées à des pathologies particulièrement importantes par manque de soins appropriés ou à des problèmes spécifiques liés à la santé génésique, tels que des complications au niveau de la grossesse et de l'accouchement ainsi qu'au risque au risque de subir une exposition traumatique à des violences (sexuelles) et à des abus, ainsi qu'aux risques spécifiques pouvant altérer leur santé mentale et leur bien-être; considérant que se dressent de nombreux obstacles spécifiques à la prestation de soins mentaux aux réfugiés, dont l'étendue varie en fonction d'un certain nombre de facteurs, notamment leur pays d'origine et le temps qu'ils ont passé dans le pays d'accueil;

- AV. considérant que les femmes souffrent de certains types de cancers tels que des cancers du sein, de l'utérus et du col de l'utérus, qui frappent avant tout, voire exclusivement, les femmes;
- AW. considérant que les femmes atteintes de cancer et subissant des interventions et des traitements invasifs, comme la radiothérapie et la chimiothérapie, sont plus exposées au risque de dépression;
- AX. considérant que dix États membres de l'Union ont atteint l'objectif du dépistage à 100 % de la population féminine du cancer du sein, et que huit pays ont fixé cet objectif en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus;
- AY. considérant que des maladies telles que l'ostéoporose, les troubles musculo-squelettiques et des affections du système nerveux central telles que la maladie d'Alzheimer et/ou la démence sont liées aux modifications hormonales que les femmes subissent au moment de la ménopause, voire plus tôt en cas de traitements aux hormones; considérant que, bien que l'on sache que les femmes sont plus fréquemment exposées à ces maladies que les hommes, la dimension de genre a été négligée dans la recherche menée sur ces sujets;
- AZ. considérant que l'endométriose est une maladie incurable qui frappe environ une femme ou jeune fille sur dix (soit grosso modo 180 millions de femmes au niveau planétaire et 15 millions au sein de l'UE); considérant que cette maladie provoque fréquemment l'infertilité, est souvent très douloureuse et engendre des problèmes de santé mentale, ce qui est très handicapant dans divers aspects de la vie professionnelle, privée et sociale;
- BA. considérant que la violence de genre physique et psychologique ainsi que la violence exercée contre les femmes et leurs répercussions sur la santé des victimes constituent un obstacle fondamental à la réalisation de l'égalité entre les genres et à la jouissance complète, par les femmes, des libertés relevant des droits humains fondamentaux;
- BB. considérant que les femmes et les jeunes filles soumises à des mutilations génitales féminines en subissent les graves conséquences à court et à long terme en termes de santé physique, psychologique, sexuelle et génésique;
- BC. considérant que les personnes intersexuées victimes de mutilation génitale souffrent également des conséquences sur leur santé physique, psychologique, sexuelle et génésique;
- BD. considérant que les transgenres sont toujours soumis à la stérilisation forcée dans le cadre des procédures de reconnaissance de l'identité de genre au sein de 13 États membres;

- BE. considérant qu'une collecte systématique et appropriée des données sur la violence à l'encontre des femmes est essentielle afin d'assurer l'élaboration d'une politique efficace en la matière, que ce soit à l'échelle centrale ou régionale et locale, et de surveiller l'application de la législation;
- BF. considérant que les femmes qui ont subi des violences de genre souffrent de séquelles, souvent à vie, sur le plan physique et mental; que, selon le rapport mondial sur la violence et la santé présenté par l'OMS¹, les répercussions de la violence de genre sur les femmes peuvent prendre diverses formes: des répercussions physiques (contusions, fractures, douleurs chroniques, handicap, fibromyalgie, troubles gastro-intestinaux, etc.); des répercussions psychologiques et comportementales (abus d'alcool ou de drogues, dépression et anxiété, troubles de l'alimentation et du sommeil, sentiment de honte et de culpabilité, phobies et trouble panique, perte de confiance en soi, trouble de stress post-traumatique, troubles psychosomatiques, comportement suicidaire et autodestructeur, insécurité lors des relations postérieures, etc.); des répercussions sur la santé sexuelle et génésique (troubles gynécologiques, stérilité, complications de la grossesse, fausses couches, dysfonctionnement sexuel, maladies sexuellement transmissibles, grossesse non désirée, etc.) et des conséquences fatales (homicide, suicide, décès causé par une maladie sexuellement transmissible, etc.);

L'égalité des genres en matière de santé mentale

1. invite la Commission et les États membres à faire suite à la base de données de l'Union sur la santé mentale et le bien-être et à élaborer une nouvelle stratégie ambitieuse en matière de santé mentale, promouvant une approche psychosociale holistique de la société dans son ensemble, qui comprend un pilier hommes-femmes solide et assure une cohérence des politiques de santé mentale;
2. note qu'au sein de l'Union 27 % des adultes, hommes et femmes confondus, ont déjà été touchés par au moins une forme de maladie mentale;
3. demande aux États membres d'arrêter des mesures et de prévoir des ressources suffisantes permettant à toutes les femmes d'accéder à des services de santé, notamment des services de santé mentale – y compris des refuges pour femmes –, quels que soient leur statut juridique, la nature de leur handicap, leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leurs caractéristiques sexuelles, leur race ou leur origine ethnique, leur âge ou leur religion; demande aux États membres et à la Commission de combler les inégalités d'accès aux soins de santé mentale;
4. note que davantage de recherches sont nécessaires sur les incidences de la violence de genre sur la santé mentale, y compris la violence verbale et psychologique, le harcèlement et l'intimidation;
5. invite la Commission, les États membres et les autorités locales à répondre aux défis de santé mentale que pourraient rencontrer les LGBTI dans le cadre des stratégies sensibles à la dimension du genre de la santé mentale; encourage les États membres à appliquer les recommandations du Conseil de l'Europe figurant dans le document CM/Rec(2010)5 et à tenir compte des besoins particuliers des personnes lesbiennes, bissexuelles et transgenres dans l'élaboration de politiques, de programmes et de

¹ Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano, 2002.

protocoles de santé;

6. demande aux États membres d'encourager la création de structures de psychoncologie, afin d'accompagner les patientes atteintes de cancer tout au long de leur parcours de traitement et de réadaptation au moyen d'un soutien psychologique;
7. attire l'attention sur la gravité de la situation des femmes souffrant d'un handicap physique, qui sont souvent exposées à des difficultés qui ne sont pas liées uniquement au handicap physique, au renforcement de l'isolement social et à l'inactivité involontaire; invite les États membres à accroître la disponibilité du système des soins psychologiques préventifs pour les femmes souffrant d'un handicap physique et à fournir un soutien psychologique aux femmes qui prennent soin de leurs enfants gravement handicapés; souligne la nécessité d'une stratégie et d'un partage des meilleures pratiques relatives à la santé mentale et au bien-être des femmes et jeunes filles handicapées;
8. invite la Commission et les États membres à promouvoir des campagnes d'information et de prévention et d'autres initiatives sur les maladies psychiques, afin de mieux sensibiliser l'opinion publique et de combattre les stigmates; prie les États membres et la Commission d'investir dans l'éducation officielle et officieuse relative à la santé mentale et au bien-être pour toute catégorie d'âge en mettant l'accent sur les problèmes de santé mentale relatifs au genre, comme la dépression, l'anxiété ou la toxicomanie; invite les États membres à veiller à ce que les écoles bénéficient de structures adaptées afin d'identifier et d'aider ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale et d'assurer l'accès aux services de santé mentale; note que 70 % des enfants et des jeunes ayant souffert d'un problème de santé mentale n'ont pas reçu les soins nécessaires suffisamment tôt;
9. invite la Commission, les États membres et l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) à renforcer la collecte à intervalles réguliers, au niveau de l'Union et des États, de données non agrégées sur la santé mentale, notamment sur la prévalence de la dépression, ces données étant ventilées au moins selon le sexe, le genre, la catégorie d'âge et le statut socio-économique et incluant des indicateurs de santé sexuelle et génésique;
10. estime que les mesures prises pour la santé mentale et le bien-être à l'échelle de l'Union doivent mobiliser les personnes clés de la sphère politique, du secteur de la santé, de l'éducation et du domaine social, ainsi que les partenaires sociaux et les organisations de la société civile; estime qu'il est important que la santé mentale cesse d'être considérée comme un tabou dans certains milieux sociaux;
11. insiste sur le fait que le lien existant entre les conditions socio-économiques, la santé mentale et le bien-être est essentiel à la cohérence des politiques relatives à la santé mentale, en ce que la pauvreté et l'exclusion sociale mènent à des problèmes de santé mentale plus graves; note que la féminisation de la pauvreté et les politiques d'austérité ont des incidences disproportionnées sur les femmes et mettent davantage en péril leur bien-être mental;
12. met en exergue l'importance du traitement et des soins sociaux de la santé mentale par des activités sportives, musicales, artistiques et culturelles, en tant qu'élément essentiel de prestation de soins de santé, et d'un traitement et de soins sociaux réduisant le coût

financier et humain que des problèmes de santé mentale peuvent engendrer pour les particuliers et la société dans son ensemble; invite la Commission et les États membres à investir davantage dans des programmes sociaux de soins de santé mentale, telle la prescription sociale;

13. note avec inquiétude que d'après l'Organisation mondiale de la santé, seuls 13 États membres de l'Union ont mis en place une stratégie nationale de prévention du suicide; demande à la Commission et aux États membres d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie nationale de prévention du suicide et des mesures permettant de réduire les facteurs de risque de suicide tels que l'abus d'alcool, la consommation de drogues, l'exclusion sociale, la dépression et le stress; demande en outre que soient mis en place des mécanismes de soutien après une tentative de suicide;
14. reconnaît l'influence des médias et particulièrement de l'internet et des réseaux sociaux sur la santé mentale et le bien-être, notamment chez les jeunes femmes et filles, et note que davantage de recherches doivent être menées à ce sujet; observe que les cultures des médias qui placent l'accent sur l'âge et l'apparence physique des femmes sont susceptibles de provoquer la santé mentale et le bien-être des femmes et des jeunes filles des effets négatifs tels que l'anxiété, la dépression ou des comportements obsessionnels; souligne que des outils efficaces, en ce compris des instruments juridiques, doivent être élaborés afin de faire face à l'intimidation et au harcèlement en ligne ainsi qu'à la réification; met en lumière les besoins d'une stratégie ambitieuse relative à la santé mentale et au bien-être en ligne, ainsi que la nécessité de travailler aux côtés des acteurs concernés à l'élaboration de nouvelles thérapies en ligne, et de les promouvoir; reconnaît qu'une stratégie des médias concernant la santé mentale doit englober toutes les parties intéressées, y compris les éditeurs et l'industrie de la publicité, qui doivent adopter des normes éthiques afin d'éviter la réification des femmes et la promotion des stéréotypes fondés sur le genre;
15. signale que, dans certains cas, les femmes ont une perception déformée de leur image, causée par les médias, les stéréotypes véhiculés par la publicité et la pression sociale, et développent des troubles alimentaires et comportementaux, tels que l'anorexie, la boulimie, l'orthorexie, l'hyperphagie ou la bigorexie; plaide en faveur d'une approche tenant compte du genre vis-à-vis des troubles de l'alimentation et de la nécessité de l'intégrer dans le discours tenu à l'égard de la santé et les informations destinées à la population; demande aux États membres de créer des centres d'assistance et d'écoute dans les écoles pour soutenir psychologiquement les étudiants, en particulier les adolescentes, qui risquent davantage d'être exposées à des troubles alimentaires;
16. se réjouit que, pour la première fois, les dirigeants mondiaux reconnaissent la promotion de la santé mentale et du bien-être, ainsi que la prévention et le traitement de la toxicomanie, en tant que priorités sanitaires dans le programme de développement mondial;
17. exprime ses vives inquiétudes quant à la prestation de soins de santé et les installations visant à accueillir les femmes et jeunes filles en Europe, notamment celles se trouvant dans des conditions précaires dans les États membres; souligne que la détention de réfugiés et de demandeurs d'asile sans un examen efficace de leurs demandes constitue une violation du droit international et a une incidence négative sur leur santé mentale et leur bien-être; demande aux États membres de protéger les demandeuses d'asile détenues et souligne que ces femmes doivent pouvoir bénéficier immédiatement d'une

protection, y compris d'une libération immédiate, d'un relogement rapide et d'un soutien et de conseils; invite les États membres à séparer les politiques de santé du contrôle d'immigration en permettant un accès aux services de soins de base et en n'imposant aucune obligation de signaler tout migrant sans-papiers aux professionnels de la santé; demande, en outre, aux États membres de mettre en œuvre les directives multiorganismes sur la protection et le soutien de la santé mentale et du bien-être psychosocial des réfugiés, des demandeurs d'asile et des migrants en Europe, telles qu'élaborées par l'OIM/Europe, le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) et l'OIM;

18. insiste sur le fait que dans de nombreux cas les femmes se voient obligées d'effectuer une double journée, une sur leur lieu de travail et l'autre à la maison, car les hommes ne s'impliquent pas assez dans les tâches domestiques et dans l'éducation des filles et des garçons, ce qui entraîne dépression, anxiété et stress chez de nombreuses femmes, en plus d'un sentiment de culpabilité de ne pas s'occuper suffisamment de la famille, rôle traditionnellement attribué à la femme;
19. dénonce un nouveau stéréotype sexiste prévalant qui est celui de la femme moderne qui doit réussir ses études et sa carrière professionnelle, tout en continuant de répondre aux attentes traditionnelles quant à son rôle de bonne épouse et maîtresse de maison, de mère parfaite et de femme toujours séduisante, comportement qui génère du stress et de l'anxiété chez de nombreuses femmes;
20. invite la Commission, les États membres et les autorités locales à développer des politiques spécifiques adaptées afin de fournir des prestations de santé mentale à des groupes de femmes vulnérables au sein de communautés marginalisées ainsi qu'aux personnes confrontées à la discrimination intersectionnelle, telles que les femmes réfugiées et migrantes, les femmes en situation de pauvreté et victimes d'exclusion sociale, les personnes transgenres et intersexuées, les femmes issues de minorités ethniques, les femmes handicapées, âgées et provenant de zones rurales;
21. souligne l'importance d'une approche relative à la santé mentale axée sur le cycle de vie, où les besoins de chaque catégorie d'âge sont abordés de manière cohérente et exhaustive, en mettant l'accent sur les adolescentes et les femmes âgées, qui, en moyenne, font état d'une satisfaction individuelle plus faible que celle des hommes de même catégorie d'âge;
22. recommande que, dans le cas de grossesses, les soins de santé soient appliqués le plus tôt possible, dès le premier trimestre d'une grossesse, afin qu'il soit possible d'identifier les conditions spécifiques susceptibles de nécessiter une surveillance, de déceler les problèmes sociaux pour lesquels les femmes pourraient recourir aux services sociaux ou de santé mentale et d'informer les femmes sur des questions liées à la grossesse; demande que soit garanti, dans tous les États membres de l'Union, le droit à un accouchement sûr et que soit renforcée l'obstétrique généralisée et de proximité, en incluant les sages-femmes et obstétriciens, et insiste sur l'importance de ce défi pour les zones rurales; souligne que les soins psychologiques sont tout aussi importants que les soins physiques et note qu'entre 10 et 15 % des femmes de l'Union venant d'accoucher souffrent de dépression postnatale; souligne l'importance de la disponibilité des soins psychologiques et médicaux pour les femmes après une fausse couche et d'une approche sensible et individuelle; invite la Commission et les États membres à promouvoir, développer et permettre le diagnostic et le traitement précoce des

psychoses et dépressions postpartum;

23. souligne que la politique sociale et de l'emploi, notamment les mesures relatives à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, doit prendre en compte globalement la santé mentale et le bien-être des femmes et invite la Commission et les États membres à travailler ensemble aux côtés des syndicats, des employeurs, des professionnels de la santé et de la société civile afin de développer une approche globale respectueuse du genre relative au bien-être mental au travail; note qu'il est important de fournir une formation sur la santé mentale aux responsables du secteur public et privé;
24. reconnaît l'importance du rôle des aidants, officiellement reconnus ou non, qui sont principalement des femmes, dans le secteur de la santé mentale; invite à prêter une attention particulière au rôle des aidants officiellement reconnus ou non dans le secteur de la santé mentale, notamment au rôle des femmes aidantes, et à agir afin de protéger la santé mentale et le bien-être des aidants eux-mêmes;
25. encourage la Commission et les États membres à inclure les défis de santé mentale et de bien-être rencontrés par les hommes et jeunes garçons en raison des stéréotypes de genre menant à des risques plus importants de toxicomanie et de suicide que chez les femmes; souligne que les politiques afférentes à la santé mentale des hommes doivent également tenir compte de la perspective d'âge et de durée de vie, de la condition socio-économique, de l'exclusion sociale et des facteurs géographiques;

L'égalité de genre dans les essais cliniques

26. souligne que les essais cliniques de produits pharmaceutiques menés tant sur les hommes que sur les femmes sont nécessaires et qu'ils devraient être inclusifs, non discriminatoires et réalisés dans des conditions d'égalité, d'inclusion et d'absence de marginalisation, et devraient raisonnablement refléter la population qui utilise ces produits; suggère que les essais cliniques devraient également tenir compte des catégories vulnérables spécifiques de la population, telles que des enfants, des personnes âgées et des individus appartenant à des minorités ethniques; estime que les données non agrégées en fonction du genre devraient également être collectées après la mise sur le marché des produits, afin de recenser les divers effets secondaires, tout comme les recherches et données relatives à l'application de la législation de l'Union en vigueur par les États membres;
27. exprime sa vive inquiétude quant à la mise en péril de la santé et de la vie des femmes en raison du manque de représentation persistant des femmes dans les essais cliniques et la recherche biomédicale, et insiste sur le besoin urgent d'intégrer les différences d'âge et de genre dans les interventions cliniques liées à la santé mentale; insiste par conséquent sur le besoin urgent d'intégrer les différences de genre dans les interventions cliniques liées à la santé mentale;
28. met en exergue l'importance de la publication des résultats des essais cliniques afin de rendre la méthodologie transparente et accessible;
29. rappelle que les maladies infectieuses (par ex. le VIH et le paludisme) et les problèmes liés à la grossesse (par ex. les mortinaissances) sont particulièrement présents dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI); demande que les femmes enceintes soient incluses dans les essais cliniques afin de réduire la morbidité et la

mortalité des mères et des enfants;

30. exige que l'étiquetage des produits pharmaceutiques indique clairement si des essais cliniques ont été menées sur des femmes et si l'on peut s'attendre à des effets secondaires différents entre hommes et femmes; appelle les États membres à encourager la recherche sur les effets secondaires à long terme des produits utilisés dans le cadre d'une thérapie de substitution hormonale;
31. demande à la Commission de soutenir les projets qui, au niveau de l'Union, sont axés sur la manière dont les femmes sont traitées au cours de la recherche clinique; précise que ces projets devraient impliquer les autorités sanitaires à tous les niveaux ainsi que l'industrie pharmaceutique grâce à l'élaboration de stratégies spécifiques visant à mettre en œuvre les lignes directrices concernant l'étude et l'évaluation des différences de genre dans les essais cliniques;
32. appelle la Commission et les États membres à investir dans des campagnes de sensibilisation afin d'encourager les femmes à participer aux essais cliniques;
33. invite instamment l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) à élaborer des lignes directrices distinctes pour les femmes dans les essais cliniques;
34. demande aux États membres, lorsqu'ils appliquent le règlement (UE) n° 536/2014 sur les essais cliniques dans les médicaments à usage humain, d'utiliser une approche méthodologique pour les essais cliniques qui garantit l'égalité dans la représentation des hommes et des femmes, en accordant une attention particulière à la transparence concernant la composition par genre des participants et, au niveau de la mise en œuvre effective de ce règlement, de contrôler spécifiquement le niveau de représentation des femmes et des hommes;
35. prie les États membres, l'Agence européenne des médicaments (EMA) ainsi que les acteurs pertinents de veiller à l'introduction des facteurs de sexe et de genre aux premiers stades de recherche et de développement de médicaments, avant le début des essais cliniques; souligne la nécessité d'un partage renforcé des meilleures pratiques sur le sujet entre les institutions de recherche et les professionnels de la santé au sein de l'Union européenne;
36. met en lumière la nécessité d'une action urgente afin de combler l'inégalité de représentation des genres dans les essais cliniques dans les domaines de la santé où cette inégalité est particulièrement préjudiciable, tels que le traitement de la maladie d'Alzheimer, du cancer, des accidents vasculaires cérébraux, les antidépresseurs, et les maladies cardiovasculaires;
37. souligne qu'une action concertée doit être menée par les chercheurs et l'ensemble des acteurs pertinents afin d'éliminer les effets secondaires préjudiciables des traitements qui touchent particulièrement les femmes, tels que les antidépresseurs et les moyens de contraception, entre autres médicaments, afin d'améliorer la santé des femmes et la qualité des soins;
38. constate avec inquiétude que, dans les pays en développement, la recherche en matière de soins de santé et de services sociaux est marquée par des discriminations et inégalités entre les hommes et les femmes, ce qui entrave la mise au point de traitements

appropriés et ciblés; fait observer en particulier que les patients des pays en développement ne sont pas représentés de manière adéquate dans la recherche pharmacologique; observe que les populations particulières, notamment les enfants et les femmes enceintes, ont été négligées dans le développement de médicaments contre la tuberculose; insiste sur la nécessité de recueillir et de stocker des échantillons sur la base du genre en vue d'études pharmacogénétiques lors d'essais cliniques futurs; rappelle que la constitution biologique et physiologique différente des femmes nécessite des informations adaptées concernant l'effet des médicaments sur leurs corps;

39. constate avec inquiétude que la délocalisation accrue des essais médicaux vers l'Afrique et d'autres régions sous-développées risque de donner lieu à de graves violations éthiques et des principes fondamentaux de l'Union, tels que le droit à la protection de la santé et aux soins de santé; souligne que l'absence d'accès à des soins de santé abordables, à une assurance santé ou à des médicaments à un prix abordable contraint les personnes vulnérables, en particulier les femmes, à participer à des essais cliniques pour recevoir un traitement médical, probablement inconscientes des risques encourus;
40. signale qu'il est un fait avéré que les femmes consomment plus de psychotropes que les hommes, mais qu'il existe très peu d'études portant sur les différences de genre par rapport à l'effet de ces médicaments, qui se prescrivent aux hommes comme aux femmes avec les mêmes doses; exprime sa crainte que les femmes souffrent de plus d'effets secondaires des psychotropes en raison de leur exclusion des essais cliniques, qui ne tiennent donc pas compte de la physiologie féminine; signale également que les femmes recourent plus souvent que les hommes aux psychothérapies pour résoudre leurs problèmes psychiques;

Observations générales

41. invite la Commission et les États membres:
 - a) à promouvoir les soins de santé au moyen d'un accès aisé aux services et grâce à des informations adéquates pour les hommes et les femmes et l'échange de bonnes pratiques en matière de santé mentale et de recherche clinique;
 - b) à faire l'inventaire des besoins spécifiques des femmes et des hommes en matière de santé et à faire en sorte que la perspective du genre soit intégrée dans leurs politiques, programmes et recherches concernant la santé, depuis leur conception et leur élaboration jusqu'à l'évaluation de leurs incidences et leur budgétisation;
 - c) à veiller à ce que les stratégies de prévention visent particulièrement les femmes susceptibles de faire l'objet de discriminations intersectionnelles, telles les femmes roms, handicapées, lesbiennes et bisexuelles, les migrantes et réfugiées, les femmes en situation de pauvreté ainsi que les personnes transgenres et intersexuées;
 - d) à reconnaître la violence de genre et la violence contre les femmes en tant que question de santé publique, comme l'affirme la résolution WHA49.25 de l'OMS du 25 mai 1996, qui influe directement sur la santé mentale et le bien-être des femmes;
 - e) à veiller à l'élaboration rapide de l'étude sur la prévalence de la violence de genre

à l'échelle de l'Union pour son application au sein du système statistique européen, comme le confirme le programme de travail 2016 d'Eurostat, et à collecter à intervalles réguliers des données non agrégées, notamment sur la prévalence de la dépression, qui devraient être ventilées au moins selon le sexe, la catégorie d'âge et le statut socio-économique;

- f) à soutenir les organisations de la société civile et des femmes qui promeuvent les droits des femmes et à s'employer à ce que la voix des femmes se fasse entendre dans les politiques de santé publique européenne et nationales et à ce que celles-ci répondent à leurs demandes;
 - g) à encourager les programmes ayant pour objet les besoins spécifiques des femmes concernant des affections telles que l'ostéoporose et les troubles musculo-squelettiques ainsi que les maladies du système nerveux central telles que la maladie d'Alzheimer et/ou la démence, y compris les programmes qui informent les femmes sur les méthodes de prévention et proposent des formations au personnel médical;
 - h) à porter une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes atteintes du syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie en leur proposant des prestations de santé adéquates et de qualité;
 - i) à augmenter les ressources destinées à la recherche sur les causes et les traitements possibles de l'endométriose, à élaborer des lignes directrices cliniques et à créer des centres de référence; à promouvoir des campagnes d'information, de prévention et de sensibilisation sur l'endométriose et à prévoir les ressources permettant de former des professionnels de la santé spécialisés et de mener des recherches;
42. invite les États membres à adopter des mesures visant à améliorer la santé moyenne de la population en éliminant les inégalités en matière de santé affectant les groupes socio-économiques défavorisés; dans ce contexte, requiert un engagement actif de nombreux secteurs stratégiques, non seulement des systèmes de santé publique et de soins de santé, mais aussi de l'éducation, de la sécurité sociale, de l'équilibre vie professionnelle/vie privée et de l'aménagement urbain, toujours dans une perspective transparente d'égalité des genres;
43. invite les gouvernements des pays en développement à intégrer la dimension hommes-femmes dans leurs politiques de santé mentale et à élaborer des mesures et programmes tenant compte à la fois des besoins spécifiques des femmes en matière de traitement de santé mentale mais aussi des origines sociales de la souffrance psychologique; constate avec inquiétude que, dans les pays les moins développés en particulier, l'exclusion des femmes de la recherche biomédicale est souvent due au manque de campagnes d'information et de sensibilisation, à leur rôle de mère et de personne chargée des soins et au manque de liberté décisionnelle des femmes au sein du ménage; est convaincu qu'un meilleur équilibre des rôles et obligations entre les hommes et les femmes, un revenu stable, un accès égal à l'éducation, l'intégration dans le marché du travail, des mesures plus efficaces pour faciliter la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle, en particulier pour les mères célibataires, le développement de filets de protection sociale et la réduction de la pauvreté mettraient fin aux disparités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé mentale;

44. est d'avis que les droits sexuels et génésiques englobent l'accès universel et ouvert à un avortement légal et sûr, une contraception fiable, sûre et abordable ainsi que l'éducation sexuelle et relationnelle exhaustives;
45. déplore que les droits sexuels et génésiques soient considérablement restreints et/ou soumis à certaines conditions dans plusieurs États membres de l'UE;
46. estime que le nombre croissant de médecins qui refusent de réaliser des avortements dans les États membres constitue une nouvelle menace pour la santé et les droits des femmes; prie les États membres de veiller à ce que les hôpitaux comptent au moins un nombre minimal de professionnels de santé habilités à réaliser les avortements;
47. demande aux États membres de prévenir, d'interdire et de poursuivre la stérilisation forcée des femmes, un phénomène qui frappe plus particulièrement les femmes handicapées, les personnes transgenres et intersexuées, et les femmes roms;
48. souligne que les procédures de dépistage dès les premiers stades d'un cancer ainsi que les programmes d'information sont considérés comme étant parmi les mesures les plus efficaces en matière de prévention des cancers et demande aux États membres d'en garantir l'accès pour toutes les femmes et jeunes filles;
49. souligne que l'autonomisation des femmes et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes sont essentielles pour accélérer le développement durable et ainsi mettre fin à toutes les formes de discrimination à l'encontre des femmes, notamment celles qui interviennent dans la santé mentale et la recherche clinique, et que ces deux éléments sont non seulement des droits fondamentaux, mais ont aussi un effet multiplicateur dans tous les autres domaines de développement (Objectif de Développement Durable n° 5 de l'ONU));
50. estime que les États membres ont l'obligation de garantir le recours à une obstétrique de proximité en tant que service public ainsi que la disponibilité de sages-femmes, y compris dans les régions rurales et montagneuses;
51. invite les instances sanitaires des États membres à reconnaître que l'endométriose est une affection handicapante, car cela devrait permettre aux femmes concernées de bénéficier de la gratuité du traitement, même en cas de traitements onéreux et/ou d'intervention chirurgicale et de se voir accorder un congé maladie spécial de leur employeur pendant les périodes les plus critiques, leur évitant ainsi d'être stigmatisées sur leur lieu de travail;
52. demande instamment aux États membres, à la Commission et aux agences compétentes d'assurer intégralement l'accès de toutes les réfugiées, demandeuses d'asile et migrantes, notamment des femmes et des jeunes filles vulnérables, à des soins physiques et mentaux de qualité, et, à long terme, d'aménager leurs systèmes de santé nationaux de manière adéquate pour les réfugiés et les demandeurs d'asile entrants; souligne la nécessité d'une formation relative à la santé mentale respectueuse du genre pour le personnel et les fonctionnaires de l'immigration, de l'asile et en charge du respect de l'application des lois qui travaillent avec des réfugiés, demandeurs d'asile et immigrants, notamment des femmes et jeunes filles vulnérables; estime que ces mesures de soins de santé nécessaires prévoient des dispositions telles qu'un hébergement et des installations sanitaires sûrs pour les femmes et les enfants, des conseils juridiques et un

accès à la santé et aux droits sexuels et génésiques, notamment la contraception, l'aide apportée aux victimes de violence sexuelle et le droit d'avorter dans de bonnes conditions;

53. invite l'Union et les États membres à mettre immédiatement un terme aux politiques d'austérité actuelles et à la baisse des dépenses publiques dans les services essentiels au maintien d'un haut niveau de protection des soins de santé pour les femmes et les hommes, les jeunes filles et les jeunes garçons au sein de l'Union quels que soient leurs antécédents et leur statut juridique;
54. invite les États membres à assurer la gratuité de l'accès aux services de santé pour les femmes au chômage, les femmes issues du milieu rural et les retraitées à faibles revenus, qui ne sont pas en mesure de financer le contrôle et le traitement médical;
55. recommande que les femmes dont le nouveau-né est handicapé ou atteint d'une maladie qui met sa vie en danger bénéficient d'un soutien particulier, notamment d'un accès gratuit aux soins pédiatriques de long terme à domicile, aux soins pédiatriques palliatifs, ainsi qu'à une aide psychologique spécialisée et facilement accessible;
56. souligne que la concrétisation du droit à la santé pour tous prévaut sur la protection des droits de propriété intellectuelle et suppose notamment d'investir dans la recherche européenne dans le domaine de la santé, notamment les technologies médicales et les médicaments traitant les maladies négligées et liées à la pauvreté;
57. déplore que, dans les États membres, les budgets annuels prévus pour les programmes conçus pour prévenir la violence de genre et la violence exercée contre les femmes soient bien inférieurs au coût réel induit par ces violences, qu'il soit économique, social ou moral; encourage les États membres à augmenter les dépenses pour soutenir les programmes visant à prévenir la violence contre les femmes, une assistance efficace et une protection aux victimes;
58. demande aux États membres qu'ils mettent en place des programmes sanitaires de détection précoce et d'assistance aux victimes de violences de genre, et qu'ils appliquent des protocoles sanitaires face aux agressions subies par les victimes, qui seront transmis aux tribunaux correspondants dans le but d'accélérer la procédure judiciaire; demande également aux États membres qu'ils garantissent le droit d'accès à l'information et à l'assistance sociale intégrée, à travers des services de soins permanents, urgents et spécialisés dans les prestations professionnelles multidisciplinaires;
59. salue l'intention de la Commission de ratifier pour l'Union la convention d'Istanbul et déplore que de nombreux États membres ne l'aient pas encore fait; demande instamment au Conseil d'assurer l'adhésion de l'Union à la convention d'Istanbul dès que possible;
60. souligne que la prostitution est également un problème de santé, compte tenu de ses effets préjudiciables sur la santé des personnes qui se prostituent, lesquelles sont davantage susceptibles de souffrir de traumatismes sexuels, physiques et mentaux, d'addiction à l'alcool et aux stupéfiants et de perte d'estime de soi, et d'être confrontées à un taux de mortalité supérieur à celui de la moyenne de la population; souligne que de nombreux acheteurs de prestations sexuelles demandent des rapports sexuels

commerciaux non protégés, ce qui accroît le risque d'effet préjudiciable sur la santé, aussi bien des personnes qui se prostituent que des acheteurs;

61. invite les États membres à prévenir, interdire et sanctionner les mutilations génitales féminines ainsi que les mutilations génitales subies par les personnes intersexuées et à fournir aux victimes et aux individus susceptibles d'être concernés une aide psychologique, associée à des soins physiques;
62. encourage la Commission et les États membres à porter une attention particulière aux groupes les plus vulnérables ou défavorisés et à lancer des programmes d'intervention ciblant ces groupes;
63. estime que l'absence de données comparables, exhaustives, fiables, régulièrement mises à jour et non agrégées en fonction du genre est source de discriminations quant à la santé des femmes;
64. rappelle que la politique des soins de santé est une compétence des États membres et que le rôle de la Commission européenne est complémentaire aux politiques nationales;

o

o o

65. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil et à la Commission.