Parlement européen
2024-2029

Commission des droits des femmes et de l’égalité des genres

2025/2074(INI)

8.1.2026

PROJET DE RAPPORT

sur les inégalités entre les hommes et les femmes en matière de santé, et plus précisément en ce qui concerne les affections sexospécifiques
(2025/2074(INI))

Commission des droits des femmes et de l’égalité des genres

Rapporteur: Billy Kelleher

SOMMAIRE

Page

PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN 3

EXPOSÉ DES MOTIFS 9

ANNEXE: DÉCLARATION DES CONTRIBUTIONS.....13

PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN

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

(2025/2074(INI))

Le Parlement européen,

– vu l'article 2 et l'article 3, paragraphe 3, du traité sur l'Union européenne,

– vu les articles 8, 9, 151, 153 et 157 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,

– 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[1],

– vu la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil sur l'établissement du Fonds européen pour la compétitivité, comprenant le programme spécifique pour les activités de recherche et d'innovation en matière de défense, abrogeant les règlements (UE) 2021/522, (UE) 2021/694, (UE) 2021/697, (UE) 2021/783, et modifiant les règlements (UE) 2021/696, (UE) 2023/588 et (UE) [programme pour l'industrie européenne de la défense] (COM(2025)0555), présentée par la Commission le 16 juillet 2025,

– vu sa résolution du 17 décembre 2025 sur l'initiative citoyenne européenne «My Voice, My Choice: pour un avortement sans danger et accessible»[2],

– vu sa résolution du 24 juin 2021 sur la situation concernant la santé et les droits génésiques et sexuels dans l'Union, dans le cadre de la santé des femmes[3],

– vu la recommandation du Conseil du 21 juin 2024 relative aux cancers à prévention vaccinale[4],

– vu la recommandation du Conseil du 9 décembre 2022 sur le renforcement de la prévention par la détection précoce: une nouvelle approche de l'Union européenne en matière de dépistage du cancer remplaçant la recommandation 2003/878/CE du Conseil[5],

– vu la communication de la Commission du 16 décembre 2025 sur un plan de l'Union européenne pour la santé cardiovasculaire: plan pour un cœur en bonne santé (COM(2025)1024),

[1] JO L 158 du 27.5.2014, p. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/reg/2014/536/2022-12-05.
[2] Textes adoptés de cette date, P10_TA(2025)0338.
[3] JO C 81 du 18.2.2022, p. 43.
[4] JO C, C/2024/4259, 28.6.2024, ELI: http://data.europa.eu/eli/C/2024/4259/oj.
[5] JO C 473 du 13.12.2022, p. 1.

– vu la communication de la Commission du 7 mars 2025 intitulée «Une feuille de route pour les droits des femmes» (COM(2025)0097),

– vu la communication de la Commission du 3 février 2021 intitulée «Plan européen pour vaincre le cancer» (COM(2021)0044),

– vu les lignes directrices proposées par l'Agence européenne des médicaments (EMA), publiées pour consultation le 4 juin 2025 et intitulées «ICH E21 guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials – Scientific guideline» [Lignes directrices du CIH E21 sur l'inclusion des personnes enceintes ou allaitantes dans les essais cliniques – Lignes directrices scientifiques],

– vu le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) de janvier 2024 intitulé «Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection» [Vaincre les inégalités en matière de lutte contre le cancer dans l'UE: coup de projecteur sur la prévention et le dépistage précoce du cancer],

– vu l'article 55 de son règlement intérieur,

– vu l'avis de la commission de la santé publique,

– vu le rapport de la commission des droits des femmes et de l'égalité des genres (A10-0000/2026),

A. considérant qu'historiquement, la recherche médicale a toujours été centrée sur les hommes, avec pour conséquence la méconnaissance de l'anatomie féminine; que cette inégalité systémique en médecine a une incidence sur les diagnostics, les traitements, la morbidité et la mortalité des secteurs sous-représentés de la population;

B. considérant que, bien que les évolutions réglementaires aient amélioré l'inclusivité dans les essais cliniques, la représentation des femmes reste inférieure à celle des hommes, et que cette disparité est particulièrement marquée pour les femmes enceintes et allaitantes[6];

C. considérant que les personnes transgenres et les communautés marginalisées sont absentes de la plupart des essais cliniques, ce qui signifie que leur réponse au traitement est souvent inconnue[7];

D. considérant que 72 % des études sur les essais cliniques ne fournissent pas de données ventilées par sexe et par genre[8];

---

[6] Moins de 0,4 % des essais réalisés dans l'Union comprennent des femmes enceintes ou allaitantes, selon les données du système d'information sur les essais cliniques cité par l'Agence européenne des médicaments le 4 juin 2025. Agence européenne des médicaments, «New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials» [Nouvelles lignes directrices sur l'inclusion des personnes enceintes ou allaitantes dans les essais cliniques], 2025, https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials.

[7] Brotto, L.A. et Galea, L.A.M., «Gender inclusivity in women's health research» [Inclusivité de genre dans la recherche en matière de santé des femmes], *BJOG*, vol. 129, nº 12, 2022, https://doi.org/10.1111%2F1471-0528.17231.

[8] Étude Care4Everybody, «Mind the Gap: Costs, consequences and correction of sex and gender inequality in

E. considérant que la capacité des individus à exercer leurs droits en matière de santé, de sexualité et de procréation doit être garantie afin de parvenir à l'égalité entre les hommes et les femmes;

F. considérant que plus de 20 millions de femmes[9] dans l'Union n'ont toujours pas accès à un avortement sûr et légal, étant donné que plusieurs États membres maintiennent des obstacles réglementaires et procéduraux préjudiciables;

G. considérant que l'endométriose est une maladie chronique qui touche 10 à 15 % des femmes en âge de procréer[10];

H. considérant que, malgré la prévalence de l'endométriose, il faut en moyenne 6 à 10 ans pour la diagnostiquer;

I. considérant que 85 % des femmes présentent des symptômes de ménopause et que, d'ici à 2030, on estime à 1,2 milliard le nombre de femmes qui connaîtront la ménopause dans le monde[11];

J. considérant que le cancer est la deuxième cause de décès dans l'Union et que le taux de mortalité des hommes est plus élevé que celui des femmes[12];

K. considérant que l'objectif de la Commission et du Conseil de 2022 consistant à proposer un dépistage du cancer à au moins 90 % des personnes éligibles d'ici à 2025 n'est pas atteint de manière universelle dans l'ensemble de l'Union;

L. considérant que les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès dans l'Union, avec un taux de mortalité féminine plus élevé que celui des hommes, malgré les idées fausses couramment véhiculées dans la société[13];

---

medicine» [Combler le fossé: coûts, conséquences et correction des inégalités liées au sexe et au genre dans le milieu médical] (2023), https://www.care4everybody.org/wp-content/uploads/2023/12/Mind-the-Gap-Costs-Consequences-and-Correction-of-Gender-Inequality-in-Medicine.pdf.

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

[10] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. et al., «Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis» [Données réelles sur la symptomatologie et les approches diagnostiques chez 27 840 femmes atteintes d'endométriose], *Scientific Reports*, vol. 11, nº 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. et Roomaney R., «Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis» [Perception des soins de santé par les personnes transgenres et non binaires en lien avec leur endométriose], *International Journal of Transgender Health*, vol. 25, nº 4, 2025, 911-925, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

[11] Davaki, K., étude demandée par la commission des droits des femmes et de l'égalité des genres du Parlement européen, «Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care» [Inégalités de genre dans la recherche médicale, le développement de médicaments et l'accès aux soins], département thématique des citoyens, de l'égalité et de la culture, direction générale des droits des citoyens, de la justice et des affaires institutionnelles, Parlement européen, 2025, p. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

[12] Eurostat, Statistics Explained, «Cancer statistics» [Statistiques sur le cancer], données extraites en mars 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics.

[13] Eurostat, Statistics Explained, «Cardiovascular diseases statistics» [Statistiques sur les maladies cardiovasculaires], données extraites en juillet 2025, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics.

M. considérant que 14 % des personnes LGBTQI+ déclarent avoir subi des discriminations dans les établissements de soins de santé et que de nombreux États membres n'offrent qu'un accès limité aux soins de santé destinés aux personnes transgenres;

N. considérant qu'en 2020, seuls 5 % du financement mondial de la recherche et du développement ont été alloués à la recherche sur la santé des femmes[14];

Considérations générales

1. souligne que les inégalités entre les hommes et les femmes en matière de santé sont multiples et que des inégalités systémiques résultent de décennies de recherche médicale fondée sur l'anatomie masculine, ce qui a à son tour façonné l'ensemble du cycle des soins, du diagnostic au traitement;

2. souligne que les inégalités en matière de soins de santé sont aggravées par des inégalités intersectionnelles, fondées par exemple sur le statut socio-économique d'une personne, ou encore celles auxquelles sont confrontées les personnes issues de minorités ethniques ou de communautés de migrants, ainsi que de la communauté LGBTQI+; fait observer que les inégalités sont également manifestes en ce qui concerne les affections sexospécifiques, étant donné que la recherche sur ces affections a souvent été sous-financée;

3. invite les décideurs politiques à adopter une approche globale pour lutter contre les inégalités et corriger les disparités tout en mettant au point de nouveaux traitements et de nouvelles procédures innovants;

4. encourage la Commission à inclure des objectifs clairs et contraignants pour lutter contre les inégalités en matière de santé et à mettre en œuvre un système de suivi transparent pour ces objectifs;

Essais cliniques et recherche

5. se déclare préoccupé par le fait que, malgré les améliorations apportées à l'inclusivité dans les essais cliniques, la représentation des femmes reste inférieure à celle des hommes; souligne qu'il n'existe pas d'exigences en matière d'inclusivité au cours de la phase préparatoire et que la majorité des essais sur les animaux sont toujours menés uniquement sur les mâles de l'espèce[15]; invite la Commission à introduire de nouvelles mesures pour remédier au déséquilibre persistant dans la participation aux essais cliniques;

6. se félicite de l'intention de l'EMA d'adopter de nouvelles lignes directrices sur l'inclusion des personnes enceintes et allaitantes dans les essais cliniques; prie instamment l'EMA d'adopter des lignes directrices similaires pour améliorer l'inclusion d'autres communautés sous-représentées;

7. souligne que le manque de compréhension des différences liées au sexe et au genre en matière de santé est exacerbé par le fait que les données issues de la recherche sont

[14] Nature Reviews Bioengineering, «Funding research on women's health» [Financer la recherche sur la santé des femmes], vol. 2, 2024, p.797-798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.
[15] Galea, L.A.M. et Parekh, R.S., «Ending the neglect of women's health in research» [Cesser de négliger la santé des femmes dans la recherche], *BMJ,* vol. 381, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37308180/.

rarement ventilés par sexe; invite la Commission à rendre obligatoires les données ventilées par sexe dans tous les projets financés par l'Union;

Diagnostics et traitement

8. souligne qu'en raison d'un sous-financement systémique et d'un manque de recherche, les méthodes de diagnostic et les traitements restent centrés sur les hommes, ce qui peut conduire à des traitements d'une qualité moindre et plus risqués pour les femmes et les personnes transgenres;

9. demande instamment au corps médical d'appliquer au traitement une approche de médecine de précision, en complément de toute mesure prise pour réduire les inégalités et accroître les investissements dans la recherche médicale; encourage les États membres à mettre en place des programmes pilotes sur les soins de santé sensibles au genre;

10. estime qu'il est essentiel que les États membres intègrent une formation aux soins de santé tenant compte de la dimension de genre dans leurs cursus médicaux;

Affections sexospécifiques

11. se félicite vivement de l'initiative citoyenne européenne «My Voice, My Choice»; demande une nouvelle fois à la Commission de faire pleinement usage de ses compétences en matière de politique de santé pour aider les États membres à garantir l'accès universel à la santé et aux droits sexuels et génésiques, et à inscrire ceux-ci, tout comme le droit à un avortement sûr et légal, dans la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne;

12. demande une nouvelle fois à la Commission de mettre en place un mécanisme financier de l'Union fondé sur la solidarité et la participation volontaire, qui permette aux États membres de fournir des soins liés à l'avortement aux personnes qui ne peuvent y accéder dans leur pays d'origine, sans interférer avec les lois et réglementations nationales; invite en outre la Commission à présenter une proposition à cette fin;

13. déplore que, depuis la création du Service communautaire d'information sur la recherche et le développement il y a près de 40 ans, seuls dix des 145 983 projets financés par l'Union se soient concentrés spécifiquement sur l'endométriose[16];

14. déplore que, malgré une prévalence de symptômes de ménopause indésirables chez les femmes, la ménopause ne soit toujours pas systématiquement intégrée dans les soins de santé primaires et continue de faire l'objet d'une stigmatisation sociale;

15. invite instamment la Commission à profiter de la future stratégie en faveur de l'égalité de genre pour la période 2026-2030 pour proposer des mesures concrètes qui donnent la priorité aux investissements liés aux affections sexospécifiques; souligne que les investissements liés aux affections sexospécifiques devraient refléter leur gravité et leur prévalence;

[16] Vigano, P., Casalechi, M. et Dolmans, M., «European Union underinvestment in endometriosis research» [Le sous-investissement de l'Union européenne dans la recherche sur l'endométriose], *Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*, vol. 5, 2024, 100058, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949838423000464.

Financement

16. reconnaît que le financement de l'Union peut jouer un rôle substantiel en encourageant des investissements plus importants dans la recherche sur les questions sexospécifiques et en s'attaquant aux inégalités en matière d'accès aux traitements; souligne que le secteur privé n'est guère incité à investir dans les soins préventifs et que cela devrait donc être une priorité de la Commission et des États membres;

17. soutient résolument l'intégration de la dimension de genre dans toutes les politiques concernées et dans le budget de l'Union; invite la Commission à lancer des appels de financement spécifiques pour les affections sexospécifiques et les projets visant à combler les lacunes en matière de données de santé sexospécifiques;

18. estime que l'amélioration de l'égalité entre les hommes et les femmes dans la recherche en matière de santé constitue une chance pour l'Union de se montrer compétitive; souligne que l'allocation de fonds de l'Union à la lutte contre les inégalités de genre dans le domaine de la santé, assortie de mesures visant à combler les lacunes en matière de données, pourrait encourager les investissements et stimuler l'innovation dans l'Union;

°

° °

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

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les inégalités de genre dans le domaine des soins de santé dans l'Union européenne restent un défi de taille malgré certaines mesures réglementaires prises et les engagements officiels en faveur de l'égalité. Le présent rapport examine les causes multiples des inégalités de genre persistantes en matière de santé et tient compte de l'ensemble du cycle des soins de santé, depuis les essais cliniques et la mise au point de médicaments jusqu'aux diagnostics et aux traitements. Le rapport met également en évidence les inégalités qui existent dans le traitement des affections sexospécifiques, telles que la ménopause, l'endométriose, etc.

Si le présent rapport se focalise principalement sur les inégalités de genre qui concernent les femmes, bon nombre des sources d'inégalité agissent de la même manière sur d'autres groupes de personnes, tels que les personnes transgenres et les communautés ethniques minoritaires, et le rapporteur souhaite que les actions qu'il propose profitent également à ces groupes.

Le rapporteur estime que, compte tenu des origines complexes des inégalités de genre, les décideurs politiques doivent adopter une approche globale vis-à-vis de celles-ci et travailler en étroite collaboration avec le corps médical et la société civile. Le rapporteur réaffirme son soutien à l'intégration de la dimension de genre dans toutes les politiques concernées et dans le budget de l'Union et estime qu'il s'agit d'un catalyseur nécessaire pour s'attaquer aux sources spécifiques d'inégalité.

Une grande partie des inégalités résulte de biais systémiques au sein de l'écosystème médical. La recherche médicale et le développement de médicaments ont toujours été centrés sur les hommes. Ce biais néglige le fait que les affections médicales peuvent se manifester autrement dans le corps féminin et que l'anatomie féminine peut réagir différemment aux médicaments et aux traitements. Ces lacunes dans les connaissances sont aggravées par le sous-financement constant et répété de la recherche sur la santé des femmes et les affections sexospécifiques, seuls 5 % du financement mondial de la recherche et du développement ayant été alloués à la recherche sur la santé des femmes en 2020[1].

En dépit des progrès médicaux considérables accomplis au cours des cinquante dernières années et des améliorations apportées aux systèmes nationaux de soins de santé, les femmes restent confrontées à des erreurs de diagnostic, à un manque de prise en compte de leurs symptômes et à des effets indésirables lorsqu'elles prennent des médicaments. Souvent, il n'existe tout simplement pas de traitement efficace connu de leur affection, comme c'est le cas pour l'endométriose et le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM).

Les inégalités que subissent les femmes dans le domaine des soins de santé sont souvent reflétées et même amplifiées par les inégalités intersectionnelles auxquelles sont confrontées d'autres communautés sous-représentées, y compris les personnes transgenres, les minorités ethniques et les communautés de migrants, ainsi que par les inégalités géographiques.

Essais cliniques

[1] Nature Reviews Bioengineering, «Funding research on women's health» [Financer la recherche sur la santé des femmes], vol. 2, 2024, p.797-798, https://doi.org/10.1038/s44222-024-00253-7.

Le règlement (UE) nº 536/2014 relatif aux essais cliniques a introduit des obligations visant à promouvoir l'inclusivité, y compris la nécessité de justifier scientifiquement les raisons pour lesquelles certains groupes sont exclus. Malgré cela, la représentation des femmes dans les essais cliniques reste inférieure à celle des hommes et la disparité est particulièrement marquée pour les femmes enceintes et allaitantes. Ainsi, moins de 0,4 % des essais cliniques dans l'UE incluent la participation de femmes enceintes[2]. En outre, il n'existe aucune obligation de veiller à la diversité au cours de la phase préparatoire, et la majorité des essais sur les animaux sont toujours menés uniquement sur les mâles de l'espèce[3].

Le rapport met également en évidence le manque de données ventilées par sexe, ce qui contribue au déficit de connaissances en matière de santé des femmes.

Diagnostics et traitement

L'approche historique de la médecine, centrée sur les hommes, s'est répercutée en profondeur sur les procédures de diagnostic et de traitement, et la non-prise en compte de la dimension de genre dans l'approche médicale peut entraîner un traitement de moindre qualité et plus risqué pour les femmes.

Par exemple, les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès chez les femmes dans l'UE, mais leurs symptômes sont décrits comme «atypiques», de sorte que les femmes sont deux fois plus susceptibles de voir leur insuffisance cardiaque mal diagnostiquée[4]. Les traitements de la douleur et en matière de santé mentale fournissent également des exemples frappants de préjugés profondément ancrés dans les diagnostics et le traitement.

Le rapporteur estime qu'il est essentiel que les États membres, en étroite coopération avec le corps médical et les établissements d'enseignement, intègrent dans le cursus médical une formation en matière de soins de santé tenant compte de la dimension de genre. Le rapporteur souligne également que toute modification des procédures menées au chevet des patients devrait s'appuyer sur l'expérience réelle de ceux-ci.

Affections sexospécifiques

En raison d'un sous-financement chronique et d'un manque de hiérarchisation des priorités de recherche, les progrès médicaux en ce qui concerne les questions sexospécifiques sont à la traîne. L'écart est particulièrement marqué pour les problématiques spécifiques aux femmes.

Endométriose

L'endométriose est une maladie chronique qui peut provoquer des symptômes tels qu'une douleur intense, de forts saignements et de la fatigue. On estime que l'endométriose touche

[2] Moins de 0,4 % des essais réalisés dans l'Union comprennent des femmes enceintes ou allaitantes, selon les données du système d'information sur les essais cliniques citées par l'Agence européenne des médicaments le 4 juin 2025. Agence européenne des médicaments, «New guideline on inclusion of pregnant and breastfeeding individuals in clinical trials» [Nouvelles lignes directrices sur l'inclusion des personnes enceintes ou allaitantes dans les essais cliniques], 2025, https://www.ema.europa.eu/en/news/new-guideline-inclusion-pregnant-breastfeeding-individuals-clinical-trials.

[3] Galea, L.A.M. et Parekh, R.S., «Ending the neglect of women's health in research» [Cesser de négliger la santé des femmes dans la recherche], *BMJ,* vol. 381, doi: 10.1136/bmj.p1303.

[4] Roche Diagnostics Limited, «Heart failure: The hidden costs of late diagnosis» [Insuffisance cardiaque: les coûts cachés d'un diagnostic tardif], août 2020, https://hfreport.roche.com/image/6721401/Roche%20HF%20report%20portrait%20final.pdf.

10 à 15 % des femmes en âge de procréer[5]. En raison d'une méconnaissance parmi les professionnels de la santé et de préjugés enracinés qui conduisent à négliger les symptômes – souvent en les qualifiant de «douleurs normales quand on a ses règles» –, l'affection prend, en moyenne, 6 à 10 ans pour être diagnostiquée. Ce retard est systémique et ne doit rien au hasard.

Ménopause

85 % des femmes présentent des symptômes de ménopause et, d'ici à 2030, on estime à 1,2 milliard le nombre de femmes qui connaîtront la ménopause dans le monde[6]. Pourtant, l'accès aux soins varie considérablement d'un pays à l'autre et cette affection donne encore souvent lieu à une stigmatisation sociale. En outre, les soins liés à la ménopause sont entravés par de longs délais d'attente, le nombre limité de services spécialisés et des lignes directrices incohérentes en matière de traitements hormonaux substitutifs (THS). De nombreux patients indiquent que les symptômes sont balayés en tant que «vieillissement normal», ce qui renforce les présupposés liés au genre concernant la santé et la résilience des femmes. En outre, la plupart des recherches médicales existantes se concentrent sur les années de fertilité et, par conséquent, ne tiennent pas compte de la puberté, de la périménopause et de la ménopause.

Santé et droits en matière de sexualité et de procréation

La capacité des individus à exercer leurs droits en matière de santé, de sexualité et de procréation et leur droit à l'intégrité physique doivent être garantis afin de parvenir à l'égalité de genre. À ce titre, le rapporteur estime que la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation et le droit à un avortement sûr et légal devraient être inscrits dans la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

L'adoption, en décembre 2025, de la réponse du Parlement à l'initiative citoyenne européenne intitulée «My Voice, My Choice» a constitué une avancée majeure, en appelant vivement la Commission à prendre des mesures. En outre, le rapport envoie un signal important aux citoyens de l'Union, en leur montrant que le Parlement soutient les droits des femmes et des filles et qu'il luttera pour assurer l'égalité.

Financement

Le rapporteur reconnaît que le financement de l'Union peut jouer un rôle substantiel en encourageant des investissements plus importants dans la recherche sur les questions sexospécifiques et en s'attaquant aux inégalités en matière d'accès aux traitements à travers

---

[5] Becker, K., Heinemann, K., Imthurn, B. Marions, L. Moehner, S. et al., «Real world data on symptomology and diagnostic approaches of 27,840 women living with endometriosis» [Données réelles sur la symptomatologie et les approches diagnostiques chez 27 840 femmes atteintes d'endométriose], *Scientific Reports*, vol. 11, nº 20404, 2021, https://doi.org/10.1038/s41598-021-99681-3; Eder, C. et Roomaney R., «Transgender and non-binary people's perception of their healthcare in relation to their endometriosis» [Perception de leurs soins de santé par les personnes transgenres et non binaires en lien avec leur endométriose], *International Journal of Transgender Health*, vol. 25, nº 4, 2025, 911-925, doi: 10.1177/13591053241266249, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053241266249.

[6] Davaki, K., étude demandée par la commission FEMM, «Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care» [Inégalités de genre dans la recherche médicale, le développement de médicaments et l'accès aux soins], département thématique des citoyens, de l'égalité et de la culture, direction générale des droits des citoyens, de la justice et des affaires institutionnelles, Parlement européen, 2025, p. 86, https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2025/778519/IUST_STU(2025)778519_EN.pdf.

l'Union. Il estime que des demandes de financements spécifiques pour des affections sexospécifiques peuvent être nécessaires.

Dans ce rapport, le rapporteur souligne que les investissements visant à combler les lacunes en matière de données de santé sexospécifiques peuvent être une chance compétitive pour l'Europe. Ils pourraient non seulement contribuer à compenser les pertes que subit l'économie de l'UE du fait des congés maladie pour des affections sexospécifiques[7], mais également attirer des investissements privés et offrir une base solide pour la poursuite de l'innovation en Europe.

Dans un premier temps, la Commission doit profiter de la stratégie à venir en faveur de l'égalité de genre (2026-2030) pour renforcer et développer les principes relatifs à la santé des femmes énoncés dans sa feuille de route de 2025 pour les droits des femmes, en proposant des mesures concrètes qui prioriseront et encourageront les investissements liés aux affections sexospécifiques.

[7] Le Forum économique mondial estime que combler les déficits d'investissement dans les soins de santé pour les femmes pourrait stimuler l'économie mondiale à hauteur de 1 000 milliards de dollars par an d'ici à 2040. World Economic Forum, «Closing the Women's Health Gap: A $1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies» [Remédier aux disparités en matière de santé des femmes: une occasion à 1 000 milliards de dollars d'améliorer les conditions de vie et la situation économique], https://www3.weforum.org/docs/WEF_Closing_the_Women_Health_Gap_2024.pdf.

ANNEXE: DÉCLARATION DES CONTRIBUTIONS

Conformément à l'article 8 de l'annexe I du règlement intérieur, le rapporteur déclare avoir inclus dans son rapport des contributions sur des questions relatives à l'objet du dossier qu'il a reçues, pour l'élaboration du projet de rapport, de la part des représentants d'intérêts relevant du champ d'application de l'accord interinstitutionnel sur un registre de transparence obligatoire suivants[1], ou des représentants des autorités publiques de pays tiers, y compris leurs missions diplomatiques et ambassades, suivants:

1. Représentants d'intérêts relevant du champ d'application de l'accord interinstitutionnel sur un registre de transparence obligatoire
European Cancer Organisation
Hologic BV
Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung
EDANA
Essity
European Association of Urology
Center for Reproductive Rights
European Heart Network
Care4Everybody
Astra Zeneca
Vaccines Europe
Ferring Pharmaceuticals
Delta (CHIREC) Hospital
European Pain Federation (EFIC)
European Institute of Women's Health (EIWH)
European Alliance for Cardiovascular Health (EACH)
Cancer Patients Europe
Bayer AG
European Federation of Pharmaceutical Industries (EFPIA)
International Planned Parenthood Federation (IPPF)
Daiichi Sankyo Europe GmbH
ILGA-Europe
MedTech Europe Cardiovascular Sector Group
Trans Europe and Central Asia (TGEU)
EUROPA DONNA (The European Breast Cancer Coalition)
European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)
EuroHealthNet
2. Représentants des autorités publiques de pays tiers, y compris leurs missions diplomatiques et ambassades

La liste ci-dessus est établie sous la responsabilité exclusive du rapporteur.

[1] Accord interinstitutionnel du 20 mai 2021 entre le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne et la Commission européenne sur un registre de transparence obligatoire (JO L 207 du 11.6.2021, p. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/agree_interinstit/2021/611/oj).

Lorsque des personnes physiques sont identifiées dans la liste par leur nom, leur fonction ou les deux, le rapporteur déclare avoir soumis aux personnes physiques concernées l'avis du Parlement européen relatif à la protection des données nº 484 (https://www.europarl.europa.eu/data-protect/index.do), qui définit les conditions applicables au traitement de leurs données à caractère personnel et les droits liés à ce traitement.