



**Mental
Health
Europe**

Equal rights.
Better mental health.
For all.

Decembre 2025

Repenser pour reconstruire : Vers des systèmes de santé mentale fondés sur les droits et équitable entre les sexes en Europe

Repenser pour reconstruire :
Vers des systèmes de santé mentale fondés
sur les droits et équitables entre les sexes
en Europe

2025

Avertissement : Ce document a été traduit de l'anglais à l'aide d'un logiciel de traduction automatique ; par conséquent, l'exactitude de la traduction n'est pas garantie.

« Car les outils du maître ne démantèleront jamais la maison du maître. Ils peuvent nous permettre de le battre temporairement à son propre jeu, mais ils ne nous permettront jamais d'apporter un véritable changement. Le racisme et l'homophobie sont des réalités de nos vies à tous, ici et maintenant. J'exhorte chacune d'entre nous ici présentes à puiser au plus profond d'elle-même et à toucher cette terreur et cette haine de toute différence qui y résident. Voyez quel visage elle revêt. Alors, le personnel comme le politique pourront commencer à éclairer tous nos choix. »

Audre Lorde

Auteur :

Dr Ugnė Grigaitė

Copropriétaire, chef de projet et chercheuse à l'ONG Mental Health Perspectives, www.perspektyvos.org ;
Docteur en santé publique mondiale, Institut de santé mentale mondiale de Lisbonne, Centre de recherche en santé globale, École de médecine NOVA, Université NOVA de Lisbonne.

Réviseurs :

Ann-Katrin Orr, responsable des politiques MHE, et Camille Roux, directrice des politiques MHE.

Rédacteur :

Nabil Sanaullah, responsable de la communication chez MHE.

Conception et mise en page :

Alexandre Verlinden chez Grat-Grat.

Commandé par Mental Health Europe

Remerciements :

Nous remercions sincèrement Cianán B. Russell et ILGA Europe, Camille Butin et le réseau européen de l'IPPF, Julieann Cullen et le réseau mondial de pairs en santé mentale, Giulia Traversi et le Forum européen des personnes handicapées, ainsi que l'EIGE pour leurs précieux conseils, leurs consultations et leurs contributions essentielles.

Table des matières

Résumé.....	6
Introduction	8
Pourquoi le genre est-il important en matière de santé mentale : portée et objectifs du rapport	8
Une approche intersectionnelle et fondée sur les droits	8
Réalités actuelles en Europe et leur impact sur la santé mentale	10
Inégalités entre les sexes, violence sexiste et santé mentale des femmes et des filles	10
Les femmes lesbiennes, bisexuelles, transgenres et intersexuées : marginalisation et répercussions sur la santé mentale	13
Handicap psychosocial et réalités sexospécifiques de la coercition et de l'institutionnalisation	15
Misogynie médicale et dévalorisation de l'expérience vécue dans les systèmes de santé mentale et de soins de santé	18
Genre et intersectionnalité dans la santé mentale	21
Pertinence pratique du modèle psychosocial de la santé mentale	21
Les défis posés par les lacunes dans les données et les systèmes de santé mentale qui ne tiennent pas compte du genre	22
Recherche, politiques et pratiques participatives et inclusives	22
Approches holistiques de la santé mentale	24
Déterminants sociaux et approche axée sur le rétablissement	24
Soins tenant compte des traumatismes et de la violence	24
Politiques de l'UE en matière d'égalité entre les sexes et de santé mentale	27
Aperçu des principaux cadres européens	27
Lacunes et cloisonnement : manque d'intégration entre les programmes en matière de santé mentale et d'égalité des sexes	30
Conclusion	32
Recommandations politiques	34
Recommandations pour les institutions de l'UE :	34
Recommandations aux États membres :	35
Annexe 1 : Méthodes	37
Méthodologie et approche éthique	37
Réflexivité et réflexion méthodologique	37
Annexe 2 : Glossaire des termes	39

Résumé

Cette étude exploratoire menée au niveau européen examine l'intersection entre le genre et la santé mentale en s'intéressant aux expériences des personnes qui s'identifient comme des femmes. Elle propose des recommandations politiques fondées sur des données factuelles et les droits humains à l'intention des décideurs politiques européens et nationaux. Elle met en évidence les réalités en matière de santé mentale des femmes, y compris les femmes lesbiennes, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LBTI+) et les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, en fournissant des données probantes pour éclairer l'élaboration de politiques inclusives, sensibles au genre et axées sur le rétablissement. Elle montre que malgré les engagements de l'UE en faveur de l'égalité des genres, de la santé mentale et des droits des personnes handicapées, ces programmes et les données et outils de suivi connexes restent fragmentés.

Les inégalités systémiques entre les sexes ont une incidence directe sur la santé mentale des femmes. Les disparités socio-économiques, notamment les écarts de rémunération et de retraite entre les sexes, la précarité de l'emploi et les responsabilités disproportionnées en matière de soins, amplifient les facteurs de stress liés à la santé mentale. L'un des déterminants les plus importants de la santé mentale des femmes est l'exposition à la violence sexiste, qui augmente le risque de mauvaise santé mentale, tandis que celles qui souffrent de troubles mentaux courent un risque beaucoup plus élevé d'être victimes de violence sexiste. Les groupes marginalisés, notamment les migrants, les réfugiés, les femmes racialisées et les femmes LBTI+, sont confrontés à des obstacles supplémentaires importants pour accéder à des soins de santé mentale sûrs, tenant compte des traumatismes et de la violence, et axés sur le rétablissement. Les femmes LBTI+ sont souvent exposées à des risques accrus pour leur santé mentale en raison de la stigmatisation, du stress lié à leur appartenance à une minorité et de l'exclusion systémique, notamment les femmes transgenres qui sont confrontées à une violence accrue, tandis que les femmes intersexuées sont disproportionnellement soumises à des interventions médicales non consenties.

Les préjugés sexistes ont souvent pour conséquence que les expériences des femmes sont minimisées, rejetées ou surmédicalisées, ce qui aggrave les cycles de déresponsabilisation, y compris au sein des services et des institutions. Les femmes souffrant de handicaps psychosociaux sont exposées de manière disproportionnée à la violence sexuelle, aux pratiques coercitives, à la médication forcée, à l'isolement et, dans certains cas, à la stérilisation forcée ou au déni de leurs droits reproductifs. Ces violations causent des dommages immédiats et à long terme à la santé mentale et à la confiance dans les systèmes de soins et de soutien. Ces pratiques portent atteinte à l'autonomie corporelle, exacerbent les traumatismes et violent la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (UNCRPD).

Ce rapport souligne un message urgent : les politiques de santé mentale qui négligent le genre et les politiques d'égalité des genres qui négligent leur intersection avec la santé mentale risquent de renforcer les inégalités et d'exclure davantage les populations marginalisées. La compréhension du genre et de la santé mentale nécessite une approche intersectionnelle, qui reconnaît comment la position sociale, l'identité et les inégalités structurelles façonnent la santé mentale. Cela s'aligne sur le modèle psychosocial de la santé mentale, qui situe la santé mentale dans des contextes de vie plus larges. Les déterminants sociaux et environnementaux, tels que la pauvreté, les inégalités, la violence et les traumatismes, ont une influence significative sur la santé mentale.

Le soutien par les pairs et le soutien communautaire sont essentiels, mais sous-financés. Il est urgent de renforcer ces soutiens parallèlement aux soins professionnels. Le rétablissement personnel doit être soutenu par des systèmes de soutien complexes, notamment le soutien par les pairs, des services communautaires

accessibles et des politiques inclusives qui, dans leur conception et leur mise en œuvre, reconnaissent les personnes ayant vécu ou vivant cette expérience comme des experts de leur propre rétablissement, mettant ainsi l'accent sur l'autonomie, le choix et la participation significative.

Repenser les systèmes de santé mentale – tant au niveau des politiques que des pratiques – dans une optique de justice entre les sexes nécessite des changements structurels. Il est essentiel d'intégrer une approche sensible au genre, équitable entre les sexes, fondée sur un modèle psychosocial et axée sur le rétablissement dans les stratégies en matière de santé, d'égalité, de handicap et de droits humains. Les politiques doivent lutter contre la violence sexiste, les inégalités en matière de soins, les normes restrictives et la discrimination institutionnelle, tout en promouvant des approches tenant compte des traumatismes et de la violence, participatives, dirigées par les survivants, psychosociales, fondées sur les droits humains et axées sur le rétablissement. L'intégration de la justice de genre dans la santé mentale est une obligation en matière de droits humains et un impératif d'intérêt public, conformément à la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, à la Convention d'Istanbul et aux engagements de l'UE en matière d'égalité et de droits humains.

Introduction

Pourquoi le genre est important en matière de santé mentale : portée et objectifs du rapport

Le genre influence fondamentalement la manière dont les individus vivent, expriment et réagissent aux problèmes de santé mentale, mais il est souvent invisible et reste marginal dans les cadres politiques dominants en matière de santé mentale. Des conditions sociales et des traumatismes qui contribuent à la détresse aux modalités de diagnostic, de traitement, de soutien ou d'exclusion des soins, le genre est un facteur déterminant dans l'évolution de la santé mentale.¹

Des schémas distincts se dégagent entre les différents groupes. Les femmes sont touchées de manière disproportionnée par l'anxiété, la dépression et les troubles liés au stress, souvent liés à la répartition inégale des responsabilités familiales non rémunérées, à l'exposition à la violence sexiste et aux inégalités structurelles persistantes.² En revanche, les hommes sont plus susceptibles de subir des pressions liées aux normes dominantes de la masculinité, telles que les attentes en matière de dureté, d'autonomie et de suppression des émotions. Ces « normes » peuvent constituer des obstacles à la recherche d'aide et sont associées à des taux élevés de consommation de substances psychoactives et de suicide.^{3 4} En outre, la prévalence des troubles mentaux semble augmenter dans certains groupes spécifiques, notamment chez les hommes âgés et les jeunes femmes.⁵ Ces différences démontrent l'importance d'élaborer des politiques et des pratiques en matière de santé mentale qui non seulement tiennent compte du genre, mais remettent aussi activement en question les stéréotypes restrictifs, nuisibles et binaires, et s'attaquent aux facteurs systémiques qui les sous-tendent.⁶

Le présent rapport vise à faire passer le genre de la marge au centre du discours politique sur la santé mentale au niveau de l'UE. En explorant la manière dont les systèmes de santé mentale reproduisent ou résistent aux inégalités entre les sexes, il identifie les domaines clés à transformer. Il cartographie les tendances émergentes et met en évidence les défis insuffisamment pris en compte, en les situant dans un examen critique du paysage politique actuel de l'UE. Cette analyse est suivie de recommandations spécifiques et à plusieurs niveaux pour la mise en place de systèmes de santé mentale inclusifs et équitables entre les sexes. L'objectif n'est pas seulement d'informer, mais aussi de jeter les bases d'un plaidoyer durable, en veillant à ce que les futures stratégies en matière de santé mentale et d'égalité des sexes soient fondées sur l'équité, la justice et l'expérience vécue.

Une approche intersectionnelle et fondée sur les droits

Ce rapport adopte une approche intersectionnelle et fondée sur les droits pour comprendre le genre et la santé mentale en Europe. Fondé sur les principes de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (UNCRPD), il reconnaît la santé mentale comme une question de santé publique, de droits humains, de justice sociale et de justice de genre. Une perspective intersectionnelle est appliquée

¹ Baños RM, Miragall M. (2024) Gender Matters: A Critical Piece in Mental Health. *The Spanish Journal of Psychology*. 27:e28. DOI:10.1017/SJP.2024.29

² Ibid.

³ Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. (2010) Associations transnationales entre le genre et les troubles mentaux dans les enquêtes mondiales sur la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé. *Arch Gen Psychiatry*. 66(7):785–795. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

⁴ OMS (2025) La santé mentale dans le monde aujourd'hui : dernières données. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>

⁵ Eurofound (2025) Santé mentale : groupes à risque, tendances, services et politiques : <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

⁶ Réseau européen de l'IPPF : <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Consulté le 22 octobre 2025.

pour rendre compte de la manière dont les structures d'oppression qui se chevauchent, telles que la misogynie, le sexisme, le capacitisme, la transphobie et l'homophobie, peuvent interagir pour façonner les résultats en matière de santé mentale, l'accès aux soins et les expériences vécues en matière de santé mentale et de handicap psychosocial. Plutôt que de traiter le genre comme une catégorie binaire ou isolée, cette approche met en évidence la manière dont le genre croise d'autres axes d'identité et de pouvoir, produisant des inégalités à plusieurs niveaux.

Le rapport se concentre sur les déterminants sociaux et structurels de la santé mentale (par exemple, la violence sexiste, la discrimination et l'institutionnalisation) plutôt que sur des explications individualisées, pathologisées ou biomédicales de la détresse. La méthode principale est documentaire et s'appuie sur des recherches incluant des témoignages et des plaidoyers de personnes ayant vécu cette expérience. L'accent est mis sur les groupes souvent exclus du discours politique dominant afin de garantir que les recommandations soient fondées sur les informations fournies par les personnes les plus touchées. Cette approche est conforme à l'engagement de Mental Health Europe (MHE) en faveur des droits humains, de l'égalité et d'une participation significative à la réforme de la santé mentale.

Pour plus de détails sur la méthodologie principalement documentaire, la réflexivité et les réflexions éthiques, voir l'annexe 1. Un glossaire des termes clés utilisés dans le rapport figure à l'annexe 2.

Réalités actuelles en Europe et leur impact sur la santé mentale

Inégalités entre les sexes, violence sexiste et santé mentale des femmes et des filles

« J'ai l'impression qu'une très grande partie de mon expérience est due au fait que je suis une femme. (...) Et maintenant, je me sens très en insécurité, au travail et dans la rue. Je suis constamment paranoïaque, j'ai peur que quelqu'un m'agresse, car le harcèlement est tellement courant. Eh bien, c'est comme ça. Je pense presque tout le temps au fait que je suis une femme, c'est très difficile d'oublier ça. » – Une femme souffrant d'un handicap psychosocial.⁷

Les femmes et les filles de toute l'UE continuent de subir des inégalités systémiques entre les sexes qui ont une incidence directe sur leur santé mentale. Les disparités socio-économiques, telles que les écarts persistants entre les salaires et les retraites des hommes et des femmes⁸, les taux plus élevés de travail à temps partiel et précaire, et les responsabilités disproportionnées en matière de soins, augmentent l'exposition des femmes au stress, à l'insécurité financière et à l'exclusion sociale. Ces inégalités structurelles augmentent le risque de troubles mentaux et limitent l'accès aux ressources et au soutien, l'accessibilité elle-même étant souvent déjà un problème.⁹ Dans le même temps, les systèmes de santé à travers l'Europe, en particulier les soins de santé mentale, manquent souvent d'une perspective sensible au genre, ne tenant souvent pas compte de la manière dont la santé mentale des femmes est façonnée par des déterminants sociaux plus larges.¹⁰ Cela souligne la nécessité d'une approche psychosociale tant pour comprendre la santé mentale que pour concevoir des services et des politiques. Les données montrent que les femmes sont surreprésentées parmi les utilisateurs des services de soins de santé mentale primaires.^{11 12 13} En outre, au cours de la dernière décennie, les taux de suicide ont augmenté chez les femmes de moins de 20 ans, mettant en évidence des vulnérabilités émergentes qui nécessitent des stratégies de prévention tenant compte du genre.¹⁴

La violence sexiste est un facteur critique qui nuit à la santé mentale des femmes en Europe, avec des effets profondément néfastes. La violence sexiste constitue un problème de santé mentale publique mondial important, compte tenu de sa prévalence généralisée et de ses conséquences profondes sur la santé mentale et le bien-être des individus, ainsi que sur les communautés, tant au niveau local que mondial. Au moins une femme sur trois¹⁵ a subi des violences psychologiques, économiques, physiques ou sexuelles, y compris des violences domestiques et conjugales, qui ont des répercussions profondes et durables sur sa santé mentale

⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Expériences des femmes handicapées en Lituanie lorsque leur genre, leur handicap, la violence domestique et les services de santé mentale s'entrecroisent. *Disability and Health Journal* : <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

⁸ Parlement européen, Commission de l'emploi et des affaires sociales et Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres (2025) Rapport sur l'écart de rémunération et de retraite entre les hommes et les femmes dans l'UE : état des lieux, défis et perspectives d'avenir, et élaboration de lignes directrices pour une meilleure évaluation et une rémunération plus équitable du travail dans les secteurs à prédominance féminine (2025/2038(INI)).

⁹ Réseau européen de journalisme de données (2021) Payer ou repousser : comment l'Europe traite la dépression et l'anxiété. https://www.europeandatajournalism.eu/cp_data_news/pay-up-or-put-it-off-how-europe-treats-depression-and-anxiety/

¹⁰ Justyna Kucharska (2018) Traumatismes cumulatifs, discrimination sexuelle et santé mentale chez les femmes : rôle médiateur de l'estime de soi, *Journal of Mental Health*, 27:5, 416-423, DOI : 10.1080/09638237.2017.1417548.

¹¹ Thompson, A.E., Anisimowicz, Y., Miedema, B. et al. (2016) L'influence du genre et d'autres caractéristiques des patients sur le comportement en matière de recours aux soins de santé : une étude QUALICOPC. *BMC Primary Care*. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0440-0>

¹² Gao, Y., Burns, R., Leach, L. et al. (2024) Examen des services de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05965-z>

¹³ Bernal Arenas M, Arroyo-Sánchez A, Torres Parejo Ú, Muñoz-Negro JE. (2025) Revue systématique et méta-analyse des différences entre les sexes dans le traitement de l'anxiété et de la dépression. *International Journal of Social Psychiatry*. DOI: [10.1177/00207640251331898](https://doi.org/10.1177/00207640251331898)

¹⁴ Eurofound (2025) Santé mentale : groupes à risque, tendances, services et politiques. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/mental-health-risk-groups-trends-services-and-policies>

¹⁵ OMS (2021) Violence à l'égard des femmes : estimations de la prévalence. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

et physique, et des conséquences à long terme sur sa santé mentale, telles que le stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, la consommation de substances psychoactives et les tendances suicidaires. Des taux tout aussi élevés de maltraitance, en particulier de violence conjugale, touchent également les adolescentes : près d'une adolescente sur quatre ayant été en couple déclare avoir subi de telles violences dans le monde.¹⁶

Les femmes qui ont subi des violences sexistes sont au moins trois fois plus susceptibles de développer des troubles mentaux que les femmes qui n'ont pas vécu de telles expériences. À l'inverse, les femmes souffrant de troubles mentaux courent un risque accru d'être victimes de violences sexistes. Ce risque est encore plus élevé pour les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, qui subissent des taux de violence deux à cinq fois plus élevés que les femmes sans handicap.¹⁷ Ces préjugés sont souvent aggravés par la stigmatisation, la culpabilisation des victimes et l'exclusion sociale, qui, ensemble, peuvent entraver le rétablissement et limiter l'accès à des soins et à une prise en charge appropriés. Les victimes de violence sexiste sont souvent confrontées à un nouveau traumatisme dans leurs interactions avec les institutions, notamment les services de santé physique et mentale, les forces de l'ordre et les systèmes judiciaires. Par exemple, en Irlande, lorsque les victimes de violence sexuelle ont recours à un soutien psychologique, les notes prises par leur thérapeute peuvent être consultées par les équipes juridiques qui défendent les auteurs présumés.¹⁸

Malgré les engagements pris au niveau de l'UE, la prestation de services reste sous-financée et inégale entre les États membres. Les femmes migrantes, réfugiées et issues de minorités, ainsi que les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, se heurtent à des obstacles supplémentaires pour bénéficier de soins et d'une protection sûrs, adaptés aux traumatismes et à la violence.¹⁹ Pour lutter contre les effets des violences sexistes sur la santé mentale, il faut adopter des approches centrées sur les survivantes et fondées sur leur expérience vécue, qui combinent des soins de santé mentale accessibles et appropriés et un soutien complexe avec des interventions juridiques, sanitaires et sociales, tout en s'attaquant simultanément aux inégalités structurelles plus larges et aux « normes » culturelles et sociétales qui entretiennent la violence.

« Je suppose que la personne qui m'a maltraitée savait que j'étais vulnérable, car elle a trouvé les antidépresseurs et savait très bien qu'il s'agissait de médicaments destinés au traitement de troubles mentaux. J'étais stigmatisée. On me traitait de « psychopathe » et d'autres noms de ce genre. » – Une femme souffrant d'un handicap psychosocial.²⁰

« Il n'y a pas de système, ils ne savent pas comment réagir lorsqu'il y a un cas de violence contre une personne handicapée. Ils n'en ont aucune idée, aucune institution ne sait comment procéder dans de telles situations. C'est un fait. » – Une femme atteinte d'un handicap psychosocial qui vit dans une institution et a été victime de violence domestique.²¹

¹⁶ LynnMarie Sardinha, Ilknur Yüksel-Kaptanoğlu, Mathieu Maheu-Giroux, Claudia García-Moreno (2024) Violence conjugale à l'égard des adolescentes : estimations régionales et nationales de la prévalence et facteurs associés au niveau national. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8:9, 636 – 646. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(24\)00145-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(24)00145-7/fulltext)

¹⁷ Grigaitė, U. (2025) Réponses aux besoins en matière de santé mentale des survivants de violences conjugales par les services de santé mentale en Lituanie et au Portugal. DOI : [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

¹⁸ Association irlandaise de psychothérapie humaniste et intégrative (2025) Déclaration de l'IAHIP sur l'utilisation des notes thérapeutiques dans les procès pour agression sexuelle : <https://iahip.org/IAHIP-Statement-Therapy-Notes>

¹⁹ HCR (2024) Manuel d'intégration : santé mentale. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/mental-health/mental-health>

²⁰ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Expériences des femmes handicapées en Lituanie lorsque leur genre, leur handicap, la violence domestique et les services de santé mentale s'entrecroisent. *Disability and Health Journal* : <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²¹ Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED : Installations et programmes connectés basés sur le handicap pour la prévention de la violence à l'égard des femmes et des enfants en Bulgarie. Fondation Kera : https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

Le climat politique actuel en Europe exacerbe ces difficultés. La montée des mouvements anti-genre, le recul des droits des femmes et la réaction hostile à l'égard des organisations de défense de l'égalité des sexes compromettent les progrès en matière d'égalité des sexes et affaiblissent les infrastructures de soutien mises à la disposition des femmes et des filles. Dans le domaine des soins de santé, les femmes continuent d'être confrontées à des formes de misogynie médicale, notamment le rejet de leurs symptômes, la surmédication ou la pathologisation de leur détresse plutôt que la reconnaissance de ses causes sociales et sexospécifiques. Cela ne fait qu'accroître la méfiance à l'égard des services, mais perpétue également les cycles de préjudice et d'exclusion. Ces dynamiques sont encore intensifiées lorsque le genre croise d'autres axes de marginalisation. Par exemple, les femmes victimes de racisme sont souvent confrontées à des obstacles supplémentaires, tels que la sous-reconnaissance systématique de leur douleur ou la minimisation de leurs symptômes, ce qui souligne le besoin urgent d'une approche intersectionnelle tant dans la prestation des soins de santé que dans la conception des politiques.²²

Ces récentes tendances politiques et sociétales, ainsi que l'austérité dans le domaine des soins de santé, nuisent considérablement à la santé mentale des femmes et à leur accès aux soins de santé mentale.²³ Ces tendances créent un environnement hostile pour les femmes, menaçant leurs droits reproductifs, la reconnaissance de leur identité de genre et leur participation à la défense de leurs droits.²⁴ Les défenseurs des droits humains, en particulier les femmes, sont confrontés à une stigmatisation, une intimidation et un stress psychologique accrus.²⁵ Les groupes marginalisés, tels que les femmes migrantes, les femmes handicapées et les femmes LGBTI+, sont particulièrement vulnérables. Le concept de stress minoritaire est important pour aider à cadrer ces résultats comme le produit d'oppressions sociales et structurelles croisées, et non comme le résultat de facteurs individuels.²⁶

Parallèlement, il existe certaines initiatives encourageantes au niveau de l'UE, comme indiqué dans la section « Aperçu des principaux cadres européens » du présent rapport, qui reconnaissent au moins en partie l'importance de lutter contre les inégalités liées à l'. Sur le terrain, les organisations de la société civile et les groupes de défense des droits des femmes continuent de fournir des services innovants de santé mentale et de soutien au niveau communautaire, comblant souvent les lacunes critiques laissées par les systèmes officiels.

Dans l'ensemble, les inégalités entre les sexes, la violence sexiste et la discrimination systémique soulignent la nécessité urgente pour les institutions de l'UE et les États membres d'aborder de manière plus globale la santé mentale des femmes en tant que question de droits et d'égalité. Cela nécessite un investissement soutenu dans des services de santé mentale sensibles au genre, équitables entre les sexes, tenant compte des traumatismes et de la violence et axés sur le rétablissement, un renforcement de la mise en œuvre des engagements de l'UE en matière de protection des femmes et des filles contre la violence, et une inclusion significative des femmes ayant vécu cette expérience dans la conception et le suivi des politiques.

²² MHE (2024) Les effets de la discrimination raciale sur la santé mentale : <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Report-The-mental-health-impacts-of-racial-discrimination.pdf>

²³ ONU Femmes (2025) Les droits des femmes 30 ans après Pékin : <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2025/03/womens-rights-in-review-30-years-after-beijing>

²⁴ Frank C. Worrell (2023) Refuser l'avortement met en danger la santé mentale et physique des femmes. *American Journal of Public Health*. 113, 382-383 : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307241>

²⁵ Témoignages de défenseurs des droits sexuels et reproductifs attaqués en Pologne : <https://defendthedefenders.eu>. Consulté le 22 octobre 2025.

²⁶ Matthew Rivas-Koehl, Dane Rivas-Koehl, Shardé McNeil Smith (2023) Le modèle temporel intersectionnel du stress des minorités : repenser la théorie du stress des minorités. *Journal of Family Theory and Review*. <https://doi.org/10.1111/jftr.12529>

« Je savais que quelque chose n'allait pas chez moi, à cause de mon trouble alimentaire, parce que je n'avais plus mes règles (...). C'est alors que j'ai commencé à consulter des psychologues et même un psychiatre, et que j'ai pris des antidépresseurs. Cela a été très difficile pour moi. Mais à l'époque, ils m'ont peut-être posé des questions sur la violence, mais même s'ils l'ont fait, ils n'en ont pas parlé davantage. Nous n'avons pas abordé le sujet de la violence. » – Une femme souffrant d'un handicap psychosocial.²⁷

« La seule solution que j'ai [pour les traumatismes] est d'aller chez le psychiatre, de me gaver de médicaments. Je prends 15 comprimés par jour. Je prends des médicaments. En termes de soutien, personne ne m'a jamais rien recommandé. C'est juste des médicaments, des médicaments, des médicaments après des médicaments. » – Une femme souffrant d'un handicap psychosocial.²⁸

« Surtout quand j'étais adolescente, quand j'ai commencé à aller [chez un psychologue], cela [la violence domestique] aurait dû être abordé et faire l'objet d'une plus grande attention. Parce que je grandissais dans une tension extrême permanente. Dans toutes sortes de honte, de culpabilité et de tension. Et cela n'a jamais intéressé personne. » – Une femme atteinte d'un handicap psychosocial.²⁹

Femmes lesbiennes, bisexuelles, transgenres et intersexuées : marginalisation et répercussions sur la santé mentale

Les femmes lesbiennes, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LBTI+) sont souvent confrontées à un ensemble distinct de difficultés en matière de santé mentale, qui sont façonnées par des expériences croisées de stress lié à l'appartenance à une minorité, de stigmatisation, de discrimination et de violence. Les recherches et les données communautaires démontrent systématiquement que les femmes LBTI+ sont plus exposées que la population générale à des troubles et symptômes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires.³⁰ Ces résultats s'expliquent par l'exclusion systémique, le rejet familial, les discours hostiles de la société et la menace et les expériences persistantes de violence.

Dans toute l'Europe, les femmes LBTI+ rencontrent fréquemment des obstacles pour accéder à des services de santé mentale sûrs et valorisants. La discrimination dans les établissements de santé reste courante, et même en l'absence d'hostilité ouverte, de nombreux prestataires ne disposent pas d'une formation adéquate sur les questions spécifiques aux personnes LGBTQI. Cela crée des situations où les individus cachent des aspects fondamentaux de leur identité, ce qui peut nuire à l'efficacité de la thérapie, ou sont soumis à des formes subtiles mais préjudiciables d'invalidation.^{31 32} De plus, le manque de prestataires de soins de santé mentale et de services de soutien psychosocial sensibilisés aux questions LGBTQI est particulièrement aigu pour les femmes migrantes et réfugiées qui ne peuvent pas facilement accéder à une

²⁷ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Expériences des femmes handicapées en Lituanie lorsque leur genre, leur handicap, la violence domestique et les services de santé mentale s'entremêlent. *Disability and Health Journal* : <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

²⁸ Patrícia Neca (2023) DIS-CONNECTED : Installations et programmes connectés axés sur le handicap pour la prévention de la violence à l'égard des femmes et des enfants au Portugal. Fenacerci : https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_PT_EN.pdf

²⁹ Grigaitė, U., Aginskaitė, S., Pedrosa, B., Aluh, D.O., Santos-Dias, M., Silva, M., Cardoso, G., Caldas-de-Almeida, J.M. (2025) Expériences des femmes handicapées en Lituanie lorsque leur genre, leur handicap, la violence domestique et les services de santé mentale s'entremêlent. *Disability and Health Journal* : <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2025.101837>

³⁰ Explorateur de données FRA : <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/2024/eu-lgbtqi-survey-iii>. Consulté le 22 octobre 2025.

³¹ Conseil de l'Europe (2024) Droit au meilleur état de santé possible et accès aux soins de santé pour les personnes LGBTI en Europe : <https://rm.coe.int/prems-124824-gbr-2575-right-to-the-highest-attainable-standard-of-health/1680b1ba4d>

³² Bettergarcia, J., Matsuno, E., Conover K.J. (2021) Formation des professionnels de la santé mentale aux soins affirmant l'identité queer : une revue systématique. *Psychologie de l'orientation sexuelle et de la diversité de genre*, vol. 8(3), 365-377. <https://psycnet.apa.org/buy/2021-92937-006>

thérapie dans leur langue maternelle, ce qui entraîne de longues listes d'attente et une exclusion supplémentaire.³³

Comme de nombreuses femmes LGBTQI+ connaissent également une précarité socio-économique, les soins de santé mentale privés sont souvent hors de leur portée financière, ce qui renforce les inégalités structurelles.³⁴ ³⁵ Des expériences spécifiques aggravent ces difficultés dans divers sous-groupes. Par exemple, les femmes lesbiennes et bisexuelles sont confrontées à la fois à une hypersexualisation et à une déssexualisation, et beaucoup d'entre elles sont exposées à des violences sexuelles.³⁶ Les femmes bisexuelles sont souvent victimes d'effacement, en particulier dans les relations hétérosexuelles, ce qui nuit à l'affirmation de leur identité.³⁷ De plus, les femmes transgenres sont confrontées à des attaques incessantes de la part des mouvements anti-genre et des médias hostiles qui les présentent comme des menaces plutôt que comme des victimes ou des survivantes, ce qui entraîne leur isolement social, une anxiété accrue³⁸ et une mobilité réduite dans les espaces publics. Elles sont également victimes de niveaux disproportionnés de violence, y compris d'homicides, les femmes transgenres de couleur, les migrantes et les travailleuses du sexe étant les plus exposées.³⁹

En plus de ce qui précède, de nombreuses femmes intersexuées sont souvent soumises à des interventions non consenties et médicalement inutiles pendant leur enfance, ce qui entraîne des traumatismes à long terme et une méfiance envers les prestataires de soins de santé. Les femmes intersexuées sont donc confrontées à des risques particulièrement graves pour leur santé mentale, liés à des traumatismes médicaux, familiaux et sociaux. Les procédures non consenties et médicalement inutiles qui visent à « normaliser » leur corps en fonction des « normes » sociales sont souvent réalisées sous la forte pression des médecins et des familles, laissant les personnes concernées avec des troubles mentaux à long terme, une intégrité physique perturbée et une méfiance envers les prestataires de soins de santé.⁴⁰ Les chirurgies de féminisation étant plus courantes que celles de masculinisation, les enfants intersexués sont disproportionnellement orientés vers l'assignation du genre féminin, quelle que soit leur identité, ce qui entraîne une surreprésentation des femmes intersexuées et un nombre important de personnes intersexuées transgenres et non binaires.⁴¹ Grandir dans ces conditions entraîne souvent un stress familial, une stigmatisation sociale et un manque de modèles de développement identitaire favorables. À l'âge adulte, de nombreuses femmes intersexuées peuvent retarder ou éviter de recourir aux soins de santé, y compris au soutien en matière de santé mentale, car les prestataires de services eux-mêmes peuvent avoir été les auteurs de leur traumatisme antérieur. Cela renforce les cycles d'exclusion, d'isolement et de détresse non

³³ Nyikavaranda, P., Pantelic, M., Jones, C.J. et al. (2023) Obstacles et facilitateurs à la recherche et à l'accès à un soutien en santé mentale dans les soins primaires et la communauté chez les femmes migrantes en Europe : une revue systématique « féministe ». *International Journal for Equity in Health*. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01990-8>

³⁴ Bianca D.M., Wilson, Allegra R. Gordon, Christy Mallory, Soon Kyu Choi, M.V. Lee Badgett (2021) Santé et bien-être socio-économique des femmes LBQ aux États-Unis. <https://glma.org/docs/LBQ-Women-Mar-2021.pdf>

³⁵ Kinitz, D.J., Shahidi, F.V., Kia, H. et al. (2024) Emploi précaire : une question négligée chez les travailleurs lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres. *Recherche sur la sexualité et politique sociale*. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-00950-3>

³⁶ Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., Parks, K. A. (2014). Victimization sexuelle et risques associés chez les femmes lesbiennes et bisexuelles. *Violence contre les femmes*, 19(5), 634-657. <https://doi.org/10.1177/1077801213490557>

³⁷ Emma M. Leonard (2021) L'effacement du monosexisme : une exploration du développement de l'identité chez les femmes bisexuelles. *Université d'État du Missouri*. <https://bearworks.missouristate.edu/theses/3702>

³⁸ Cirley Novais Valente Junior, Adriane Mesquita de Medeiros (2022) Incohérence entre la voix et le genre : relation entre la perception vocale de soi et la santé mentale des femmes transgenres. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.10.002>

³⁹ Mise à jour du Trans Murder Monitoring (2024) <https://tgeu.org/files/uploads/2024/11/TGEU-TMM-TDoR2024-Table-2.pdf> Communiqué de presse (2024) : <https://tgeu.org/will-the-cycle-of-violence-ever-end-tgeus-trans-murder-monitoring-project-crosses-5000-cases/>

⁴⁰ Valentine Hallard (2024) Intersex Bodies, Surgery, and the Pursuit of « Normality » (Corps intersexués, chirurgie et quête de la « normalité »). Centre de recherche sur les droits humains : <https://www.humanrightsresearch.org/post/intersex-bodies-surgery-and-the-pursuit-of-normality>

⁴¹ Human Rights Watch (2017) « Je veux être comme la nature m'a fait » : chirurgies médicalement inutiles sur les enfants intersexués aux États-Unis. <https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>

traitée, soulignant le besoin urgent de soins de santé tenant compte des traumatismes et de la violence, fondés sur les droits, et d'un soutien par les pairs pour les communautés intersexuées.^{42 43}

Toutes ces expériences illustrent collectivement le lourd tribut psychologique que représentent la pathologisation, la coercition, la marginalisation et les traumatismes pour les femmes LBTI+. Le soutien par les pairs au sein de la communauté joue un rôle crucial dans l'atténuation de ces préjudices. Les groupes dirigés par des pairs ou informés par des pairs constituent souvent les seuls espaces sûrs et valorisants dont disposent les femmes LBTI+ dans toute l'UE. Cependant, ces initiatives restent gravement sous-financées, généralement menées par des bénévoles, et vulnérables à l'effondrement lorsque des personnes clés s'épuisent.⁴⁴ Le renforcement et le financement des centres communautaires capables d'assurer un soutien par les pairs parallèlement à des soins psychosociaux professionnels constituent une intervention prometteuse et urgente. Cette situation est encore aggravée par le financement limité dans toute l'UE, ce qui souligne la nécessité cruciale de donner la priorité à la santé mentale dans les décisions politiques et financières à venir.

Enfin, les lacunes structurelles dans la conception des politiques et des services exacerbent toutes ces inégalités pour les femmes LBTI+. Les programmes de santé mentale au niveau de l'UE sont souvent inaccessibles aux organisations qui travaillent avec des populations marginalisées de manière intersectionnelle, en particulier dans les pays où les personnes et les communautés LGBTQI+ sont déjà exclues du financement de l'UE.⁴⁵ Sans ressources ciblées et sans réforme systémique, les besoins spécifiques des femmes LBTI+ en matière de santé mentale continueront d'être négligés. Pour y remédier, il faut non seulement financer et former les prestataires de services, mais aussi promouvoir des approches communautaires menées par les survivantes et reconnaître les facteurs uniques de détresse chez les femmes LGBTQI+ : exclusion familiale, stigmatisation sociale, politiques anti-genre, pathologisation, violence médicalisée et institutionnelle.

Handicap psychosocial et réalités genrées de la coercition et de l'institutionnalisation

Les femmes et les filles atteintes de handicaps psychosociaux dans l'UE sont confrontées à des violations profondes et persistantes de leurs droits, souvent enracinées dans un héritage et des aspects persistants de l'institutionnalisation, de la coercition et de la discrimination systémique. Malgré certains progrès dans les programmes de désinstitutionnalisation, de nombreuses femmes restent confinées dans des hôpitaux psychiatriques, des établissements de soins résidentiels ségrégués ou d'autres environnements ségrégués où elles sont exposées à des risques accrus de négligence, de coercition et de violence sexiste.^{46 47 48} Les environnements institutionnels exacerbent souvent la détresse au lieu de l'atténuer, privant les femmes de

⁴² OII Europe (2020) Rapport sur la situation des personnes intersexuées en Europe et en Asie centrale : <https://www.oii-europe.org/covid-19-survey-report/>

⁴³ OII Europe (2022) Enquête de suivi sur les personnes intersexuées et la COVID-19 : <https://www.oii-europe.org/oii-europe-follow-up-covid-19-intersex-survey-2022/>

⁴⁴ Erin Howe et Somjen Frazer (2021) Financement adapté à l'évolution des réalités : les organisations LGBTI sur l'état du financement en Europe et en Asie centrale. Strength in Numbers Consulting Group pour ILGA-Europe. <https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2022/04/Funding-Meet-Changing-Realities-LGBTI-Organisations-State-Funding-Europe-Central-Asia.pdf>

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ MHE et Université du Kent (2017) Cartographier et comprendre l'exclusion en Europe : <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>

⁴⁷ OMS Europe (2018) Santé mentale, droits de l'homme et normes de soins : évaluation de la qualité des soins en institution pour les adultes souffrant de troubles psychosociaux et de déficiences intellectuelles dans la région européenne de l'OMS : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342203/9789289053204-eng.pdf?sequence=1>

⁴⁸ Grigaitė, U., Levickaitė, K., Juodkaitė, D., Goštautaitė-Midttun, N. (2025) Promouvoir la désinstitutionnalisation fondée sur les droits de l'homme en Lituanie en appliquant les évaluations QualityRights de l'Organisation mondiale de la santé. *International Journal for Quality in Healthcare*, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae118>

leur autonomie, réduisant au silence leurs expériences et renforçant la stigmatisation liée au handicap et à la santé mentale.

La dimension sexospécifique de l'institutionnalisation est souvent négligée. Les femmes souffrant de handicaps psychosociaux sont exposées de manière disproportionnée à la violence sexuelle et sexiste dans les contextes institutionnels, notamment à l'administration forcée de médicaments, à l'isolement et, dans certains cas, à la stérilisation forcée ou au déni des droits reproductifs.^{49 50} Ces violations causent non seulement un préjudice immédiat, mais ont également des conséquences à long terme sur la santé mentale, l'autonomie corporelle et la confiance dans les systèmes de soins et de soutien. Ces pratiques vont à l'encontre des engagements pris dans le cadre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, ratifiée par l'UE, qui impose la protection de la capacité juridique, la protection contre les abus et la coercition, ainsi que le droit de vivre de manière indépendante et d'être inclus dans la communauté. Une approche de la désinstitutionnalisation sensible au genre nécessite de garantir aux femmes l'accès à des services communautaires sûrs qui traitent spécifiquement les risques de violence et fournissent un soutien holistique. Cela inclut un financement adéquat, une formation du personnel tenant compte des questions de genre et des mécanismes qui permettent aux femmes d'exercer leur choix et leur contrôle sur leur vie pendant et après la transition depuis les soins en institution.

Selon le Forum européen des personnes handicapées (FEPH)⁵¹, les femmes et les filles handicapées, y compris celles qui souffrent de handicaps psychosociaux, continuent d'être confrontées à un large éventail de stéréotypes préjudiciables. Ceux-ci renforcent la discrimination et augmentent l'exposition à la violence, à l'exclusion et aux violations des droits, ce qui peut également avoir des conséquences très néfastes sur la santé mentale. Parmi les idées reçues courantes, on trouve la conviction que les femmes et les filles handicapées ne peuvent pas s'occuper d'enfants ou de proches, ne devraient pas avoir d'enfants ou sont incapables de prendre des décisions concernant leur propre corps et leur sexualité. Ces idées fausses alimentent des pratiques telles que la stérilisation forcée, la contraception et l'avortement sans consentement libre et éclairé, qui sont explicitement interdites par la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (UNCRPD) et la Convention d'Istanbul. L'exclusion de l'éducation sexuelle et des services de santé sexuelle et reproductive est courante, ce qui entraîne un risque accru de violence sexuelle, d'exploitation, de grossesses non désirées et d'infections sexuellement transmissibles.

D'autres stéréotypes dépeignent les femmes et les filles handicapées comme moins dignes d'éducation, inaptes à certains emplois ou incapables d'assumer des rôles de direction. Ces préjugés affectent leur santé mentale et leur bien-être, limitent leur participation à la vie scolaire, professionnelle et politique, perpétuant ainsi les cycles de marginalisation, de désresponsabilisation et de dépendance économique. Les femmes et les filles ayant des handicaps psychosociaux sont encore plus stigmatisées par des stéréotypes et des mythes préjudiciables qui les décrivent comme prétendument violentes, imprévisibles ou peu fiables. Ces préjugés compromettent non seulement leurs perspectives d'emploi et leurs droits parentaux, mais limitent également leur accès à la justice et aux services de protection, les victimes de violence se voyant souvent refuser le soutien nécessaire et approprié, y compris les soins de santé mentale.

⁴⁹ EDF et CERMI Women's Foundation (2017) Mettre fin à la stérilisation forcée des femmes et des filles handicapées : <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/06/EDF-and-CERMI-Womens-Foundation-report-on-ending-forced-sterilisation-of-women-and-girls-with-disabilities.pdf>

⁵⁰ EDF (2022) Stérilisation forcée des personnes handicapées dans l'Union européenne : https://www.edf-feph.org/content/uploads/2022/09/EDF_FS_0909-accessible.pdf

⁵¹ EDF (2025) Prise de position de l'EDF sur les stéréotypes de genre à l'encontre des femmes handicapées : <https://www.edf-feph.org/publications/gender-stereotypes-against-women-with-disabilities/>

Les femmes handicapées qui vivent dans des institutions de soins résidentiels sont exposées à des risques accrus d'abus en raison de l'isolement, des déséquilibres de pouvoir et du manque de responsabilité au sein des établissements, ce qui rend la violence et ses conséquences sur la santé mentale plus fréquentes et plus difficiles à signaler. Elles sont également moins susceptibles d'être reconnues comme des témoins crédibles dans les cas d'abus, ce qui renforce encore l'impunité.⁵² Ces stéréotypes croisés, enracinés dans le capacitisme et les préjugés sexistes, privent les femmes et les filles souffrant de handicaps psychosociaux de leurs droits à l'autonomie, à la dignité et à l'égalité, et exigent une action urgente par le biais de politiques inclusives, de campagnes de sensibilisation, de services accessibles et de mesures ciblées visant à démanteler la discrimination structurelle.

« Eh bien, quand vous avez un handicap, c'est immédiatement cette réaction-là. La première chose qui vient à l'esprit, vous savez, c'est comme un tampon ou une étiquette : qu'ils « inventent des choses ». Vous savez, comme si ce qu'elles disaient n'était pas vrai. Comme si seules les « personnes non malades » pouvaient dire la vérité. (...) En ce sens, tout le monde est très, très prompt à dire que si vous êtes handicapé, vous êtes considéré comme perdu. (...) » – Tuteur légal d'une jeune fille atteinte d'un handicap psychosocial, victime de violence sexiste.⁵³

Ces réalités renforcent l'exclusion structurelle, laissant les femmes atteintes d'un handicap psychosocial en marge des programmes de soins de santé mentale et d'égalité des sexes. Pourtant, dans toute l'Europe, certaines pratiques prometteuses offrent des pistes d'avenir. La stratégie européenne pour les droits des personnes handicapées 2021-2030 met à nouveau l'accent sur la désinstitutionnalisation et le renforcement du soutien communautaire, reconnaissant la nécessité de remplacer les modèles coercitifs par des approches fondées sur les droits et centrées sur la personne. Dans la mise en œuvre de ces mesures, les États membres sont encouragés à veiller à ce que les investissements dans des services communautaires accessibles et abordables s'attaquent explicitement aux obstacles auxquels les femmes sont confrontées pour accéder aux services sociaux et de santé mentale, en intégrant une perspective de genre dans les politiques de désinstitutionnalisation. Les projets financés par l'UE devraient également tenir compte des difficultés supplémentaires auxquelles sont confrontées les personnes handicapées victimes de discrimination intersectionnelle, notamment celles issues de minorités raciales et ethniques, les femmes LGBTI+ et les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, afin de promouvoir un accès équitable à des services communautaires solidaires, inclusifs et sûrs.⁵⁴

Certains États membres ont mis en place des alternatives à la crise gérées par des pairs, des maisons d'accueil d'urgence et des initiatives de défense des droits des survivantes qui démontrent le potentiel des réponses non coercitives et communautaires (par exemple, les salles de crise de Bochum en Allemagne⁵⁵, l'approche du dialogue ouvert en Finlande et le modèle de Trieste en Italie⁵⁶). Les organisations de la société civile, y compris les réseaux de défense des droits des femmes handicapées, continuent de mettre en évidence et de dénoncer les abus tout en expérimentant des modèles de soutien tenant compte des traumatismes et de la violence, qui affirment l'autonomie et l'expérience vécue des femmes.

⁵² Leanne Dowse, Simone Rowe, Eileen Baldry et Michael Baker (2021) Réactions de la police face aux personnes handicapées : rapport de recherche. <https://apo.org.au/node/314892>

⁵³ Grigaitė, U., Baltrušytė, G.M., Sipko, K. (2025) Accès à la justice pour les enfants handicapés victimes de crimes en Lituanie : une étude qualitative. *The International Journal for Children's Rights*. <https://doi.org/10.1163/15718182-33010005>

⁵⁴ Commission européenne (2024) Lignes directrices sur l'autonomie et l'inclusion dans la communauté des personnes handicapées dans le contexte du financement de l'UE : https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/commission-adopts-guidance-independent-living-persons-disabilities-2024-11-20_en

⁵⁵ Conseil de l'Europe (2021) Rapport de synthèse : Bonnes pratiques pour promouvoir les mesures volontaires dans les services de santé mentale. <https://rm.coe.int/inf-2021-9-compendium-final-e/1680b11f60>

⁵⁶ OMS (2021) Lignes directrices sur les services communautaires de santé mentale : promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

Pour que les droits des femmes souffrant de handicaps psychosociaux soient respectés, l'UE et ses États membres doivent aller au-delà des discours et veiller à la mise en œuvre effective des obligations découlant de la CNUDPH dans la pratique. Cela implique d'investir dans une désinstitutionnalisation sensible au genre et équitable entre les sexes, d'interdire la coercition dans les services de santé mentale, de garantir l'accès à la justice et à des voies de recours pour les victimes de violences et d'abus, et d'intégrer le leadership fondé sur l'expérience vécue et vécue dans la conception et le suivi des services. La protection de la santé mentale et de la dignité des femmes atteintes de handicaps psychosociaux n'est pas seulement une question de réforme des soins de santé, mais aussi une question de justice entre les sexes et de droits humains qui est au cœur des engagements de l'UE.

« Il convient toutefois de souligner qu'il existe encore peu de données accessibles sur la violence spécifique au handicap, sur la violence dans les environnements fermés (institutions, centres d'asile ou hôpitaux psychiatriques), sur la relation entre la victime et l'auteur ou les auteurs, et sur les obstacles à la dénonciation de la violence qui maintiennent les femmes et les filles handicapées dans le silence et l'invisibilité, comme le souligne le Forum européen des personnes handicapées.⁵⁷ »⁵⁸

Misogynie médicale et dévalorisation de l'expérience vécue dans les systèmes de santé mentale et de soins de santé

Partout en Europe, les femmes continuent d'être confrontées à des formes de préjugés et de discrimination profondément sexistes au sein des systèmes de santé, y compris les services de santé mentale. La misogynie médicale dans les soins de santé mentale peut se manifester par une médicalisation excessive de la détresse des femmes, des diagnostics erronés et une méconnaissance des facteurs sociaux et structurels qui influencent la santé mentale et le bien-être. La dépression, l'anxiété ou les troubles liés à un traumatisme sont souvent traités comme des « pathologies » individuelles plutôt que comme des réactions à la violence, à la discrimination ou aux inégalités sociales. Cela renforce un cycle dans lequel les femmes sont régulièrement réduites au silence, leur souffrance médicalisée et leur autonomie compromise.

Une dimension connexe est l'injustice épistémique (intellectuelle)⁵⁹ : les femmes sont trop souvent considérées comme des narratrices peu fiables de leur propre souffrance, les cliniciens privilégiant les cadres biomédicaux ou psychiatriques plutôt que les témoignages directs de détresse.⁶⁰ Cela est particulièrement préjudiciable pour les survivantes de violences sexistes, dont les révélations sont souvent mises en doute, minimisées ou recadrées comme des symptômes supposés d'un trouble psychiatrique ; par exemple, dans les cas de manifestations du privilège épistémique en psychiatrie.⁶¹ Pour les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, cette dynamique est aggravée par le capacitisme structurel, qui conduit à une exclusion persistante des décisions concernant leurs propres soins et leur soutien.

⁵⁷ EDF (2021) Prise de position de l'EDF sur la violence à l'égard des femmes et des filles handicapées dans l'Union européenne : <https://www.edf-feph.org/publications/edf-position-paper-on-violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-european-union>

⁵⁸ Yousra Sandabad (2024) RESPONSE : Services adaptés pour lutter contre la violence sexiste à l'égard des femmes handicapées – Rapport sur l'état de l'art. https://easdpd.eu/fileadmin/user_upload/Projects/O_RESPONSE_State_of_the_Art_Report.pdf

⁵⁹ Fricker, M. (2007) Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁶⁰ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Sous l'égide de la communication sur l'injustice épistémique et l'injustice épistémique dans les rencontres cliniques : une revue critique. *Éthique, médecine et santé publique*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>

⁶¹ Kidd, I. J., Spencer, L., Carel, H. (2022) Injustice épistémique dans la recherche et la pratique psychiatriques. *Philosophical Psychology*, 38(2), 503–531. <https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333>

« Oui, quand j'étais à Sofia, j'ai commencé à parler de la [violence] sexuelle, mais je ne pense pas qu'ils m'aient vraiment crue. C'est quelque chose qui arrive aussi, quand on leur en parle. Ils pensent que tout est causé par la psychose. » – Une femme souffrant d'un handicap psychosocial qui a subi de multiples formes de violence sexiste.⁶²

Les conséquences de la misogynie médicale et de la dévalorisation de l'expérience vécue sont profondes. Elles contribuent à des diagnostics tardifs ou inadéquats, à des traitements inappropriés ou coercitifs et à l'érosion de la confiance dans les systèmes de santé. De plus, ces dynamiques perpétuent la stigmatisation et créent des obstacles à la recherche d'aide, laissant de nombreuses femmes sans soutien efficace et fondé sur les droits. Elles reproduisent également les inégalités structurelles : par exemple, les femmes migrantes et réfugiées sont confrontées à un double fardeau de préjugés raciaux et sexistes, tandis que les femmes transgenres et intersexuées sont confrontées à des niveaux supplémentaires de pathologisation et de délégitimation de leur identité.

De plus, les femmes à travers l'Europe continuent de se heurter à des obstacles systémiques en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (SDSR). Les lois restrictives en matière d'avortement, l'accès inégal aux technologies de procréation assistée et l'absence de soins universels et exempts de stigmatisation créent des obstacles juridiques, financiers et pratiques. Ces obstacles obligent souvent les femmes à retarder ou à renoncer à des soins de santé essentiels, ce qui touche de manière disproportionnée les femmes appartenant à des groupes marginalisés.⁶³ En outre, la réduction générale de l'aide mondiale, combinée à la montée des réactions négatives à l'égard de l'égalité des sexes, met encore plus en danger la santé des femmes.⁶⁴

Selon la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) - Réseau européen, l'incohérence des politiques nationales révèle une violation flagrante des droits reproductifs et aggrave les inégalités existantes dans la région. La violence obstétricale et gynécologique reste une forme répandue et insuffisamment traitée de violence sexiste, qui englobe les mauvais traitements, la coercition, la négligence et les procédures non consenties dans les établissements de santé.⁶⁵ Ces violations portent atteinte à l'autonomie en matière de s corporelles, perpétuent la méfiance à l'égard des systèmes de santé et mettent en évidence l'absence de garanties efficaces, de responsabilité et de formation professionnelle. Les femmes confrontées à des discriminations croisées, notamment les femmes handicapées, les migrantes, les femmes LGBTI+ et les survivantes de violences sexistes, sont les plus exposées au risque d'exclusion, de mauvais traitements et de négligence systémique, tandis que les femmes transgenres et intersexuées sont victimes de violations particulièrement graves de leurs droits en matière de santé et de leurs droits humains.

Pour combler ces lacunes, il faut mettre en place des politiques globales et intersectionnelles qui reconnaissent l'influence du genre, de la sexualité, du statut migratoire, du handicap, de l'origine ethnique et de la situation socio-économique sur l'accès aux soins. Il est urgent de donner la priorité à l'élargissement de l'éducation sexuelle complète, à la garantie d'un accès égal aux droits sexuels et reproductifs et à la lutte contre la violence obstétricale et gynécologique, car il s'agit là d'impératifs en matière de santé mentale et de droits humains. L'UE a un rôle essentiel à jouer : harmoniser l'accès aux droits sexuels et reproductifs dans

⁶² Elena Krasteva, Aneta Genova (2024) DIS-CONNECTED : Installations et programmes connectés destinés aux personnes handicapées pour la prévention de la violence à l'égard des femmes et des enfants en Bulgarie. Fondation Kera : https://validity.ngo/wp-content/uploads/2025/02/DIS-CONNECTED_NatRep_BG_EN_approved-1-1.pdf

⁶³ Réseau européen de l'IPPF : <https://en.europe.ippf.org/address-the-root-causes-of-gender-inequality>. Consulté le 22 octobre 2025.

⁶⁴ ONU Femmes (2025) Progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable : aperçu de la situation en matière d'égalité des sexes en 2025. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2025-09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2025-en.pdf>

⁶⁵ Réseau européen de l'IPPF (2022) Violence obstétricale et gynécologique : <https://europe.ippf.org/resource/gynaecological-and-obstetric-violence-form-gender-based-violence>

tous les États membres, soutenir les mécanismes de solidarité transfrontalière pour les soins liés à l'avortement, lutter contre la violence médicale et institutionnelle, et renforcer le financement des organisations de défense des droits des femmes et des droits sexuels et reproductifs afin de garantir des soins de santé équitables, fondés sur les droits et axés sur le rétablissement pour tous.

En fin de compte, démanteler la misogynie médicale et l'injustice épistémique dans les soins de santé nécessite plus que des réformes progressives. Cela exige des changements structurels vers la justice de genre, des pratiques fondées sur les droits et des mécanismes de responsabilité qui garantissent que les expériences vécues par les femmes ne sont pas seulement entendues, mais aussi prises en compte. Sans une telle transformation, les systèmes de santé mentale risquent de reproduire les inégalités mêmes qu'ils sont censés combattre.

Genre et intersectionnalité en santé mentale

Pertinence pratique du modèle psychosocial de la santé mentale

Pour comprendre le genre et la santé mentale, il faut adopter une perspective intersectionnelle qui reconnaît comment la position sociale, l'identité et les inégalités structurelles façonnent les expériences vécues de détresse et de santé mentale. Dans la pratique, l'intersectionnalité signifie reconnaître que le genre interagit souvent avec d'autres facteurs : les personnes peuvent également être victimes de discrimination liée à d'autres aspects de leur identité tels que le handicap, l'âge, l'origine ethnique, la classe sociale, le statut migratoire ou la sexualité, et ces forces combinées peuvent aggraver le risque de troubles et de problèmes de santé mentale.

Une telle approche fait écho au modèle psychosocial de la santé mentale^{66 67}, qui remet en question les interprétations biomédicales étroites en situant la santé mentale dans des contextes de vie plus larges. Le rétablissement ne se définit pas simplement par les résultats d'un traitement biomédical, mais revêt une signification individuelle et est lié à des facteurs tels que des systèmes de soutien complexes qui comprennent le soutien par les pairs, des services accessibles, communautaires, individualisés et centrés sur la personne, ainsi que des politiques inclusives. Au cœur de cette approche se trouve l'idée que les personnes ayant vécu cette expérience sont des experts de leur propre rétablissement et que le choix, l'autonomie et une participation significative sont essentiels à la santé mentale.

L'application de cette perspective au genre montre clairement comment les inégalités entre les sexes, notamment la violence sexiste, les responsabilités inégales en matière de soins et la misogynie systémique, affectent directement la santé mentale. Comme cela a été démontré, les femmes sont souvent confrontées à des obstacles croisés qui exacerbent l'exclusion et la détresse. Par exemple, les femmes migrantes, les femmes racialisées, les femmes souffrant de handicaps psychosociaux ou les femmes LGBTI+ peuvent être confrontées à de multiples niveaux de discrimination dans les domaines de la santé, de l'emploi ou du logement, qui ne peuvent être dissociés de leurs résultats en matière de santé mentale. En reconnaissant ces inégalités croisées, l'approche psychosociale fournit un cadre pour concevoir des réponses qui répondent à la fois aux besoins individuels et aux injustices structurelles.

Pour les décideurs politiques de l'UE, ce cadre souligne un message urgent : les politiques de santé mentale qui ne tiennent pas compte du genre (ou inversement, les politiques d'égalité des genres qui négligent la santé mentale et les droits des personnes handicapées) et de l'intersectionnalité risquent d'aggraver les inégalités et de laisser pour compte les personnes les plus marginalisées. Une approche psychosociale transformatrice et équitable entre les sexes devrait donc être intégrée dans les stratégies de l'UE en matière de santé, d'égalité et de droits humains. Cela nécessite non seulement d'investir dans des services de santé mentale accessibles et inclusifs, mais aussi de mener une action coordonnée au niveau de l'UE pour démanteler les obstacles structurels, tels que la violence sexiste, la discrimination et les conditions socio-économiques précaires, qui nuisent à la santé mentale des femmes. En adoptant l'intersectionnalité dans ses politiques et ses pratiques, l'UE peut se positionner comme un leader mondial dans la refonte des systèmes de santé mentale à travers l'égalité, la justice et les droits humains. Cette vision est en parfaite adéquation

⁶⁶ MHE (2023) Promouvoir la compréhension du modèle psychosocial de la santé mentale : <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

⁶⁷ Karilė Levickaitė et Ugnė Grigaitė (2020) Santé mentale, handicap psychosocial et droit de vivre dans la communauté : désinstitutionnalisation et plaidoyer pour le changement. https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

avec les obligations de l'UE au titre de la CNUDPH et de la Convention d'Istanbul, qui affirment toutes deux le droit à la pleine inclusion, à l'égalité et à l'absence de violence et de discrimination.

Les défis posés par les lacunes en matière de données et les systèmes de santé mentale qui ne tiennent pas compte des questions de genre

L'absence de données complètes et ventilées constitue un obstacle persistant à la mise en place de politiques et de pratiques efficaces en matière de santé mentale, sensibles au genre et équitables entre les sexes, dans l'Union européenne. Les données actuelles issues de la recherche et des services de santé mentale ne parviennent souvent pas à rendre compte des différences d'expériences et de résultats en fonction du genre, des identités croisées ou des déterminants sociaux. Cette invisibilité compromet la capacité des décideurs politiques à concevoir des interventions ciblées, à allouer les ressources de manière équitable et à contrôler l'efficacité des services. De plus, de nombreux systèmes de santé mentale existants fonctionnent selon des hypothèses neutres en matière de genre, négligeant la manière dont les inégalités structurelles, la violence sexiste, les responsabilités en matière de soins, les attentes sociales et les « normes » influencent les résultats en matière de santé mentale.⁶⁸

Pour combler ces lacunes, il faut adopter une approche systématique et fondée sur les droits en matière de collecte, de suivi et d'évaluation des données. Cela implique notamment de ventiler systématiquement les indicateurs de santé mentale par sexe, âge, statut migratoire, type de handicap, statut socio-économique et autres facteurs croisés, tout en garantissant des garanties solides. Compléter les données quantitatives par des informations qualitatives, notamment des récits d'expériences vécues, peut mettre en lumière les obstacles, les pratiques discriminatoires et les besoins non satisfaits que les mesures traditionnelles négligent souvent. Il convient de donner la priorité aux investissements dans des recherches de qualité fondées sur une compréhension intersectionnelle complète, tout en garantissant la transparence, des garanties éthiques et la participation des communautés.

Il est important de noter que l'amélioration des systèmes de données intersectoriels et sensibles au genre n'est pas seulement une nécessité technique, mais aussi une question de droits humains, de responsabilité et de justice sociale, permettant des interventions fondées sur des preuves qui respectent la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (UNCPRD) et la Convention d'Istanbul, et favorisent une inclusion significative pour toutes les personnes à travers l'Europe.

participatives et inclusives en matière de recherche, de politiques et de pratiques

Il est essentiel de veiller à ce que la recherche, l'élaboration des politiques et les pratiques en matière de santé mentale soient participatives et inclusives afin de lutter contre les inégalités entre les sexes et de promouvoir la justice entre les sexes dans le domaine de la santé mentale. Les approches traditionnelles marginalisent souvent les voix des personnes ayant une expérience vécue, en particulier les femmes, ainsi que celles des groupes marginalisés qui se recoupent, tels que les migrants, les personnes LGBTQI+ et les personnes handicapées. Cette exclusion limite la pertinence, l'efficacité et l'équité des politiques et des services de santé mentale, renforçant ainsi l'injustice épistémique et les barrières systémiques.

⁶⁸ Mischa Barr, Renata Anderson, Sandra Morris, Kate Johnston-Ataata (2024) Vers une compréhension sexospécifique des expériences des femmes en matière de santé mentale et du système de santé mentale. *Women's Health Victoria*, document de réflexion 17.2. https://www.whv.org.au/wp-content/uploads/2023/01/Issues-Paper-17-2_Nov-2024_Towards-a-gendered-understanding-of-womens-experiences-of-mental-health-and-the-mental-health-system.pdf

Les approches participatives impliquent la co-création et la co-conception de la recherche, des politiques et des services avec les personnes les plus touchées, en reconnaissant l'expérience vécue et actuelle comme une expertise. En favorisant un engagement significatif à chaque étape, ces approches renforcent la responsabilité, la pertinence et le potentiel de changement systémique. La promotion d'approches participatives et inclusives invite les institutions de l'UE et les   tats membres à établir des cadres qui imposent le leadership fondé sur l'expérience vécue, intègrent la co-création et la co-production dans la conception des politiques et des services, et financent la recherche qui donne la priorité à l'inclusion. Ces efforts sont conformes aux obligations fondées sur les droits prévues par la CNUDPH et les cadres plus larges de l'UE en matière d'égalité et de lutte contre la discrimination, garantissant que les systèmes de santé mentale sont équitables, réactifs et capables de traiter les déterminants structurels et liés au genre de la santé mentale. D'autres domaines politiques pertinents, tels que le logement, les politiques sociales et la numérisation, doivent également intégrer les perspectives de genre et de santé mentale.

Approches holistiques de la santé mentale

Déterminants sociaux et approche axée sur le rétablissement

L'approche intersectionnelle et psychosociale s'inscrit naturellement dans le concept des déterminants sociaux de la santé mentale. Elle reconnaît que la santé mentale est profondément influencée par les conditions socio-économiques et environnementales, et souligne la nécessité de lutter contre les inégalités, la discrimination et la violence, qui sont particulièrement pertinentes lorsqu'il s'agit de la santé mentale des femmes. Une telle approche holistique de la santé mentale nécessite de s'engager résolument dans des perspectives intégrées, communautaires, équitables entre les sexes et fondées sur les droits. La santé mentale nécessite donc également des mesures sociales, économiques et d'égalité qui favorisent la prévention, l'inclusion et la dignité.

Dans ce cadre, l'approche de rétablissement⁶⁹ est essentielle. Dans le contexte du genre et de la santé mentale, l'approche de rétablissement nécessite des services qui répondent aux réalités individuelles, notamment l'exposition à la violence sexiste et l'inégalité d'accès aux ressources. Des pratiques prometteuses existent déjà dans les réseaux communautaires de soutien par les pairs, les services dirigés par des survivants et les alternatives de crise sensibles au genre qui privilégient la sécurité, le choix, l'autonomie et la dignité plutôt que la coercition et l'institutionnalisation.⁷⁰

Au niveau de l'UE, la stratégie européenne sur les droits des personnes handicapées reflète les principes de la CNUDPH, qui sont conformes à l'approche axée sur le rétablissement, mais reconnaît également les obstacles juridiques et systémiques qui persistent, en particulier pour les femmes souffrant de handicaps psychosociaux. Des discussions politiques sont en cours, mais les témoignages d'expériences vécues indiquent que les pratiques institutionnelles, coercitives et paternalistes restent symboliquement et pratiquement ancrées. Pour que les systèmes de santé mentale axés sur le rétablissement et fondés sur les droits deviennent une réalité, les politiques et les pratiques professionnelles de l'UE doivent être dotées d'orientations claires, d'outils et de mécanismes de responsabilité qui traduisent l'approche et les principes du rétablissement dans les soins quotidiens.

Soins tenant compte des traumatismes et de la violence

Pour de nombreuses femmes, y compris les survivantes de violences sexistes, les troubles mentaux sont profondément enracinés dans un traumatisme. Les services qui ne reconnaissent pas ce risque risquent de traumatiser à nouveau les survivantes par la coercition, l'incrédulité ou le manque de sensibilité.⁷¹ Un système de santé mentale véritablement axé sur le rétablissement doit intégrer des soins tenant compte des traumatismes et de la violence.^{72 73} Cela impliquerait de donner la priorité à la sécurité, à la confiance et à l'autonomisation, de reconnaître l'impact omniprésent de la violence sur la vie des femmes et d'adapter en conséquence les mesures de soutien en matière de santé mentale.

⁶⁹ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Recovery in Mental Health Services : <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

⁷⁰ OMS (2021) Orientations sur les services communautaires de santé mentale : promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

⁷¹ Grigaitė, U. (2025) Réponses aux besoins en matière de soins de santé mentale des survivants de violence conjugale par les services de santé mentale en Lituanie et au Portugal. DOI : [10.13140/RG.2.2.11760.98563](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11760.98563)

⁷² Wathen, C. N. et Mantler, T. (2022) Soins tenant compte des traumatismes et de la violence : orienter les interventions en matière de violence conjugale vers l'équité. *Current Epidemiology Reports*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷³ Wathen, C. N. et Varcoe C. (2023) Mise en œuvre de soins tenant compte des traumatismes et de la violence : un manuel. *University of Toronto Press*. ISBN : 978-1-4875-2927-7.

L'⁷⁴, qui tient compte des traumatismes et de la violence, représente une évolution par rapport aux approches traditionnelles tenant compte des traumatismes, en élargissant l'accent mis sur les interventions individuelles à une compréhension plus large de la violence interpersonnelle et structurelle, en particulier la violence sexiste. Elle replace les expériences de diverses formes de violence dans le contexte plus large des inégalités sociales et structurelles, en reconnaissant que des facteurs systémiques tels que la pauvreté, la précarité du logement, la discrimination et les préjudices induits par les politiques (par exemple, les politiques restrictives en matière de santé reproductive, l'exclusion des soins de santé, les politiques d'institutionnalisation) se recoupent avec la violence interpersonnelle pour façonner les résultats en matière de santé mentale. Elle s'appuie sur quatre principes fondamentaux : comprendre et reconnaître l'impact des traumatismes et de la violence structurelle ; donner la priorité à la sécurité physique, émotionnelle et culturelle des utilisateurs et des prestataires de services ; promouvoir la collaboration, le choix et la connexion centrés sur la personne ; et s'appuyer sur les forces existantes tout en soutenant le développement des compétences et des capacités.

Cette approche souligne que **le traumatisme n'est pas seulement une expérience psychologique, mais qu'il est également façonné par des conditions sociales et structurelles**. Elle met en évidence la responsabilité des organisations et des prestataires d'adapter les systèmes et les services aux besoins individuels, plutôt que d'exiger des personnes qu'elles s'adaptent à des structures rigides pour accéder à l'aide. Dans la pratique, cette approche intègre ces principes dans les programmes et les services, en veillant à ce que les interventions soient adaptées, durables et intégrées dans des systèmes de soins plus larges.⁷⁵ Il est important de souligner qu'elle met également l'accent sur la responsabilité des décideurs politiques de reconnaître la nature intersectionnelle de la santé mentale et de veiller à ce que ces considérations soient intégrées dans tous les domaines politiques, car les décisions prises dans des domaines tels que la santé, le logement, l'éducation et la protection sociale ont une incidence profonde sur le besoin et l'accessibilité du soutien.

L'intégration et la promotion de telles approches en tant que norme dans tous les systèmes de santé mentale (tant au niveau des politiques que des pratiques) constitueraient une étape fondamentale vers la justice de genre dans les soins de santé mentale : en intégrant des principes tenant compte des traumatismes et de la violence dans les services de santé mentale et autres, les soins deviennent non seulement sensibles aux traumatismes, mais aussi fondés sur les droits et le rétablissement, intersectionnels et adaptés aux réalités liées au genre des expériences des femmes. En redistribuant le pouvoir de la connaissance, les soins de santé mentale peuvent devenir non seulement plus inclusifs, mais aussi plus efficaces, ancrés dans les réalités de ceux qu'ils cherchent à soutenir. Au-delà des services, cependant, ces principes doivent également guider les efforts de prévention, en veillant à ce que les systèmes s'attaquent aux causes profondes des traumatismes et de la violence structurelle avant qu'ils ne se manifestent par des conséquences néfastes sur la santé mentale.

Les approches holistiques, sensibles au genre, axées sur le rétablissement, tenant compte des traumatismes et de la violence et menées par des pairs ne sont pas des options facultatives : elles sont indispensables pour mettre en place des systèmes de santé mentale à la fois efficaces et justes. Au niveau de l'UE, cela nécessite des politiques qui intègrent explicitement le genre, l'intersectionnalité et les droits humains dans les stratégies de santé mentale, en veillant à leur conformité avec la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées et la Convention d'Istanbul. En promouvant des approches holistiques et

⁷⁴ Wathen, C. N. et Mantler, T. (2022) Soins tenant compte des traumatismes et de la violence : orienter les interventions en matière de violence entre partenaires intimes vers l'équité. *Current Epidemiology Reports*, 9, 233–244. <https://doi.org/10.1007/s40471-022-00307-7>

⁷⁵ Ibid.

respectueuses de l'égalité des sexes, l'UE a la possibilité de montrer la voie en repensant les systèmes de santé mentale afin qu'ils guérissent véritablement au lieu de nuire. Cela offre également l'occasion de reconnaître que la santé mentale doit être prise en compte dans tous les domaines politiques, car les décisions en matière d'éducation, de logement, d'emploi, de migration, de justice, de protection sociale et au-delà ont toutes une incidence profonde sur la santé mentale et le bien-être.

Politiques de l'UE en matière d'égalité des genres et de santé mentale

Aperçu des principaux cadres de l'UE

Égalité entre les hommes et les femmes : la stratégie de l'UE en matière d'égalité entre les hommes et les femmes

La stratégie de l'UE en matière d'égalité entre les femmes et les hommes 2020-2025⁷⁶ représente l'initiative phare de la Commission visant à promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes dans toute l'Europe. Elle définit un ensemble complet d'objectifs visant à éliminer la violence fondée sur le genre, à démanteler les stéréotypes, à réduire les écarts en matière de rémunération, de retraite, de responsabilités familiales et de participation politique et économique, tout en favorisant l'équilibre entre les femmes et les hommes dans la prise de décision. Une double approche, consistant à intégrer la dimension de genre dans toutes les politiques tout en prenant des mesures ciblées, est au cœur de la stratégie, l'intersectionnalité servant de principe directeur. Parmi les récentes avancées législatives pertinentes dans ce cadre, citons la directive sur la transparence salariale (2023), la directive sur l'équilibre entre les hommes et les femmes dans les conseils d'administration (2022), la directive sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (2022) et la stratégie européenne en matière de soins (2022), qui visent toutes à lutter contre les inégalités structurelles qui affectent la vie des femmes et, par extension, leur santé mentale et leur bien-être.

La stratégie a également donné la priorité à la lutte contre la violence sexiste, la directive sur la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (2024) constituant le premier cadre juridique à l'échelle de l'UE qui criminalise certaines formes de violence et offre aux victimes un meilleur accès à la justice et aux services d'aide tels que les refuges et les lignes d'assistance téléphonique. Parmi les mesures complémentaires, citons l'adhésion de l'UE à la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique – Convention d'Istanbul (2023), le lancement du réseau européen pour la prévention de la violence sexiste et domestique (2023) et la campagne #EndGenderStereotypes (2023).

Ces initiatives témoignent d'un engagement croissant au niveau de l'UE en faveur de l'élimination des obstacles qui renforcent les inégalités entre les hommes et les femmes. Cependant, la persistance des stéréotypes de genre, mise en évidence par l'Eurobaromètre 2024 sur les stéréotypes de genre⁷⁷, indique que les progrès restent insuffisants et inégaux entre les États membres, soulignant la nécessité de poursuivre les efforts pour garantir que les engagements en matière d'égalité soient pleinement mis en œuvre.

Plusieurs lacunes sont évidentes dans les politiques de l'UE en matière de santé mentale, de handicap psychosocial et de violence sexiste, y compris dans la stratégie de l'UE en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes. Le Comité économique et social européen (CESE)⁷⁸ a critiqué la directive sur la violence à l'égard des femmes et la violence domestique⁷⁹ pour ne pas avoir abordé les formes graves et émergentes de violence, telles que la violence institutionnelle affectant les femmes souffrant de handicaps

⁷⁶ Stratégie de l'UE en matière d'égalité entre les femmes et les hommes (2020-2025) : https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_en#gender-equality-strategy-2020-2025

⁷⁷ Eurobaromètre sur les stéréotypes de genre (2024) : <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2974>

⁷⁸ Comité économique et social européen (2024) Avis SOC/798 : La violence à l'égard des femmes en tant que question relevant des droits humains : état des lieux des mesures prises dans l'UE. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/violence-against-women-human-rights-issue-state-play-measures-across-eu>

⁷⁹ Directive européenne sur la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (2024) : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32024L1385&qid=1716811631310>

psychosociaux, l'exploitation reproductive et la stérilisation forcée. Le CESE souligne également que les droits sexuels et reproductifs, tels que l'accès à l'avortement, la contraception d'urgence et la protection contre le harcèlement dans les cliniques, ne sont pas reconnus comme des formes de violence, malgré les restrictions croissantes dans certains États membres, notamment en Pologne et en Hongrie, qui peuvent avoir des répercussions négatives profondes sur la santé mentale.^{80 81} En outre, le Comité note l'absence d'un soutien solide et centré sur les victimes, ainsi que d'une coordination entre les services de santé généraux, les soins de santé mentale et les services spécialisés d'aide aux victimes, et observe que le fait de négliger les besoins des survivantes en matière de santé mentale constitue une violation des droits humains.

Cette critique rejoint la position de l'EDF^{82 83}, qui souligne que la directive européenne comporte encore des lacunes qui affectent les femmes et les filles souffrant de handicaps psychosociaux et autres. Les lois doivent définir le viol sur la base de l'absence de consentement (« seul un oui signifie oui ») plutôt que sur la base de la résistance ou d'une norme « non signifie non ». Cette dernière exclut de manière disproportionnée les femmes handicapées, en particulier celles qui se trouvent dans des établissements psychiatriques ou sociaux ségrégués. Le harcèlement sexuel, qui présente des risques accrus pour les femmes souffrant de troubles mentaux, nécessite également une protection juridique plus forte. Enfin, l'absence d'obligation claire de collecter des données ventilées par handicap reste une lacune majeure, qui limite la compréhension de la prévalence et la conception de mesures efficaces et ciblées.

Santé mentale : approche globale de la Commission européenne en matière de santé mentale

En juin 2023, la Commission européenne (CE) a lancé **l'approche globale en matière de santé mentale**⁸⁴, marquant une étape politique importante en reconnaissant la santé mentale comme une priorité au niveau de l'UE. Cette initiative adopte une approche intersectorielle et préventive, positionnant la santé mentale comme partie intégrante de la santé publique, de la politique sociale, de l'emploi, de l'éducation et de la numérisation. Elle vise à répondre à la crise croissante de la santé mentale en Europe, exacerbée par la pandémie de COVID-19, la guerre en Ukraine, l'incertitude économique et les pressions sociétales plus larges.

Le cadre s'articule autour de trois piliers principaux : promouvoir une bonne santé mentale grâce à la prévention et à l'intervention précoce ; garantir des soins de santé mentale et des services de soutien accessibles, abordables et de haute qualité ; et inclure les personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux dans la société, en luttant contre la stigmatisation et la discrimination. Pour soutenir sa mise en œuvre, l'UE s'est engagée à réaffecter plus de 1,2 milliard d'euros provenant de divers programmes européens, signalant ainsi sa volonté politique de mettre la santé mentale au même niveau que la santé physique dans l'agenda politique européen.

Si la communication de la Commission européenne sur l'approche globale consolide les allocations de fonds et les actions existantes en matière de santé mentale, il convient de noter qu'elle ne constitue pas une

⁸⁰ Sze Yan Liu, Claire Benny, Erin Grinshteyn, Amy Ehntholt, Daniel Cook, Roman Pabayo (2023) Le lien entre les droits reproductifs, l'accès aux services d'avortement et la santé mentale chez les femmes américaines. *SSM – Population Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101428>

⁸¹ Stephanie V. Hall, Andrea Pangori, Faelan Jacobson Davies, Anca Tilea, Rieham Owda, Kara Zivin et Vanessa Dalton (2025) Association entre les restrictions étatiques en matière d'avortement et la dépression périnatale. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.0533>

⁸² EDF (2021) Violence contre les femmes et les filles dans l'Union européenne : <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2021/05/final-EDF-position-paper-on-Violence-against-women-and-girls-with-disabilities-in-the-European-Union.pdf>

⁸³ EDF (2025) Transposition de la directive européenne sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes : <https://www.edf-feph.org/content/uploads/2025/05/EDF-guidance-on-transposing-the-EU-Directive-on-Combating-Violence-Against-Women.pdf>

⁸⁴ Approche globale de la CE en matière de santé mentale : https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en

stratégie à long terme, car aucune nouvelle initiative ni aucun financement durable n'ont été mis en place.⁸⁵ Néanmoins, elle reconnaît explicitement l'impératif social et économique d'investir dans la prévention, l'intervention précoce et la promotion, créant ainsi une dynamique pour le plaidoyer et la poursuite des actions. À la suite du lancement de l'approche globale, MHE a souligné l'importance de promouvoir le modèle psychosocial et d'élaborer une stratégie en matière de santé mentale assortie d'objectifs, de calendriers, de budgets et d'indicateurs spécifiques pour suivre les progrès réalisés.⁸⁶

L'approche globale en matière de santé mentale reconnaît les impacts différenciés des problèmes de santé mentale sur les femmes, les hommes et les groupes vulnérables, mais elle n'intègre pas encore pleinement une perspective intersectionnelle. Si elle souligne l'importance de lutter contre la stigmatisation, d'améliorer l'accès aux soins communautaires et de soutenir la santé mentale des jeunes, il reste nécessaire de renforcer les liens avec les cadres d'égalité des sexes, les droits des personnes handicapées et les politiques en matière de violence sexiste afin de garantir que toutes les femmes, y compris les femmes LGBTI+ et les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, ne soient pas négligées. Néanmoins, l'initiative de l'approche globale offre l'occasion d'harmoniser davantage la politique en matière de santé mentale et les stratégies de l'UE sur l'égalité des sexes, le handicap et les droits de l'homme, ouvrant ainsi la voie à des systèmes de santé mentale plus inclusifs, fondés sur les droits et respectueux de l'égalité des sexes dans toute l'Europe. Elle souligne également l'importance de la co-création avec les personnes ayant une expérience vécue et les principales parties prenantes, de l'intégration de la santé mentale dans tous les domaines politiques et de l'utilisation d'un langage inclusif et non stigmatisant pour favoriser la sensibilisation, l'éducation et le changement systémique.

Droits des personnes handicapées : stratégie de l'UE en faveur des droits des personnes handicapées

Adoptée en mars 2021, la stratégie de l'UE en faveur des droits des personnes handicapées 2021-2030⁸⁷ définit un cadre décennal visant à promouvoir l'inclusion, l'égalité et la participation des personnes handicapées en Europe et au-delà de l' . S'appuyant sur les progrès réalisés dans le cadre de la stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées, elle reconnaît la persistance d'obstacles en matière d'accessibilité, d'emploi, d'autonomie et de protection contre la discrimination, la violence et les abus, ainsi que les risques accrus de pauvreté, d'exclusion sociale et d'inégalités en matière de santé mentale. Il est important de noter que la stratégie reconnaît que les femmes et les filles handicapées, y compris celles qui souffrent de handicaps psychosociaux, sont confrontées à des formes croisées de discrimination, de violence sexiste et à des lacunes systémiques dans l'accès à des soins de santé et à un soutien en matière de santé mentale tenant compte des spécificités de genre.

La stratégie s'appuie sur la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (UNCRPD), ratifiée par l'UE en 2010. Elle reconnaît les multiples désavantages auxquels sont confrontés les femmes, les enfants, les personnes âgées, les réfugiés et les autres personnes handicapées, et souligne explicitement la nécessité de s'attaquer aux obstacles liés au genre, à la vulnérabilité psychosociale et aux effets des traumatismes sur la santé mentale et le bien-être. Son objectif général est de garantir que toutes les personnes handicapées puissent jouir pleinement de leurs droits fondamentaux, avoir accès à des

⁸⁵ MHE (2023) Analyse de la communication de la Commission européenne intitulée « Une approche globale de la santé mentale » : <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/07/Analysis-of-the-Communication-on-mental-health-FOR-WEBSITE.pdf>

⁸⁶ MHE (2023) Une approche globale de la santé mentale : première étape et première action de l'Europe pour garantir le bien-être de tous.

<https://www.mentalhealtheurope.org/library/a-comprehensive-approach-to-mental-health-europes-first-step-and-action-to-address-the-well-being-of-all/>

⁸⁷ Stratégie de l'UE en faveur des droits des personnes handicapées (2021-2030) : https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/disability/union-equality-strategy-rights-persons-disabilities-2021-2030_en

opportunités dans des conditions d'égalité, vivre de manière indépendante, se déplacer librement au sein de l'UE et être protégées contre la discrimination, la violence et les inégalités en matière de santé mentale.

Si la stratégie aborde de manière générale les défis rencontrés par les personnes handicapées, elle ne prévoit pas d'actions détaillées et ciblées ni d'initiatives phares spécifiquement axées sur les handicaps psychosociaux et les troubles de santé mentale. Cette omission est notable compte tenu des obstacles uniques auxquels sont confrontées les personnes, en particulier les femmes et les filles, souffrant de handicaps psychosociaux, notamment la stigmatisation, la discrimination et l'accès limité à des services de santé mentale appropriés.⁸⁸ En outre, l'approche intersectionnelle de la stratégie, bien que louable, ne rend pas pleinement compte des besoins et des défis spécifiques des femmes souffrant de handicaps psychosociaux. Ces questions nuancées nécessitent une attention plus explicite et des interventions adaptées dans le cadre des droits des personnes handicapées de l'UE.

Une perspective plus large : le socle européen des droits sociaux

Le socle européen des droits sociaux (SEDS)⁸⁹ énonce 20 principes clés visant à renforcer les droits sociaux dans toute l'UE, dans le but de mettre en place des marchés du travail et des systèmes de protection sociale équitables et efficaces. Le SEDS couvre trois grands domaines : l'égalité des chances et l'accès au marché du travail, des conditions de travail équitables, ainsi que la protection sociale et l'inclusion. Ses principes englobent des questions essentielles telles que l'égalité entre les hommes et les femmes, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, l'accès à des soins de santé de qualité et abordables, une protection sociale adéquate, le logement et l'aide aux personnes sans domicile fixe, et l'inclusion des personnes handicapées. La mise en œuvre du socle est soutenue par la législation de l'UE, des instruments de financement tels que le Fonds social européen plus (FSE+) et le tableau de bord social, qui contrôle les performances des États membres.

En ce qui concerne plus particulièrement le genre et la santé mentale, le PESR fournit un cadre qui aborde directement bon nombre des déterminants sociaux à l'origine des inégalités en matière de santé mentale des femmes dans l'UE. Des principes tels que le droit à l'égalité des chances indépendamment du genre, l'égalité de rémunération pour un travail de valeur égale et la protection contre la discrimination sont essentiels pour lutter contre les facteurs structurels à l'origine de la détresse et des troubles mentaux chez les femmes. De même, les dispositions relatives à l'accès à des soins de santé abordables, à la garde d'enfants et au soutien aux personnes handicapées ouvrent la voie à la réduction des obstacles pour les femmes, en particulier celles qui sont confrontées à des difficultés intersectionnelles telles que le fait de vivre avec un handicap psychosocial ou d'assumer des responsabilités familiales. En liant l'égalité entre les femmes et les hommes à une inclusion sociale et un bien-être plus larges, l'EPSR jette les bases d'une réponse politique intégrée qui aligne les programmes sociaux, sanitaires et d'égalité entre les femmes et les hommes.

Lacunes et cloisonnement : manque d'intégration entre les programmes en matière de santé mentale et d'égalité entre les femmes et les hommes

⁸⁸ ONU Femmes (2018) L'autonomisation des femmes et des filles handicapées : vers une participation pleine et effective et l'égalité des sexes.

<https://www.unwomen.org/sites/default/files/2023-10/empowerment-of-women-and-girls-with-disabilities-en.pdf>

⁸⁹ Pilier européen des droits sociaux (2017) : https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-pillar-social-rights-building-fairer-and-more-inclusive-european-union_en

Malgré la reconnaissance croissante de l'importance de l'égalité des sexes et de la santé mentale au niveau de l'UE, ces programmes continuent pour l'essentiel d'évoluer indépendamment l'un de l'autre. Les cadres actuels de l'UE révèlent une approche fragmentée : alors que la santé mentale est de plus en plus prioritaire grâce à des initiatives telles que l'approche globale de la santé mentale (2023), de nombreuses perspectives complexes liées au genre sont presque totalement absentes. À l'inverse, les cadres relatifs à l'égalité des sexes, notamment la stratégie de l'UE en matière d'égalité des sexes et les engagements pris dans le cadre de la convention d'Istanbul, ne contiennent que de brèves références à la santé, et la santé mentale y est pratiquement invisible.⁹⁰ Ce décalage est renforcé par l'absence d'intégration systématique de la dimension de genre dans la politique de santé, les flux de financement et la collecte de données de l'UE.

Les outils disponibles pour mesurer les progrès réalisés ne permettent souvent pas de saisir ces intersections. Par exemple, l'indice d'égalité entre les hommes et les femmes de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) ne comprend que des indicateurs étroits liés à la santé, tels que les années de vie en bonne santé, sans tenir compte des déterminants structurels des inégalités de santé entre les hommes et les femmes, en particulier en ce qui concerne la santé mentale. Si le récent rapport de l'EIGE sur la Plateforme d'action de Pékin +30⁹¹ a permis de mettre en lumière la santé et les droits sexuels et reproductifs (SRHR), les dimensions sexospécifiques de la santé mentale restent négligées. En outre, la prise en compte limitée des considérations de genre dans le tableau de bord social met en évidence un écart plus large dans les cadres de suivi au niveau de l'UE, ce qui nécessite des indicateurs plus solides tenant compte du genre afin de saisir les différentes inégalités. En conséquence, l'UE ne dispose pas des données factuelles nécessaires pour lutter contre les effets combinés de l'inégalité entre les sexes sur la santé mentale.

Ces cloisonnements s'étendent encore davantage lorsqu'il s'agit des droits des personnes handicapées. Les engagements pris par l'UE dans le cadre de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées et de la stratégie pour les droits des personnes handicapées ont renforcé l'attention accordée à l'inclusion des personnes handicapées, mais les handicaps psychosociaux sont souvent traités uniquement sous l'angle biomédical, sans tenir compte des expériences liées au genre qui s'y recoupent.⁹² Sans une approche explicitement sexospécifique, l'UE risque de compromettre ses propres objectifs dans trois domaines prioritaires que sont la santé mentale, l'égalité des genres et les droits des personnes handicapées, en ne tenant pas compte de la manière dont ces dimensions interagissent dans la pratique.

Ce manque d'intégration n'est pas seulement une lacune technique, mais aussi une question de droits et de représentation. Les femmes, y compris les femmes LGBTI+, et en particulier les femmes souffrant de handicaps psychosociaux, restent systématiquement sous-représentées dans l'élaboration des politiques de l'UE, alors qu'elles sont parmi les plus touchées par les inégalités en matière de soins de santé, la misogynie médicale et la réaction politique générale actuelle contre l'égalité des genres.⁹³ Il est donc essentiel de relier ces différents programmes si l'on veut que les stratégies de l'UE soient à la fois efficaces et inclusives.

Le renouvellement de la stratégie de l'UE en matière d'égalité entre les femmes et les hommes et d'autres cadres en faveur de l'égalité offre une occasion unique de combler ces fossés. Les futurs cadres doivent aller au-delà des engagements rhétoriques en faveur de l'intégration et introduire à la place des spécifications qui

⁹⁰ Contribution de l'équipe des Nations unies à Bruxelles – Groupe de travail sur l'égalité des genres (2025) Consultation de l'UE sur la prochaine stratégie en matière d'égalité des genres : <https://unric.org/en/eu-consultation-on-the-next-gender-equality-strategy>

⁹¹ EIGE (2025) Plateforme d'action de Pékin +30 : https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/beijing-platform-action-30-impact-driver-marking-milestones-and-opportunities-gender-equality-eu?language_content_entity=en

⁹² EDF (2025) Recommandations de l'EDF pour la stratégie de l'UE en matière d'égalité entre les femmes et les hommes 2026-2030 : <https://www.edf-feph.org/publications/recommendations-for-the-eu-gender-equality-strategy-2026-2030>

⁹³ Comité économique et social européen (2018) Avis SOC/579 : La situation des femmes handicapées. <https://www.eesc.europa.eu/en/our-work/opinions-information-reports/opinions/situation-women-disabilities-exploratory-opinion-requested-european-parliament>

reconnaissent les besoins des femmes et des filles dans toute leur diversité. Cela implique notamment d'intégrer les perspectives de genre dans les politiques de santé mentale, d'élargir les outils de collecte de données et de suivi, et de veiller à ce que les cadres relatifs aux droits des personnes handicapées tiennent compte de manière significative des dimensions psychosociales. Ce n'est qu'en démantelant ces cloisonnements que l'UE pourra faire progresser un programme plus cohérent, fondé sur les droits, qui réponde pleinement aux réalités de la vie des personnes.

Conclusion

Le moment est critique pour faire progresser la justice de genre dans le domaine de la santé mentale et de la politique sociale de l'UE. La montée des réactions politiques contre l'égalité des genres, combinée à des demandes croissantes en faveur d'approches holistiques, fondées sur les droits et axées sur le rétablissement dans la politique de santé de l'UE, souligne le besoin urgent d'un plaidoyer fondé sur des données probantes. Le présent rapport répond à ce besoin en fournissant une analyse exploratoire au niveau de l'UE consacrée spécifiquement à l'intersection entre le genre et la santé mentale.

En intégrant une perspective intersectionnelle, qui tient compte notamment de la réalité des femmes LBTI+ et des femmes souffrant de handicaps psychosociaux, le rapport met en lumière les groupes systématiquement sous-représentés dans l'élaboration des politiques de l'UE. Il formule des recommandations concrètes et pertinentes sur le plan politique, fondées sur l'expérience vécue, les droits humains et la justice sociale.

Repenser les systèmes de santé mentale dans une optique de justice de genre nécessite une transformation fondamentale de la manière dont la santé mentale et les soins de santé mentale sont compris, organisés et dispensés. Il s'agit d'aller au-delà du modèle biomédical qui considère la détresse comme une « pathologie » individuelle pour reconnaître les dimensions psychosociales et la responsabilité collective de s'attaquer aux déterminants structurels tels que la violence sexiste, l'inégalité des rôles en matière de soins, les « normes » restrictives en matière de genre et la discrimination institutionnelle.

Une approche équitable entre les sexes et axée sur le rétablissement exige la reconnaissance de la diversité des expériences individuelles liées au genre, y compris celles des personnes LGBTQI+, des personnes racialisées et migrantes, et des personnes handicapées, dont la santé mentale est façonnée par des systèmes croisés d'oppression, de discrimination et d'exclusion. Au cœur de cette transformation se trouve la valorisation de l'expérience vécue et du leadership des survivants. Les systèmes doivent passer de modèles hiérarchiques, axés sur les experts, à des structures participatives où les personnes ayant vécu ces expériences co-crée des politiques et des services, garantissant ainsi que les soins sont adaptés aux traumatismes et à la violence, dignes et inclusifs.

Les systèmes de santé mentale équitables en matière de genre ne se contentent pas de traiter les symptômes : ils démantèlent activement les structures oppressives, préviennent les préjugés et favorisent l'équité, l'autonomie et le bien-être de tous. En fin de compte, la justice de genre en matière de santé mentale est indissociable des droits humains et des valeurs de l'UE. L'intégration des principes de non-discrimination, de participation et de responsabilité dans les politiques et les pratiques en matière de santé mentale est conforme à la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, à la Convention d'Istanbul et aux engagements plus larges de l'UE en matière d'égalité et de droits de l'homme. Ce rapport trace une voie tournée vers l'avenir pour la Commission européenne et d'autres institutions afin d'anticiper les tendances, de surmonter les cloisonnements entre l'égalité des genres, la santé mentale et les droits des

personnes handicapées, et de promouvoir des systèmes de santé mentale transformateurs, inclusifs, axés sur le rétablissement et fondés sur les droits dans toute l'Europe.

Recommandations politiques

L'UE dispose de multiples leviers pour réaliser des progrès significatifs en matière de santé mentale et d'égalité entre les sexes. En élaborant des législations et des politiques, en promouvant des approches fondées sur des données probantes et des bonnes pratiques, en finançant la recherche et l'innovation, en coordonnant la collecte de données et en aidant les États membres à renforcer les systèmes de santé mentale fondés sur les droits, l'UE peut jouer un rôle crucial dans l'amélioration des résultats en matière de santé mentale.

Recommandations aux institutions de l'UE :

1. **Réaffirmer l'engagement en faveur de l'égalité**, notamment par une nouvelle stratégie ambitieuse en matière d'égalité entre les femmes et les hommes

Adopter une nouvelle stratégie forte en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, qui mette l'accent sur la santé mentale. Renouveler l'engagement envers la convention d'Istanbul et veiller à la mise en œuvre intégrale de la précédente stratégie en matière d'égalité entre les femmes et les hommes. Renforcer d'autres mécanismes en faveur de l'égalité, tels que la stratégie en faveur des personnes handicapées, sans affaiblir les cibles, les buts ou les objectifs précédents. Veiller à ce que ces stratégies et d'autres stratégies en faveur de l'égalité intègrent l'approche décrite ci-dessous.

2. **Placer au centre la participation des personnes ayant une expérience vécue**

De la conception des politiques à leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation, il est essentiel d'impliquer de manière significative les personnes ayant une expérience vécue et les organisations qui les représentent.

3. **Intégrer une approche intersectionnelle** dans l'élaboration des politiques

Pour être efficaces, les politiques en matière de santé mentale et autres doivent tenir compte de facteurs intersectionnels tels que le genre, l'orientation sexuelle, l'âge, l'origine ethnique, le handicap, le statut migratoire et les conditions socio-économiques. Les expériences de violence et de traumatisme, y compris la violence sexiste, doivent être reconnues dans les politiques allant du logement aux soins de santé et au-delà.

4. **Donner la priorité à la prévention et aux soins communautaires**

Soutenir les États membres dans leurs stratégies de désinstitutionnalisation respectueuses de l'égalité des sexes et dans leur mise en œuvre, en veillant à ce que le soutien communautaire soit prioritaire et facilement accessible. Recueillir et partager des informations sur les meilleures pratiques existantes en mettant l'accent sur le soutien par les pairs et la participation des personnes ayant vécu ces expériences.

5. **Améliorer la collecte et le suivi des données sur le genre et la santé mentale**

Renforcer la collecte harmonisée de données ventilées par sexe et par handicap sur les résultats en matière de santé mentale, l'accès aux services et les déterminants structurels connexes, en s'appuyant sur les instruments existants tels que le tableau de bord social, les statistiques sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), l'enquête européenne par interview sur la santé (EHIS) et les évaluations par pays du semestre européen. Avec des garanties solides en matière de confidentialité et de protection des données. Utiliser les données pour éclairer les politiques.

6. Lutter contre la stigmatisation

Investir dans des initiatives de sensibilisation et d'éducation à l'échelle de l'UE afin de réduire la stigmatisation liée à la santé mentale, au handicap, à l'orientation sexuelle, au genre et à d'autres formes de discrimination croisées. Les campagnes devraient être conçues en collaboration avec des personnes ayant une expérience vécue et adaptées pour atteindre et bénéficier aux personnes les plus touchées par l'exclusion et les inégalités, par exemple en raison d'un handicap psychosocial, de violences sexistes ou de racisme.

7. Donner la priorité au financement de la santé mentale

Veiller à ce que les investissements dans la santé mentale et l'aide sociale soient prioritaires dans toute l'UE. Reconnaître la santé mentale comme une forme d'investissement social essentiel et aider les États membres à protéger et à augmenter les dépenses consacrées aux services de santé mentale, à la prévention et au soutien communautaire. Les investissements dans les services sociaux et la santé mentale devraient être renforcés dans le nouveau cadre financier pluriannuel (2028-2034), en garantissant des ressources dédiées et adéquates, notamment le maintien du FSE+ et l'affectation de fonds aux dépenses sociales, y compris la santé mentale, ainsi que le maintien du lien avec le socle européen des droits sociaux.

8. Adopter une approche intégrée de la santé mentale dans toutes les politiques

Veiller à ce que la santé mentale soit prise en compte dans tous les domaines politiques, y compris dans les initiatives à venir en matière de logement, d'emploi et dans la prochaine stratégie de lutte contre la pauvreté, afin de contribuer à résoudre les problèmes structurels qui ont une incidence sur la santé mentale et de garantir que toutes ces initiatives s'appuient sur une approche intersectionnelle et respectueuse de l'égalité entre les sexes.

9. Élaborer une stratégie européenne globale en matière de santé mentale

Créer et mettre en œuvre une stratégie globale en matière de santé mentale, entièrement financée, avec un calendrier, des objectifs et des mécanismes d'évaluation clairs pour suivre les progrès réalisés. Cette approche doit s'appuyer sur une approche intersectionnelle et s'engager en faveur de systèmes de santé mentale équitables entre les sexes et fondés sur les droits, et inviter les États membres à élaborer des plans d'action nationaux.

Recommandations aux États membres :

1. Comblent les écarts entre la politique et la pratique

Veiller à ce que les engagements en matière d'égalité des sexes, de lutte contre la discrimination et de santé mentale fondée sur les droits se traduisent par un accès réel aux services, en mettant l'accent sur la prévention et le soutien précoce. Remédier aux disparités régionales, à la pénurie de main-d'œuvre et aux déficits de financement. Veiller à ce que les travailleurs de la santé mentale et du soutien par les pairs soient équipés et bien soutenus.

2. Donner la priorité, développer et financer les initiatives communautaires et de soutien par les pairs

Celles-ci doivent donner la priorité à la prévention et au rétablissement, en s'appuyant sur les exemples de bonnes pratiques nationales et internationales.

3. Améliorer l'accès à l'information sur les services de soutien

Recueillir, publier et mettre à jour régulièrement les informations de base sur les services d'aide publics et les organisations du secteur tertiaire, via des plateformes numériques et des ressources imprimées. Veiller à ce que les documents soient disponibles en plusieurs langues et dans un format facile à lire dans les institutions publiques locales, les bâtiments gouvernementaux, les établissements de santé et d'aide sociale, les commissariats de police, les écoles et les bibliothèques.

4. Développer et mettre en œuvre une formation approfondie pour les professionnels

Développer des formations sur l'égalité des sexes, les droits des personnes LGBTQ+, la violence sexiste et la justice pour les personnes handicapées, ainsi que sur la manière dont ces questions s'entrecroisent et ont un impact sur la santé mentale, la recherche d'aide et l'accès aux services. Ces formations devraient être intégrées dans la formation initiale obligatoire et le développement professionnel continu du personnel de santé et d'aide sociale, des services de police et d'urgence, des professionnels du droit et de la justice et des éducateurs. Elles devraient permettre aux professionnels de reconnaître et de lutter contre la stigmatisation, les préjugés inconscients et les stéréotypes nuisibles, et de favoriser des environnements sûrs, inclusifs et respectueux pour tous.

5. Améliorer le contenu et l'accessibilité de l'éducation sexuelle et relationnelle

Veiller à ce que l'éducation sexuelle et relationnelle dispensée dans les écoles et les établissements d'enseignement supérieur soit complète, adaptée à l'âge, fondée sur des données probantes et inclusive pour les personnes LGBTQ+. Les programmes devraient mettre l'accent sur le consentement, les relations saines et le bien-être mental, et remettre en question les normes de genre rigides et les stéréotypes préjudiciables.

Annexe 1 : Méthodes

Méthodologie et approche éthique

Le rapport s'appuie sur des recherches documentaires menées entre juillet et octobre 2025, s'appuyant sur un large éventail de sources, notamment des documents politiques de l'UE, des publications universitaires, des rapports de la société civile, de la littérature grise et des contributions de réseaux d'expériences vécues et actuelles. Une attention particulière a été accordée à l'identification des lacunes dans les données existantes et la couverture politique, là où le genre et la santé mentale se recoupent. La sélection des sources a été guidée par la pertinence, la diversité des perspectives et l'inclusion des voix sous-représentées, en particulier celles qui s'identifient comme des femmes et des membres des communautés de personnes handicapées.

Tout au long du processus, l'orientation et le cadre du rapport ont été affinés grâce à un dialogue continu avec le secrétariat du MHE, afin de garantir leur alignement sur les objectifs et les priorités actuels en matière de défense des expériences vécues et actuelles. Bien que l'approche n'implique pas la collecte de données primaires, elle intègre des informations qualitatives tirées de témoignages déjà publiés et accessibles au public, de publications rédigées par des pairs et des survivants, ainsi que des résultats de recherches participatives afin d'illustrer les problèmes systémiques et d'éclairer les recommandations politiques.

Ce rapport adopte une approche participative et fondée sur les droits, ancrée dans les principes de justice de genre, de recherche tenant compte des traumatismes et de la violence, et d'inclusivité épistémique. Dès le début, l'auteur a co-développé le cadre et la structure du rapport en collaboration avec l'équipe politique de MHE, en sollicitant des contributions sur la manière dont les perspectives issues des expériences vécues pourraient être priorisées. Dans la mesure du possible, le rapport s'appuie sur des consultations avec des représentants d'organisations clés, des témoignages publiés, des études de cas et des publications de réseaux dirigés par des pairs et des survivants (par exemple, des défenseurs des utilisateurs de services de santé mentale, des femmes LGBTI+ et des communautés de personnes souffrant de handicaps psychosociaux), qui sont tous intégrés avec une attribution respectueuse. En outre, un atelier de co-création en ligne a été organisé avec un large éventail de participants, qui a servi de base à la formulation des recommandations.

Une réflexion méthodologique est incluse ci-dessous afin de reconnaître la position de l'auteur, les sources consultées et les limites d'un exercice principalement basé sur des recherches documentaires. Il est essentiel de noter que les premières versions du rapport ont été partagées non seulement avec le personnel de MHE, mais aussi avec des personnes et des réseaux ayant une expérience vécue, afin de valider les idées clés et de s'assurer que le langage, le cadre et les recommandations trouvent un écho auprès des personnes directement concernées. Cette approche vise à honorer l'expertise de l'expérience vécue et vivante parallèlement aux connaissances académiques et cliniques, en veillant à ce que la défense d'une politique de santé mentale sensible au genre et juste sur le plan du genre soit fondée à la fois sur une analyse structurelle et sur des voix du monde réel.

Réflexivité et réflexion méthodologique

Ce rapport a été élaboré à partir d'une méthodologie essentiellement documentaire, s'appuyant sur la littérature universitaire, les documents politiques de l'UE et les rapports d'organisations de la société civile et d'organisations ayant une expérience concrète. À ce titre, il reflète à la fois les forces et les limites de la recherche secondaire. L'auteure reconnaît sa propre position en tant que personne ayant vécu des troubles

mentaux, des violences sexistes et ayant eu recours à des services de santé mentale, ce qui lui confère un regard critique et sensibilisé aux traumatismes et à la violence tout au long de l'analyse. Bien que tous les efforts aient été faits pour amplifier la voix des personnes les plus touchées par les inégalités de genre en matière de santé mentale, l'absence de recherche participative primaire formelle limite la profondeur de l'engagement direct avec les communautés. Le rapport cherche à pallier cette lacune en intégrant les témoignages déjà publiés et accessibles au public, les publications rédigées par des pairs et les commentaires des défenseurs des expériences vécues et actuelles engagés par MHE. Cette réflexion est proposée dans un esprit de réflexivité, de transparence, d'humilité et d'engagement à placer les expériences vécues et actuelles au centre des futurs travaux de recherche et de défense des droits.

Annexe 2 : Glossaire des termes

Co-création	La co-création est une approche collaborative dans laquelle les parties prenantes, notamment les personnes ayant vécu des expériences vécues, les décideurs politiques, les prestataires de services et les communautés, travaillent sur un pied d'égalité pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer les politiques et les services de santé mentale. Elle met l'accent sur l'inclusivité, le respect mutuel et le partage du pouvoir, garantissant que des perspectives diverses façonnent les résultats, et nécessite un engagement et une adaptabilité continus. ^{94 95}
Injustice épistémique	Dévalorisation et silence systématiques de certains systèmes de connaissances, en particulier ceux des groupes marginalisés. ⁹⁶ Dans le contexte clinique, cela se traduit par le rejet, la minimisation ou la pathologisation des expériences vécues et des connaissances subjectives des patients. ⁹⁷
Violence sexiste	La violence sexiste désigne la violence commise à l'encontre d'une personne en raison de son genre, ou la violence qui touche de manière disproportionnée les personnes d'un genre particulier. Elle englobe toute forme de préjudice infligé à un individu ou à un groupe en raison de son identité de genre réelle ou perçue. La violence sexiste peut prendre la forme d'abus physiques, sexuels, psychologiques ou économiques, de violence domestique et de violence entre partenaires intimes, entre autres formes découlant des inégalités structurelles et des relations de pouvoir socialement construites entre les femmes et les hommes, et les renforçant. Elle couvre également les menaces de violence, la coercition, le contrôle coercitif, la violence en ligne et les abus basés sur l'image, ainsi que les restrictions à la liberté, qu'elles se produisent dans la vie privée ou publique. ^{98 99} 100
Justice de genre	Définie dans le domaine de la santé mondiale comme englobant la réalisation des droits universels en matière d'équité en santé et d'égalité des sexes, tout en s'attaquant aux facteurs de discrimination et d'exclusion fondées sur le genre. ¹⁰¹
Approche fondée sur les droits humains	Cadre fondé sur le droit international des droits humains qui guide les actions juridiques, politiques et pratiques visant à promouvoir et à protéger les droits humains. Il permet aux acteurs étatiques et non étatiques d'identifier et de lutter contre les inégalités et la

⁹⁴ OMS (2025) Transformer la santé mentale grâce à l'expérience vécue : Feuille de route pour l'intégration des praticiens ayant une expérience vécue et vivante dans les politiques, les services et la communauté. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

⁹⁵ MHE (2022) Boîte à outils : Co-création en santé mentale. <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2023/05/MHE-Co-Creation-Toolkit-FINAL.pdf>

⁹⁶ Fricker, M. (2007) Injustice épistémique : pouvoir et éthique du savoir. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

⁹⁷ Liz Jonas, Sondra Bacharach, Sarah Nightingale, Sara Filoche (2025) Sous l'égide de la communication sur l'injustice épistémique et l'injustice épistémique dans les rencontres cliniques : une revue critique. *Éthique, médecine et santé publique*. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2024.101039>.

⁹⁸ HCR. Violence sexiste : <https://www.unhcr.org/gender-based-violence.html>

⁹⁹ Commission européenne. Qu'est-ce que la violence sexiste ? https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-based-violence/what-gender-based-violence_en

¹⁰⁰ Conseil de l'Europe, Qu'est-ce que la violence sexiste ? : <https://www.coe.int/en/web/gender-matters/what-is-gender-based-violence>

¹⁰¹ Sarah Hawkes, Elhadj As Sye, Gary Barker, Frances Elaine Baum, Kent Buse, Angela Y Chang, et al. (2025) Achieving gender justice for global health equity: the Lancet Commission on gender and global health. *The Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00488-X

	discrimination, garantit la participation de toutes les parties prenantes et fournit des mécanismes de responsabilité et de réparation. ^{102 103}
Expérience vécue et vécue	En santé mentale, ce terme fait référence aux diverses expériences des personnes qui ont connu ou connaissent des difficultés de santé mentale. Certains préfèrent le terme « expérience vécue », car « vécue » peut suggérer que l'expérience appartient au passé, bien que d'autres ne l'interprètent pas ainsi. ¹⁰⁴ Il englobe les connaissances acquises grâce à cette expertise inestimable, par exemple ce que l'on ressent, ce qui aide ou entrave, ce qui manquait, apportant ainsi une contribution unique dans ce domaine. ¹⁰⁵
Misogynie médicale	Peut être définie comme le rejet, la minimisation ou la pathologisation généralisés de la douleur, de la détresse et des expériences incarnées des femmes. ^{106 107}
Modèle psychosocial de la santé mentale	Au lieu de traiter la détresse comme un « déficit » individuel ou un dysfonctionnement biologique, il reconnaît que les barrières sociales et les injustices systémiques jouent un rôle essentiel. Ce modèle considère la santé mentale comme faisant partie intégrante de l'expérience humaine, et non comme une simple absence de maladie ou de mauvaise santé. Il met en évidence le rôle des déterminants sociaux et environnementaux, tels que la pauvreté, les inégalités, l'éducation, le logement, la violence et les traumatismes, ainsi que leur interaction, dans le développement de la santé mentale. ^{108 109}
Approche axée sur le rétablissement	Ici, la santé mentale ne se résume pas à la « réduction des symptômes », mais consiste à retrouver son autonomie, sa capacité d'agir et une vie qui a du sens au sein de la communauté. Le rétablissement est défini par chacun et revêt une signification différente selon les personnes ^{110 111 112} , mais il implique toujours le choix, le respect et le contrôle de son propre parcours. Les soins de santé mentale axés sur le rétablissement vont au-delà de la gestion des symptômes pour soutenir les objectifs de vie globaux des individus, en mettant l'accent sur leur participation, leurs choix et leurs points forts. ¹¹³

¹⁰² Groupe des Nations Unies pour le développement durable (2023) Approche fondée sur les droits humains : <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rightsbased-approach>

¹⁰³ OMS (2023) Santé mentale, droits humains et législation : orientations et pratiques. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/23e2eb5c-a043-4d6e-b38b-fed350da6fe7/content>

¹⁰⁴ MHE (2024) Le pouvoir du langage : glossaire des mots et termes : [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf)

¹⁰⁵ OMS (2025) Transformer la santé mentale grâce à l'expérience vécue : feuille de route pour l'intégration des praticiens ayant une expérience vécue et vivante dans les politiques, les services et la communauté. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content>

¹⁰⁶ Kate Womersley (2025) Chronique de la misogynie médicale. *The Lancet*. Volume 406, numéro 10509, 1210-1211.

¹⁰⁷ Parlement britannique (2024) La « misogynie médicale » fait souffrir inutilement les femmes et les prive de diagnostic pendant des années. <https://committees.parliament.uk/committee/328/women-and-equalities-committee/news/204316/medical-misogyny-is-leaving-women-in-unnecessary-pain-and-undiagnosed-for-years>

¹⁰⁸ Mental Health Europe (2023) Promouvoir la compréhension du modèle psychosocial de la santé mentale : <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/04/MHE-Psychosocial-model-Toolkit.pdf>

¹⁰⁹ Karilė Levickaitė et Ugnė Grigaitė (2020) Santé mentale, handicap psychosocial et droit de vivre dans la communauté : désinstitutionnalisation et plaidoyer pour le changement : https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2021/06/psp_module_final_2020.pdf

¹¹⁰ Boevink, W. (2017) Planter un arbre : sur le rétablissement, l'autonomisation et l'expérience vécue. Institut Trimbos, Département de la réintégration, Utrecht, Pays-Bas : <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1551-planting-a-tree.pdf>

¹¹¹ Estefanía Guerrero, Maite Barrios, Hernán María Sampietro, Alba Aza, Georgina Guilerá, Juana Gómez-Benito (2025) Le rétablissement en santé mentale : une étude Delphi internationale d'un point de vue professionnel axé sur le rétablissement. *Social Science & Medicine*, vol. 381. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118302>

¹¹² MHE (2019) Petit guide du rétablissement personnel en santé mentale : <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/12/Short-Guide-to-Recovery.pdf>

¹¹³ Diana González-Mañas, Francisco José Eiroa-Orosa, Camille Roux (2024) Le rétablissement dans les services de santé mentale : <https://www.mentalhealtheurope.org/wp-content/uploads/2024/12/Policy-Report-Recovery-Based-Human-Rights-Indicators-in-Mental-Health-Services.pdf>

Les indications générales sur la terminologie utilisée dans le présent rapport sont tirées du glossaire de MHE¹¹⁴ et de la publication « Words are Important » (Les mots sont importants) de l'ONG Mental Health Perspectives¹¹⁵.

¹¹⁴ MHE (2024) Le pouvoir du langage : glossaire des mots et termes : [Mental-Health-Europes-Glossary-2024-edition-FINAL.pdf](#)

¹¹⁵ ONG Mental Health Perspectives (2021) Les mots sont importants : comment parler et écrire de manière éthique sur la santé mentale : https://perspektyvos.org/wp-content/uploads/2024/01/Zodziaisvarbus_2021.pdf

L'utilisation de ces documents doit inclure une mention de la source. Aucun de ces documents ne peut être modifié ou adapté sans l'autorisation écrite expresse de Mental Health Europe.

© Mental Health Europe (décembre 2025)

Les points de vue et opinions exprimés sont toutefois ceux des auteurs uniquement et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou du programme CERV de la Commission européenne. Ni l'Union européenne ni l'autorité octroyant la subvention ne peuvent en être tenues responsables.