

LA CHARTE FÉMINISTE POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ :

Un appel à l'action pour des soins
fondés sur les droits et centrés
sur les personnes

Objectif et publics visés de la Charte

La Charte féministe pour les systèmes de santé est un outil de plaidoyer visant à faire progresser des systèmes de santé féministes, fondés sur les droits humains, la justice de genre et l'obligation de rendre des comptes au public. Elle traduit les obligations existantes des États en matière de droits humains en des principes clairs pour guider la conception, la gouvernance, le financement, la mise en œuvre et la prise de responsabilités des systèmes de santé.

La Charte s'inscrit aux côtés de la Déclaration de Melbourne pour l'égalité de genre. Alors que la Déclaration appelle à un rééquilibrage de l'écosystème de l'égalité de genre autour de la responsabilité des États, de l'obligation de rendre des comptes au public, de la voix collective et de la solidarité, la présente Charte applique cette vision aux systèmes de santé. Elle précise ce que signifie, pour les États, de respecter, protéger et garantir le droit à la santé, y compris la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR), d'une manière qui soit féministe, fondée sur les droits et centrée sur les personnes, et en rendant des comptes aux communautés qu'ils servent.¹

La Charte s'adresse aux gouvernements, aux institutions multilatérales, au milieu de la recherche, à la société civile, aux professionnel·le·s de santé, aux mouvements féministes et aux militant·e·s. Elle peut servir à orienter les réformes, éclairer les politiques et la recherche, renforcer le plaidoyer et tenir les États responsables de la construction de systèmes de santé équitables, inclusifs, accessibles et transformateurs.

La Charte propose un socle commun de principes et d'obligations des États. Elle n'a pas vocation à être exhaustive ni à constituer un modèle unique. Les utilisateur·rice·s sont encouragé·e·s à l'adapter et à la faire évoluer à travers des travaux de recherche, des projets de mise en œuvre, des cadres de demande de comptes, des indicateurs, ainsi que des mécanismes de suivi et de rapport, en fonction des contextes locaux et des priorités des communautés.

Pourquoi avons-nous besoin de systèmes de santé féministes ?

Les systèmes de santé à travers le monde ne parviennent pas à répondre aux besoins des populations qu'ils sont censés servir. Les déficits de financement, les coupes dans l'aide humanitaire, la privatisation et le manque d'infrastructures font partie des causes. Mais le problème est plus profond : de nombreux systèmes de santé ne sont pas conçus à partir des réalités, des droits et du vécu des personnes. Ils ignorent trop souvent la manière dont le genre, l'origine ethnique, la classe, le handicap, l'âge, le statut migratoire, la sexualité et d'autres formes d'inégalités façonnent l'accès à des soins de qualité, respectueux et abordables.

Les manquements des systèmes de santé à travers le monde ne sont pas inévitables. Ils reflètent des choix politiques concernant le pouvoir, les ressources et les besoins qui sont considérés comme prioritaires. Dans l'ensemble des systèmes de santé, de profondes inégalités de pouvoir continuent de renforcer des structures néolibérales, coloniales, capitalistes, patriarcales, racistes et capacitistes, qui désavantagent de manière systémique les populations, en particulier les filles, les femmes et les groupes marginalisés.² Ces déséquilibres transforment les soins en marchandises, dévalorisent les travailleur·euse·s en première ligne et les agent·e·s de santé communautaire, fragilisent la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) et excluent des processus décisionnels les personnes les plus concernées. Ce faisant, ils érodent la confiance du public et privent à la fois les personnes qui cherchent des soins et celles qui les dispensent de leur autonomie, de leur dignité et de leur sécurité.³

Le droit international des droits humains est clair : les États ont l'obligation juridique de respecter, protéger et garantir le droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale possible, y compris concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR).⁴ Une approche féministe consiste à affirmer que cette obligation doit être mise en œuvre de manière à placer au centre les personnes les plus affectées par les injustices, à renforcer les systèmes publics, à redistribuer le pouvoir et les ressources et à s'assurer que les systèmes de santé rendent des comptes aux populations qu'ils servent.

Atteindre la « santé pour toutes et tous » nécessite une transformation fondée sur la justice. Cela implique de transformer les structures, les normes et les rapports de pouvoir qui déterminent quelles vies et quels besoins de santé sont prioritaires, quels savoirs sont reconnus, qui prend les décisions et qui est laissé de côté. Les systèmes de santé féministes offrent une feuille de route pour cette transformation : ils sont centrés sur la dignité, le soin, l'autonomie corporelle, l'équité, la voix collective ainsi que le leadership des femmes, des filles, des personnes de diverses identités de genre, du personnel de santé et des groupes marginalisés.⁵

Ancrée dans la Déclaration de Melbourne, cette Charte appelle les États ainsi que l'ensemble de l'écosystème mondial de la santé et de l'égalité de genre à reconstruire les systèmes de santé comme des biens publics essentiels au respect de leurs obligations en matière de droits humains. Elle appelle à des systèmes de santé qui remettent en question les inégalités, défendent les droits et répondent aux besoins de toutes et tous, en particulier des personnes qui sont le plus souvent exclues des soins et de la prise de décision.

Qu'est-ce qu'une approche féministe des systèmes de santé ?⁶

Une approche féministe des systèmes de santé donne la priorité aux droits humains, à la justice de genre, à l'intersectionnalité et à l'obligation de rendre des comptes au public. Elle reconnaît que la santé ne dépend pas uniquement des services, mais aussi des rapports de pouvoir : qui a accès aux soins, qui prend les décisions, quels savoirs sont valorisés, comment les ressources sont réparties, et quels corps et quelles vies sont jugés dignes d'être protégés.

Les systèmes de santé féministes garantissent le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, en intégrant une SDR complète et l'autonomie corporelle.⁷ Ils offrent des soins respectueux, bienveillants et centrés sur les personnes, tout au long de la vie. Ils prennent en compte les déterminants sociaux et structurels de la santé, notamment les inégalités de genre, le racisme, la pauvreté, le capacitisme, le colonialisme, les violences, l'injustice climatique, le statut migratoire et les discriminations fondées sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et les caractéristiques sexuelles (SOGIESC).

Les systèmes de santé féministes sont conçus avec et pour les personnes les plus affectées par les injustices. Ils redistribuent le pouvoir, les ressources et la prise de décision en faveur des communautés, de la société civile, des mouvements féministes et des personnels de santé. Ils démantèlent les structures coloniales, patriarcales, racistes, capacitistes et autres formes d'oppression dans la gouvernance de la santé et son financement, la recherche, la prestation des soins et la production de connaissances. Ils garantissent un accès universel et équitable à des soins de qualité, aux médicaments et aux technologies de santé.

Les systèmes de santé féministes reconnaissent également la valeur des personnes qui rendent le soin possible. Cette approche implique de réduire les écarts de rémunération liés au genre, de reconnaître le travail de soin rémunéré et non rémunéré, de protéger et de rémunérer équitablement les personnels de santé, et de garantir que les femmes et les travailleur·euse·s de santé marginalisé·e·s puissent exercer un leadership et influencer les systèmes dans lesquels ils et elles travaillent.⁸

Principes féministes des systèmes de santé

Le droit à la santé

Les systèmes de santé sont fondés sur le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Ils sont conçus pour offrir des soins intégrés, centrés sur les personnes, tout au long de la vie.⁹

Appel à l'action concernant les obligations des États

Les États doivent respecter, protéger et garantir le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible,¹⁰ en inscrivant ces droits dans la loi,¹¹ en garantissant un accès universel à des services et à des informations complets et en assurant des soins participatifs et centrés sur les personnes.¹²

Intersectionnalité et déterminants structurels de la santé¹³

Les systèmes de santé reconnaissent le genre comme un déterminant structurel de la santé et prennent en compte les systèmes d'oppression qui se chevauchent et déterminent l'accès aux soins, notamment l'origine ethnique, la classe sociale, le handicap, l'âge et les SOGIESC.¹⁴ Ils lèvent les obstacles à l'autonomie corporelle, à l'information et aux services, donnent la priorité aux personnes les plus touchées et veillent à ce que la recherche et les données reflètent leurs réalités.¹⁵ Les systèmes de santé ont un pouvoir transformateur en matière de genre : ils remettent en cause les structures de pouvoir et les normes qui produisent des inégalités dans la santé, redistribuent les ressources et les opportunités, et garantissent une représentation et une prise de décision équitables à tous les niveaux.¹⁶

Les États doivent reconnaître juridiquement les formes croisées de discrimination fondées sur l'origine ethnique, la classe sociale, le handicap, l'âge et l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre et les caractéristiques sexuelles (SOGIESC), ainsi que leurs effets cumulatifs négatifs sur la santé.¹⁷ Les États doivent interdire ces discriminations et adopter et mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à les éliminer.¹⁸ Les États doivent adopter des approches transformatrices en matière de genre, qui remettent activement en cause et transforment les normes de genre, les structures de pouvoir et les formes néfastes de masculinité qui restreignent l'accès aux soins, influencent les risques pour la santé et perpétuent les inégalités de santé au sein des systèmes de santé.¹⁹

Anti-colonialisme et décolonialité

Les systèmes de santé sont anti-coloniaux et décoloniaux²⁰ dans leur gouvernance et leurs pratiques. Ils reconnaissent le colonialisme et le racisme comme des formes de discrimination liées au contrôle patriarcal, à l'oppression et au contrôle de la sexualité.²¹ Ils cherchent activement à démanteler, plutôt qu'à reproduire, les structures de pouvoir coloniales.²²

Les États doivent reconnaître et combattre le colonialisme et le racisme comme des formes de discrimination, y compris les héritages persistants des structures coloniales et d'exploitation dans les systèmes de santé.²³ Les États doivent éliminer les obstacles ancrés dans le colonialisme et le racisme en réformant les lois, les politiques, les mécanismes de financement et les structures de gouvernance afin de donner la priorité au leadership, aux savoirs locaux et au pouvoir décisionnel des communautés concernées, des peuples autochtones et des personnes les plus touchées par les inégalités de santé liées au colonialisme.²⁴

Des soins respectueux, centrés sur la personne et tout au long de la vie

Les systèmes de santé garantissent des soins rapides, bienveillants et centrés sur la personne tout au long de la vie. Ils répondent aux besoins spécifiques, aux droits, à la dignité, à l'évolution des capacités et à l'autonomie des personnes à chaque étape de la vie, de l'enfance et de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte et à la vieillesse.²⁵ Ils suppriment les obstacles structurels et juridiques, y compris les exigences d'autorisation de tiers, qui entravent l'accès aux soins.²⁶

Les États doivent respecter, protéger et garantir le droit à la santé tout au long de la vie, en assurant des services de santé accessibles, abordables, acceptables et de qualité pour toutes et tous à chaque étape de la vie.²⁷ Cela inclut la garantie de services adaptés à l'âge, sensibles au genre et fondés sur les droits, allant de l'éducation exhaustive en matière de sexualité et d'une prise en charge adaptée des adolescent·e·s jusqu'aux soins destinés aux populations vieillissantes, y compris la santé mentale et les soins de longue durée, en passant par les services de santé maternelle, néonatale et sexuelle et reproductive. Les États doivent également respecter, protéger et garantir le droit à des soins respectueux et dignes tout au long de la vie, en veillant à ce que toute personne puisse accéder à des services qui préservent la dignité, la vie privée, le consentement libre et éclairé, ainsi que la protection contre toute forme de préjudice, de coercition et de violence dans l'ensemble des services de santé.²⁸

La santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction²⁹

Les systèmes de santé garantissent la SDSR, l'autonomie corporelle et le droit de toute personne de prendre des décisions libres et éclairées concernant sa sexualité et sa procréation.³⁰ Ils fournissent des services de santé sexuelle et reproductive complets, confidentiels, fondés sur les droits et centrés sur les personnes tout au long de la vie, sans coercition, discrimination, stigmatisation ni violence.³¹ Ils accordent une attention particulière aux adolescent·e·s, qui font face à des obstacles importants, notamment la criminalisation, la stigmatisation, les exigences d'autorisation de tiers et le refus de la confidentialité des soins. Les systèmes de santé doivent être conçus avec et pour les jeunes en tant que titulaires de droits, en respectant leurs capacités en constante évolution, leur autonomie et leur droit à une prise de décision éclairée.³² Ils doivent déconstruire les barrières structurelles, juridiques et sociales afin que les services soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité pour toutes et tous.³³

Les États doivent respecter, protéger et garantir la SDSR en assurant un accès universel à des services, des informations et une éducation en matière de santé sexuelle et reproductive qui soient à la fois complets et de qualité, et en garantissant l'autonomie, le consentement libre et éclairé et la non-discrimination dans tous les aspects des soins tout au long de la vie.³⁴ Les États doivent veiller à ce que les services de santé sexuelle et reproductive soient confidentiels, fondés sur les droits et exempts de coercition, de discrimination, de stigmatisation et de violence dans tous les contextes de soins.³⁵ Ils doivent garantir le droit des adolescent·e·s à accéder à l'information et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive sans autorisation de tiers, en veillant à ce que les systèmes de santé soient conçus avec et pour les jeunes en tant que titulaires de droits, dans le respect de l'évolution de leurs capacités, de leur autonomie et de leur droit à une prise de décision éclairée.³⁶ Les États doivent déconstruire l'ensemble des obstacles structurels, juridiques et sociaux aux soins de santé sexuelle et reproductive, y compris la criminalisation, afin de garantir que les services soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité pour toutes et tous, en accordant une attention particulière aux personnes confrontées à des formes croisées de discrimination.³⁷

Justice pour les personnes en situation de handicap

Les systèmes de santé sont accessibles, inclusifs et fondés sur les principes de la conception universelle. Ils garantissent que les personnes en situation de handicap, en particulier les filles et les femmes en situation de handicap confrontées à des formes croisées de discrimination, puissent jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, sans discrimination.³⁸

Cela inclut des infrastructures, des transports, des informations et des systèmes de communication accessibles, mais aussi l'interprétation en langue des signes, des formats accessibles et des technologies d'assistance, des aménagements raisonnables, des services spécifiques au handicap, des soins complets de santé mentale, ainsi qu'un soutien à l'autonomie, au consentement libre et éclairé et au plein respect de la capacité juridique des personnes en situation de handicap.³⁹

Les États doivent veiller à ce que les systèmes de santé soient conçus selon les principes de la conception universelle et soient pleinement accessibles dans la pratique, notamment en garantissant des infrastructures, des informations, des systèmes de communication et des services numériques accessibles, ainsi que l'interprétation en langue des signes et d'autres formes de soutien à la communication.⁴⁰ Les États doivent garantir un accès égal (qui soit de même portée, qualité et niveau) à l'ensemble des services de santé, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, les services spécifiques au handicap et des soins complets de santé mentale.⁴¹ Les États doivent également respecter l'autonomie, la volonté et les préférences des personnes en situation de handicap, garantir le consentement libre et éclairé et assurer la pleine reconnaissance de leur capacité juridique sur la base de l'égalité avec les autres, grâce à des mécanismes appropriés de prise de décision accompagnée.⁴²

Santé mentale

Les systèmes de santé reconnaissent la santé mentale et le bien-être psychosocial comme des éléments essentiels du droit à la santé.⁴³ Ils s'attaquent aux facteurs structurels de la souffrance, notamment les inégalités de genre, les violences, la pauvreté et les discriminations, tout en garantissant des soins de qualité, fondés sur les droits et ancrés dans les communautés.⁴⁴

Les États doivent garantir le droit à la santé mentale en tant que composante essentielle du droit à la santé, en assurant des services accessibles, de qualité et fondés sur les droits, intégrés au sein des systèmes de santé et exempts de discrimination, de coercition et de mauvais traitements.⁴⁵ Les États doivent s'attaquer aux déterminants sociaux qui affectent le bien-être mental, notamment les inégalités de genre, les violences et la pauvreté.⁴⁶

Conflits, crises et urgences humanitaires

Les systèmes de santé sont neutres, impartiaux, fondés sur les droits et capables de rester fonctionnels et accessibles en situation de conflit armé, d'occupation, de siège et de génocide.⁴⁷ Les établissements de santé, les personnels de santé et le personnel humanitaire sont protégés par le droit international humanitaire et ne doivent jamais être pris pour cibles.⁴⁸ La réaffectation des ressources publiques vers la militarisation compromet le droit à la santé et affecte de manière disproportionnée les filles, les femmes et les communautés marginalisées, qui dépendent le plus des systèmes de santé.⁴⁹ Les systèmes de santé prennent activement en compte les dimensions genrées des conflits, notamment les violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), les violences reproductives et la destruction des services de santé sexuelle et reproductive, que le droit international humanitaire reconnaît comme des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité.⁵⁰

Les États doivent veiller à ce que les systèmes de santé restent fonctionnels, accessibles et impartiaux en situation de conflit armé, d'occupation, de siège et d'urgences humanitaires, tout en respectant leurs obligations fondamentales au titre du droit à la santé.⁵¹ Les États doivent respecter et protéger les établissements de santé, les personnels de santé et le personnel humanitaire, et rendre des comptes concernant les attaques et autres violations du droit international humanitaire et des droits humains.⁵² Ils doivent veiller à ce que les dépenses militaires ne compromettent pas les ressources nécessaires à la garantie du droit à la santé.⁵³ Les États doivent également s'assurer que les systèmes de santé prennent en compte les dimensions genrées des conflits, notamment les violences sexuelles et basées sur le genre, les violences reproductives, ainsi que les perturbations ou la destruction des services de santé sexuelle et reproductive. En outre, ils doivent rendre des comptes lorsque de tels actes constituent des violations du droit international relatif aux droits humains, du droit international humanitaire ou du droit pénal international.⁵⁴

Personnes réfugiées, personnes déplacées internes, migration et apatridie

Les systèmes de santé sont inclusifs, fondés sur les droits et non discriminatoires. Ils garantissent un accès équitable aux services de santé pour toutes les personnes déplacées, migrantes, demandeuses d'asile, réfugiées et apatrides, indépendamment de leur statut juridique, de leur nationalité ou de leurs documents d'identité.⁵⁵

Les États doivent veiller à ce que les systèmes de santé garantissent un accès équitable et non discriminatoire aux services de santé pour toutes les personnes déplacées, migrantes, demandeuses d'asile, réfugiées et apatrides, indépendamment de leur statut juridique, de leur nationalité ou de leurs documents d'identité.

Personnes réfugiées, personnes déplacées internes, migration et apatridie (suite)

Ils reconnaissent et prennent en compte les besoins spécifiques des femmes, des filles et des personnes de diverses identités de genre en situation de déplacement, notamment les risques de persécutions basées sur le genre, de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), de traite des personnes et de privation de services de santé reproductive.⁵⁶ Les systèmes de santé garantissent que les femmes migrantes ont accès aux services de santé essentiels, y compris les soins de santé sexuelle et reproductive, sans discrimination, exploitation ni représailles.⁵⁷

Pour cela, ils doivent lever l'ensemble des obstacles à l'accès aux services et appliquer une approche sensible au genre tout au long du cycle de déplacement, afin d'identifier et de répondre aux besoins spécifiques des femmes, des filles et des personnes de genres divers, notamment en matière de persécutions basées sur le genre, de violences sexuelles et basées sur le genre (VSBG), de traite des personnes et de privation de services de santé reproductive.⁵⁸ Les États doivent garantir que les femmes migrantes, y compris les travailleuses sans papiers, aient accès aux services de santé essentiels et de SDRS sans discrimination, exploitation ni représailles. Ils doivent en outre assurer la prise en charge des soins d'urgence indépendamment du statut migratoire.⁵⁹

Justice climatique et environnementale

Les systèmes de santé sont justes sur le plan climatique, sensibles au genre et résilients. Ils anticipent et répondent aux risques climatiques et environnementaux,⁶⁰ prennent en compte les impacts disproportionnés sur les communautés marginalisées⁶¹ et garantissent que la SDRS ainsi que les services essentiels restent accessibles, de qualité et fournis de manière équitable lors des crises liées au climat.⁶²

Les États doivent garantir la participation égale et effective des communautés concernées (en particulier les femmes et les filles) ainsi que des personnels de santé à la conception et au suivi des interventions climatiques. Ils doivent également veiller à ce que l'ensemble des politiques, législations, plans, programmes, budgets et activités liés au climat et aux catastrophes soient fondés sur les droits humains et l'égalité, en accordant la priorité aux groupes de femmes et de filles les plus marginalisés.⁶³ Les États doivent garantir que les services de santé sexuelle et reproductive restent accessibles pendant les crises climatiques et inclure les femmes et les communautés marginalisées dans l'ensemble des processus de préparation, de planification et de réponse aux catastrophes.⁶⁴

Personnel de santé

Les systèmes de santé reconnaissent les contributions essentielles à la prestation des services de santé d'une main-d'œuvre composée majoritairement de femmes, notamment les sages-femmes, les infirmières et médecins, les agentes de santé communautaire, les prestataires de soins informels ainsi que les étudiantes. Les personnels de santé sont soutenus, renforcés, protégés et rémunérés de manière équitable, et bénéficient d'un accès à une formation et à un enseignement de qualité, ainsi que d'une participation effective aux processus décisionnels à tous les niveaux.⁶⁵ Les systèmes de santé s'attaquent aux obstacles genrés du secteur de la santé et de l'économie du soin, notamment les inégalités salariales, la sous-représentation aux postes de direction, les discriminations et la sous-évaluation du travail de santé et de soin rémunéré et non rémunéré.⁶⁶

Les États doivent garantir à l'ensemble des personnels de santé, notamment les sages-femmes, les infirmier·ère·s et médecins, les agent·e·s de santé communautaire, les prestataires de soins informels, les étudiant·e·s et les jeunes, des salaires équitables, des conditions de vie décentes, des conditions de travail sûres et des horaires raisonnables.⁶⁷ Les États doivent remédier aux disparités entre les genres en matière de leadership et de rémunération, assurer la participation effective des personnels de santé aux décisions relatives aux systèmes de santé et garantir l'égalité des chances.⁶⁸ Les États doivent également veiller à ce que les personnes issues de communautés marginalisées et rurales puissent accéder à des formations de santé dispensées selon des modalités adaptées à leurs besoins.⁶⁹

Couverture sanitaire universelle et financement de la santé

Les systèmes de santé garantissent la couverture sanitaire universelle (CSU), en assurant des services de santé disponibles, accessibles, acceptables et de qualité, y compris des services de SDR complets⁷⁰, pour toutes les personnes, indépendamment du genre, de l'origine ethnique, de l'âge, des SOGIESC, du handicap, du statut migratoire ou du statut socio-économique.⁷¹ Les systèmes de santé sont financés de manière équitable, de façon à mobiliser, allouer et utiliser les ressources de manière à éliminer les barrières financières, à donner la priorité aux communautés historiquement marginalisées et à favoriser des soins universels, complets et fondés sur les droits.⁷²

Les États doivent garantir la couverture sanitaire universelle en assurant le droit à la santé, y compris des soins complets de santé sexuelle et reproductive qui soient disponibles, accessibles, acceptables et de qualité.⁷³ Les États doivent éliminer les obstacles financiers et non financiers aux services de santé, y compris aux services de santé sexuelle et reproductive. Ils doivent en outre étendre la couverture, augmenter les ressources disponibles pour les soins et garantir des services sensibles au genre qui prennent en compte les formes croisées de discrimination.⁷⁴ Pour respecter, protéger et garantir le droit à la santé et la SDR, les États doivent assurer un financement équitable de la santé, avec des services abordables pour toutes et tous, en mobilisant le maximum de ressources disponibles, en allouant à la santé des femmes des ressources budgétaires adéquates et comparables à celles allouées à la santé des hommes, et en donnant la priorité aux soins primaires et préventifs bénéficiant à l'ensemble de la population.⁷⁵

Méthodologie :

Cette Charte est fondée sur le droit international des droits humains que les États sont tenus de respecter. Chaque principe a été élaboré à partir de l'examen d'une liste non exhaustive de traités et d'interprétations faisant autorité, en identifiant leurs exigences fondamentales pour les systèmes de santé, puis en les formulant à travers une perspective féministe et intersectionnelle. Les obligations des États sont issues du langage des traités et correspondent à chaque principe. Cette approche traduit les engagements juridiques existants en normes concrètes pour des systèmes de santé féministes.

Les principes sont fondés sur les **principaux cadres internationaux des droits humains** et leurs interprétations faisant autorité. Lorsqu'un principe ne relève pas directement de ce cadre, il peut être issu d'un instrument juridiquement contraignant parallèle ou d'un instrument non contraignant mais faisant autorité politiquement, tel qu'une déclaration, un accord ou une résolution. Cette liste de principes n'est pas exhaustive ; des sous-principes et des questions émergentes pourront être développés ultérieurement.

Le droit à la santé, à la SDSR et à la santé mentale sont considérés tout au long du parcours de vie, en s'appuyant sur le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la mise en œuvre de l'approche du parcours de vie dans la pratique. Cette approche couvre toutes les étapes de la vie et place la personne au centre de la démarche, plutôt que le seul service ou l'intervention fournie. La Charte s'appuie sur la définition de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction proposée par la Commission Guttmacher-Lancet, qui offre une compréhension globale et fondée sur les droits de la santé sexuelle et reproductive tout au long de la vie. Cette définition sert de cadre d'interprétation, permettant à la Charte d'aborder des questions de SDSR qui ne sont pas spécifiquement nommées dans les principes.

La Charte a été co-crée par un consortium pluridisciplinaire composé de défenseur·euse·s de l'égalité de genre et des droits humains, de personnels de santé et de chercheur·euse·s en systèmes de santé. Elle a fait l'objet d'un examen par les pairs approfondi, impliquant plus d'une vingtaine de partenaires du consortium. Une activité virtuelle de validation communautaire, réunissant plusieurs centaines de participant·e·s, dont des chercheur·euse·s, des sages-femmes, des militant·e·s, des responsables de programmes et des conseiller·ère·s en politiques publiques, a également contribué à affiner le document. La Charte reconnaît la place centrale des mouvements féministes et intersectionnels dans la conception, la progression et la pérennisation de la transformation des systèmes de santé, notamment à travers l'action collective, la construction de mouvements, l'espace civique, la demande de comptes et la résistance face aux régressions.

Remerciements :

La Charte est l'un des nombreux outils produits dans le cadre du projet « Construire des systèmes de santé féministes », coordonné par Women Deliver, la campagne PUSH hébergée par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), le département Heilbrunn de santé des populations et de la famille de l'école de santé publique Mailman de l'université Columbia (PopFam) et le groupe de travail thématique sur le genre et les systèmes de santé de Health Systems Global (HSG TWG). Il s'agit d'une ressource spécialisée axée sur les dimensions de santé mondiale de la Déclaration de Melbourne.

Nous remercions Kinza Hasan (Women Deliver) et Merette Khalil (Campagne PUSH/ICM) pour avoir rédigé et peaufiné la Charte, ainsi que Nicole Haberland (PopFam/Université Columbia) et Anna Kalbarczyk (HSG TWG sur le genre et la santé), partenaires du projet, pour leurs contributions tout au long de son élaboration. Nous remercions également Rachel Elliott (Women Deliver) pour son aide à la relecture.

Nous exprimons notre reconnaissance envers toutes les personnes qui ont participé à la consultation communautaire virtuelle organisée par la campagne PUSH et les partenaires du projet le 24 mars 2026 et qui ont partagé leurs commentaires afin d'orienter l'élaboration de la Charte. Nous remercions également les homologues évaluateur·rice·s dont l'expertise et les connaissances ont enrichi ce document : Nana Abuelsoud (Realizing Sexual and Reproductive Justice), Norhan Bader (Center for Development Services (CDS)-MENA), Stephanie Baric (Women in Global Health), Ana Baretto (Libera), Floriane Borel (Gutmacher Institute), Paola Salwan Daher (Women Deliver), Daniela Drandic (Confédération internationale des sages-femmes ICM), Lewis Emmerton (SheDecides), Julia Fan (Women Deliver), Eunice Garcia (Women Deliver), Kate Hawkins (Pamoja Communications Ltd), Savannah Russo (Kinaura Partners), Nihal Said (IPPF), Pratishta Singh (The George Institute for Global Health) et Swetha Sridhar (Fos Feminista).



**LA CHARTE FÉMINISTE
POUR LES SYSTÈMES
DE SANTÉ**

Notes et références

Page 2

1 La Charte s'appuie sur la définition de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction proposée par la Commission Guttmacher-Lancet, qui offre une compréhension globale et fondée sur les droits de la santé sexuelle et reproductive tout au long de la vie. Cette définition sert de cadre d'interprétation, permettant à la Charte d'aborder des questions de SDR qui ne sont pas spécifiquement nommées dans les principes.

Page 3

2 Eger H, Chacko S, El-Gamal S, Gerlinger T, Kaasch A, Meudec M, et al. Towards a feminist global health policy: power, intersectionality, and transformation. *PLOS Global Public Health*. 2024 ; 4(3):e0002959.
Abimbola S, Pai M. Will global health survive its decolonisation? *The Lancet*. 2020 ; 396(10263):1627–1628.
Mofokeng T. Reclaiming sexual and reproductive rights through a decolonial lens. *Health and Human Rights*. 2025 ; 27(1):91.
3 Kentikelenis A, Rochford C. Power asymmetries in global governance for health: a conceptual framework for analyzing the political-economic determinants of health inequities. *Global Health*. 2019 ; 15(Suppl 1):70. doi:10.1186/s12992-019-0516-4.
Morgan R, Ayiasi RM, Barman D, et al. Gendered health systems: evidence from low-and middle-income countries. *Health Research Policy and Systems*. 2018 ; 16(1):58. doi:10.1186/s12961-018-0338-5.
4 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 12, 16 décembre 1966 (ci-après PIDESC art. 12) ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale no. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12), UN Doc. E/C.12/2000/4 (ci-après CDESC OG 14) ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale no. 22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12), UN Doc. E/C.12/GC/22 (ci-après CDESC OG 22).
5 CDESC OG 14.

Page 4

6 La Charte propose une définition opérationnelle des systèmes de santé féministes, co-construite avec des communautés féministes et œuvrant dans les domaines de la santé et de l'égalité de genre. Cette définition est appelée à évoluer à travers des processus collectifs d'apprentissage, de plaidoyer et de mise en œuvre.
7 Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018 ; 391(10140):2642–2692. doi:10.1016/S0140-6736(18)30293-9.
8 Eger H. *Feminist Global Health Policy: Addressing Health Inequalities through an Intersectional Perspective*. Springer ; 2023. ISBN : 978-3-658-43497-7.

Page 5

9 PIDESC art. 12 ; CDESC OG 14, par. 21 ; Organisation mondiale de la santé. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. UN Doc. A69/39. 2016 ; par. 14–15 ; Nabyonga-Orem J, Asamani JA. Ensuring the right to health along the life course. *The Lancet Global Health*. 2022 ; 10(12):e1689–e1690.
10 PIDESC art. 12 ; CDESC OG 14, par. 1–5 ; Déclaration et Programme d'action de Beijing, par. 89.
11 CDESC OG 14, par. 33, 36–37.
12 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale no. 24 sur les femmes et la santé (art. 12), UN Doc. A/54/38/Rev.1. 1999 ; par. 31(a) (ci-après CEDF RG 24) ; Organisation mondiale de la Santé. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. UN Doc. A69/39. 2016 ; par. 14–15.
13 Le terme « structurel » est utilisé ici parce que ces déterminants opèrent à un niveau global et ne peuvent pas être modifiés par les comportements individuels. Ils sont façonnés par la répartition des ressources, du pouvoir et du prestige et par les discriminations au sein de la société, produisant ainsi une stratification sociale. Voir Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Feuille de route pour l'OMS ; 2010. Les déterminants structurels et sociaux de la santé sont également compris ici comme incluant les déterminants commerciaux de la santé, notamment les acteurs du secteur privé, les forces du marché et les pratiques des entreprises qui influencent les résultats en matière de santé, conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la Santé des déterminants commerciaux et à la série de *The Lancet* sur les déterminants commerciaux de la santé. Pour le cadre fondateur sur l'équité dans la santé via l'action sur les déterminants sociaux de la santé, voir Organisation mondiale de la Santé, *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. 2008.
14 PIDESC, art. 12 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale no. 20 sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (art. 2, par. 2), UN Doc. E/C.12/GC/20. 2009 ; par. 32 (ci-après CDESC OG 20) ; Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. *Nés libres et égaux : orientation sexuelle, identité de genre et caractéristiques sexuelles dans le droit international des droits de l'homme*. 2e éd., New York et Genève : HCDH ; 2019.
15 CDESC OG 14, par. 3, 11 ; CDESC OG 20, par. 17 ; CDESC OG 22, par. 5, 8, 30 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale no. 28 sur les obligations fondamentales des États parties en vertu de l'article 2 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, UN Doc. CEDAW/C/GC/28. 2010 ; par. 18 (ci-après CEDF RG 28).
16 CEDF Articles 5(a), 12 ; CEDF RG 24, par. 6, 9, 12b et 14 ; CDESC OG 22, par. 8, 27, 30.
17 CEDF RG 28, par. 18 ; CDESC Observation générale no. 20 par. 32.
18 CEDF RG 28, par. 18.
19 CDESC RG 22, par. 8, 27, 30.

Notes et références

Page 6

- 20 Mehjabeen D, Patel K, Jindal RM. Decolonizing global health: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2025 ; 25(1):828. doi:10.1186/s12913-025-12890-8.
- 21 CDESC OG 20, par. 7–9 ; CEDF RG 39, par. 20, 24, 30 ; PIDESC, art. 1 ; Assemblée générale des Nations unies. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, UN Doc. A/RES/61/295. 2007 ; art. 23 (ci-après DNUDPA) ; Assemblée générale des Nations unies. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng : Droits en matière de santé sexuelle et procréative : défis et possibilités pendant la pandémie de COVID-19, UN Doc. A/76/172. 2021.
- 22 Barcham M. Decolonizing public healthcare systems: designing with Indigenous Peoples. *She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation*. 2022 ; 8(4):454–472. doi:10.1016/j.sheji.2022.10.004 ; Assemblée générale des Nations unies. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng : Droits en matière de santé sexuelle et procréative : défis et possibilités pendant la pandémie de COVID-19, UN Doc. A/76/172. 2021.
- 23 Comité pour l'élimination de la discrimination raciale. Recommandation générale no. 37 sur l'égalité et le droit de ne pas faire l'objet de discrimination raciale dans la jouissance du droit à la santé (art. 5(e)(iv)), UN Doc. CERD/C/GC/37. 2024 ; par. 1 ; (ci-après CEDR RG 37) ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale no. 39 sur les droits des femmes et des filles autochtones, UN Doc. CEDAW/C/GC/39. 2022 ; par. 7, 20, 24, 30 (ci-après CEDF RG 39) ; Assemblée générale des Nations unies. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng : Racisme et droit à la santé, UN Doc. A/77/197. 2022 ; Assemblée générale des Nations unies. Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Tlaleng Mofokeng : Droits en matière de santé sexuelle et procréative : défis et possibilités pendant la pandémie de COVID-19, UN Doc. A/76/172. 2021.
- 24 DNUDPA, art. 23 ; Organisation internationale du travail. Convention no. 169 relative aux peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants, adoptée le 27 juin 1989, entrée en vigueur le 5 septembre 1991, 1650 RTNU 383, art. 2 (ci-après Convention OIT no. 169).
- 25 CEDF RG 24, par. 2 ; Organisation mondiale de la santé. Framework to implement a life course approach in practice. Genève : OMS ; 2025. ISBN : 978-92-4-011257-5 ; White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Women and Newborns. Washington, DC : White Ribbon Alliance ; 2019.
- 26 Organisation mondiale de la santé. Framework to implement a life course approach in practice. Genève : OMS ; 2025. ISBN : 978-92-4-011257-5.
- 27 PIDESC, art. 12 ; CDESC Observation générale no. 14.
- 28 CEDF RG 24, par. 2 ; PIDCP Art. 7 et 17.

Page 7

- 29 Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018 ; 391(10140):2642–2692. doi:10.1016/S0140-6736(18)30293-9.
- 30 CDESC OG 22, par. 1 ; CEDF, art. 16 ; CDESC OG 22, par. 5–7, 13–17 ; Organisation mondiale de la santé. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. UN Doc. A69/39. 2016 ; par. 14–15 ; quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes. Déclaration et Programme d'action de Beijing, UN Doc. A/CONF.177/20/Rev.1. 1995 ; par. 94–96 (ci-après Programme d'action de Beijing).
- 31 CDESC OG 22 par. 5.
- 32 CDE, art. 12, 14 ; Convention relative aux droits de l'enfant. Observation générale no. 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, UN Doc. CRC/C/GC/20. 2016 ; par. 11, 18–20, 59 (ci-après CDE OG 20) ; CDESC OG 22, par. 18, 28, 30, 44, 48, 49(f) ; CEDF RG 24, par. 23.
- 33 CDESC OG 14 par. 12 ; CDESC OG 22 par. 49(c).
- 34 CDESC art. 12 ; CDESC OG 22 par. 33.
- 35 PIDCP art. 7, 17 ; CEDF RG 24.
- 36 CDE OG 20 ; CDESC OG 22 par. 40.
- 37 CDESC OG 22 par. 34–36 ; CEDF art. 2.

Page 8

- 38 Comité des droits des personnes handicapées, Observation générale no. 3 sur les femmes et les filles handicapées (art. 6), UN Doc. CRPD/C/GC/3 (25 novembre 2016), par. 2 (ci-après CDPH OG 3) ; Convention relative aux droits des personnes handicapées (13 décembre 2006), art. 25 (ci-après CDPH).
- 39 CDPH art. 25(a, b, d) ; CDPH OG 3 par. 2, 64b.
- 40 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale no. 5 sur les personnes souffrant d'un handicap, UN Doc. E/1995/22 (9 décembre 1994), par. 34 (ci-après CDESC OG 5).
- 41 CDPH art. 25.
- 42 CDPH art. 25(a, b, d).
- 43 PIDESC art. 12.
- 44 CDPH art. 19, 25.
- 45 PIDESC art. 12 ; Assemblée générale des Nations Unies, Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration des soins de santé mentale, UN Doc. A/RES/46/119 (17 décembre 1991), principes 1.3 et 1.4.
- 46 CDESC OG 14, par. 11 ; CEDF RG 28, par. 18.

Notes et références

Page 9

47 Conseil de sécurité des Nations Unies, Résolution 2286 sur la protection des soins médicaux en temps de conflit armé, UN Doc. S/RES/2286 (3 mai 2016) (ci-après CSNU Res. 2286)

48 Ibid.

49 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale no. 30 sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après conflit, UN Doc.

CEDAW/C/GC/30 (18 octobre 2013), par. 50-51, 52 c-d (ci-après CEDF RG 30) ; Secrétaire général des Nations Unies (António Guterres), *The Security We Need: Rebalancing Military Spending for a Sustainable and Peaceful Future*, Bureau des Nations Unies pour les affaires de désarmement (9 septembre 2025).

50 CDESC OG 22 par. 30 ; CDESC OG 14 par. 34 ; Statut de Rome de la Cour pénale internationale, art. 8 (17 juillet 1998), 2187 RTNU 90 (ci-après Statut de Rome) ; CEDF RG 30 par. 35.

51 PIDESC art. 12 ; CDESC OG 14 par. 34 ; CEDF RG 30 par. 2 ; CSNU Res. 2286.

52 CSNU Res. 2286.

53 CEDF RG 30 par. 50-51, 52 c-d.

54 Statut de Rome, art. 8 sur les crimes de guerre ; CEDF RG 30 par. 35.

Page 10

55 Comité pour l'élimination de la discrimination raciale. Recommandation générale no. 30 concernant la discrimination contre les non-ressortissants, UN Doc. CERD/C/64/Misc.11/rev.3. 2004 ; par. 36 (ci-après CEDR RG 30) ; CDESC OG 14, par. 12 ; CDESC OG 20, par. 30 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale no. 32 sur les dimensions sexospécifiques du statut de réfugié, des demandes d'asile, de la nationalité et de l'apatridie des femmes, UN Doc.

CEDAW/C/GC/32. 2014 ; par. 7 (ci-après CEDF RG 32) ; Organisation mondiale de la Santé, Organisation internationale pour les migrations et Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. *Migration internationale, santé et droits de l'homme*. 2013.

56 CEDF RG 32 par. 8, 11, 14-15, 34.

57 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale no. 26 sur les travailleuses migrantes, UN Doc. CEDAW/C/2009/WP.1/R (5 décembre 2008) (ci-après CEDF RG 26).

58 PIDESC art. 12 ; CDESC OG 14, par. 12 ; CDESC OG 20, par. 30 ; CEDF RG 32, par. 7, 11, 14-15 ; CEDR RG 30, par. 7, 29, 36.

59 CEDF RG 26 ; CEDR RG 30, par. 34 ; Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, art. 28 (18 décembre 1990) (ci-après CPDTM).

60 PIDESC art. 12 ; CDESC OG 14, par. 11.

61 CEDF art. 2 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale no. 27 sur les femmes âgées et la protection de leurs droits d'êtres humains, UN Doc. CEDAW/C/GC/27 (16 octobre 2010), par. 25 (ci-après CEDF RG 27).

62 Organisation mondiale de la Santé, *Projet de plan d'action mondial sur les changements climatiques et la santé*, UN Doc. A78/4 Add.2, soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la Santé, point 18.3 de l'ordre du jour provisoire (15 mai 2025) ; Accord de Paris, art. 7(5) (22 avril 2016) (ci-après Accord de Paris).

63 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale no. 37 sur les aspects liés au genre de la réduction des risques de catastrophe dans le contexte des changements climatiques, UN Doc. CEDAW/C/GC/37 (7 février 2018), par. 8 (ci-après CEDF RG 37).

64 CDESC OG 14, par. 40 ; CEDF RG 37, par. 26.

Page 11

65 Organisation mondiale de la Santé, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, pg. 18 (Genève : OMS, 2016). ISBN 978-92-4-151113-1.

66 Organisation mondiale de la Santé, *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce*, Human Resources for Health Observer Series no. 24 (Genève : OMS, 2019) ; Organisation mondiale de la Santé, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030* (Genève : OMS, 2016). ISBN 978-92-4-151113-1.

67 PIDESC art. 7 ; CDESC OG 23.

68 CDESC OG No. 14, par. 17 ; PIDESC art. 7(c) ; CEDF, art. 11.

69 Organisation mondiale de la santé. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Genève : OMS ; 2016. p. 18. ISBN : 978-92-4-151113-1.

70 CDESC OG 22, par. 7-10.

71 CDESC OG 14, par. 18-27.

72 Assemblée générale des Nations Unies, Résolution 78/4 sur la santé mondiale et la politique étrangère, UN Doc. A/RES/78/4 (16 octobre 2023), par. 4, 36, 47, 83, 85, 87, 88-90 ; Organisation mondiale de la santé, Résolution WHA78.12 sur le renforcement du financement de la santé à l'échelle mondiale, soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la Santé, point 13.3 de l'ordre du jour (27 mai 2025).

73 CDESC OG 14, par. 30 ; Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Overview on Universal Health Coverage and the Right to Health* ; CDESC OG 22, par. 12-21.

74 CDESC OG 22, par. 31 ; Assemblée générale des Nations Unies, Résolution 78/4 sur la santé mondiale et la politique étrangère, UN Doc. A/RES/78/4 (16 octobre 2023), par. 4, 36, 47, 83, 85, 87, 88-90 ; CDESC OG 22, par. 30-32 ; Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Overview on Universal Health Coverage and the Right to Health* (19 juin 2023).

75 PIDESC art. 12 ; CDESC OG 22 ; CDESC OG 14, par. 12b, 19 ; CEDF RG 24, par. 30.