

MORTALITE ET MORBIDITE MATERNELLES



En 2013, quelques 289 000 femmes sont mortes pendant ou immédiatement après la grossesse et l'accouchement.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, *"Le taux de mortalité maternelle dans les pays en développement en 2013 est de 230 pour 100.000 naissances vivantes contre 16 pour 100.000 naissances vivantes dans les pays développés. Il existe aussi de grandes disparités entre les pays, entre les femmes à revenu élevé et celles à revenu faible, de même qu'entre les femmes vivant en milieu urbain et celles des zones rurales."*¹

Souvent perçues comme un problème de santé publique, les questions de mortalité et de morbidité maternelles doivent aussi être comprises comme des questions de droits de l'homme. Les organes de traités de droits de l'homme ont clairement statué sur les obligations des Etats en ce qui concerne la mortalité et la morbidité maternelles et ont reconnu des violations des droits des femmes à la vie, au niveau de santé le plus élevé et à l'accès à ces droits dans l'égalité et la non-discrimination.

La mortalité maternelle est "la mort d'une femme pendant la grossesse ou bien dans les 42 jours qui suivent la fin d'une grossesse... de toutes causes liées à la grossesse ou aggravées par celle-ci ou sa gestion, mais non de causes accidentelles ou secondaires."² Les causes principales de la mortalité maternelle sont l'hémorragie sévère, l'infection, l'avortement non médicalisé, l'hypertension artérielle et le travail prolongé ou entravé. La plupart des décès et des handicaps liés à la maternité peuvent être évités grâce à des interventions et des soins efficaces pendant la grossesse et l'accouchement.³

Selon la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les Etats parties doivent assurer "aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement".⁴ Le Comité pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a également établi que le manque de services de santé maternelle appropriés répondant aux besoins spécifiques de santé et aux intérêts des femmes est une violation à la fois du droit à la santé et du droit à la non-discrimination.⁵ Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît le droit pour chacun de jouir de tous les droits à la santé,⁶ qui comprennent la liberté "d'avoir le contrôle sur sa santé et son corps, y compris la liberté sexuelle et reproductive."⁷ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels élabore plus loin que dans le cadre de ce pacte les obligations de l'Etat comprennent l'obligation d'assurer la santé reproductive, maternelle (pré et post natale) et la prise en charge de la santé de l'enfant.⁸ Plusieurs organes de traités ont également décrit la mortalité maternelle comme une violation du droit à la vie des femmes.⁹

La réduction de la mortalité et la morbidité maternelles est au cœur des engagements nationaux et internationaux. A la Conférence Internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, ainsi qu'à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing de 1995, les Etats ont reconnu le droit des femmes à une grossesse sans dangers. Les Etats se sont également engagés à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015 dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement.



Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a produit un ensemble de travaux ces dernières années qui soulignent que la mortalité et la morbidité maternelles sont une question de droits de l'homme. En 2010, le premier rapport du Haut-Commissariat au Conseil des droits de l'homme sur la mortalité et la morbidité maternelles met en place un cadre conceptuel pour comprendre la dimension de droits de l'homme dans la morbidité et mortalité maternelles. Le rapport souligne sept principes qui appuient une approche basée sur les droits de l'homme dans ce domaine : **responsabilité, participation, transparence, autonomisation, durabilité, coopération internationale et non-discrimination.**¹⁰

Dans un deuxième rapport, présenté en 2011, le Haut-Commissariat a identifié des caractéristiques communes de bonnes pratiques dans l'application d'une approche basée sur les droits de l'homme à la question de la mortalité et la morbidité maternelles. Celles-ci comprennent: **le renforcement du statut des femmes, la protection des droits à la santé sexuelle et reproductive, le renforcement des systèmes de santé, l'action contre l'avortement à risque et l'amélioration du suivi-évaluation.**¹¹

EN MOYENNE, 800 FEMMES ENVIRON DECEDENT CHAQUE JOUR DE CAUSES EVITABLES LIEES A LA GROSSESSE ET A L'ACCOUCHEMENT



99% DE LA MORTALITE MATERNELLE SE PASSE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT



LA MORTALITE MATERNELLE EST PLUS ELEVEE CHEZ LES FEMMES VIVANT EN MILIEU RURAL ET DANS DES COMMUNAUTES LES PLUS DEFAVORISEES



LE RISQUE DE COMPLICATION ET DE DECES DES SUITES D'UNE GROSSESSE EST PLUS ELEVE CHEZ LES JEUNES ADOLESCENTS QUE CHEZ LES FEMMES PLUS AGEES

Source: World Health Organization, Maternal Mortality, Fact sheet N°348, May 2014

ESTIMATIONS DU TAUX DE MORTALITE MATERNELLE ET DES DECES MATERNELS EN 2013

Taux de mortalité maternelle = décès maternels par 100,000 naissances vivantes

REGION	TAUX DE MORTALITE MATERNELLE	NOMBRE DE DECES MATERNELS
AFRIQUE DU NORD	69	2700
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	510	179000
ASIE DE L'EST	33	6400
ASIE DU SUD	190	69000
ASIE DU SUD EST	140	16000
ASIE DE L'OUEST	74	3600
CAUCASE & ASIE CENTRALE	39	690
AMERIQUE LATINE & CARAÏBES	85	9300
OCEANIE	190	510
LE MONDE	210	289000

Source: Organisation mondiale de la santé et autres, Tendances de la mortalité maternelle: 1990 à 2013

PROBLEMES CLES

1 UN SYSTEME DE SOINS DE SANTE INTEGRE ET EFFICACE EST ESSENTIEL POUR PREVENIR LES DECES ET LA MORBIDITE MATERNELS

Un système de sante fonctionnel nécessite des fournitures, de l'équipement et des infrastructures adéquats, aussi bien qu'un système de communication, de référence et de transport efficace.

Dans le cadre du droit à la santé, les femmes ont droit à des services dont l'efficacité dans la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles est avérée, y compris l'accès à une assistance qualifiée dans l'accouchement, des soins obstétricaux d'urgence, des soins post-partum, des services d'avortement sans risque et d'autres services de soins de santé sexuels et reproductifs. De plus, le droit à la santé doit être compris comme un droit à un système de santé intégré efficace qui découle du droit à la santé.¹²

Les Etats sont responsables des actions de leurs institutions médicales privées.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a exprimé ses préoccupations concernant le transfert des fonctions de santé de l'Etat aux établissements privés et a souligné que les Etats ne peuvent pas se dégager de leur responsabilité dans ce domaine en transférant leurs pouvoirs aux organismes du secteur privé. Dans le cas d'Alyne da Silva Pimentel Teixeira (décédée) contre Le Brésil, le Comité a souligné que l'Etat est directement responsable des actions de ses institutions médicales privées quand il sous-traite ses services médicaux, et qu'il maintient une obligation de réglementer et de surveiller les établissements de santé privés en conformité avec ses obligations de diligence due.¹⁴

DANS LE CAS ALYNE DA SILVA PIMENTEL TEIXEIRA (DECEDEE) CONTRE LE BRÉSIL,



la victime, une femme d'origine africaine, est décédée après accouchement d'un mort-né suivi de sérieuses complications post-natales. L'absence d'un diagnostic correct des complications dont souffrait la femme, le retard dans le traitement de ces complications, le retard dans le référencement à un hôpital avec des équipements adéquats et l'échec dans la transmission de son bulletin de santé entre les structures de santé, suivi d'un manque de prise en charge adéquate pour corriger ces erreurs **ont abouti à une violation de la Convention**. Le Comité a établi que **l'Etat doit s'assurer que ses services de santé maternelle soient à la hauteur des besoins spécifiques des femmes, que les politiques de santé maternelle soient mises en pratique, et que des remèdes judiciaires et une protection effective soient pourvues sans discrimination.**

2 LA DISCRIMINATION BASÉE SUR LE GENRE EST UN FACTEUR SOUS-JACENT QUI CONTRIBUE À LA MORTALITÉ ET À LA MORBIDITÉ MATERNELLES

La discrimination alimente les causes qui empêchent les femmes d'avoir accès aux services dont elles ont besoin.

La pauvreté, l'inégalité de revenu et la discrimination basée sur le genre empêchent les femmes de jouir de leurs droits de santé sexuelle et reproductive.¹⁵ Le Comité pour les droits économiques sociaux et culturels a établi que "les équipements, provisions et les

services de santé doivent être abordables pour tous," y compris pour les groupes socialement défavorisés.¹⁶ Les Etats devraient fournir des services gratuits aux femmes pauvres durant leur période de grossesse, l'accouchement et leur période post partum.¹⁷

DANS LE CAS DE LA COMMUNAUTE INDIGENE DE XÁKMOK KÁSEK, l'une des victimes était une femme qui décéda de complications survenues alors qu'elle était en travail et n'a reçu aucune assistance médicale. La Cour Interaméricaine des Droits de l'Homme déclara que l'Etat a violé le droit à la vie "parce qu'il n'a pas réussi à prendre les mesures positives nécessaires dont il dispose, qui pourraient raisonnablement être en mesure d'empêcher ou bien d'éviter de mettre en péril le droit à la vie."¹⁸



La cour a souligné que "les Etats doivent concevoir des politiques de soins de santé appropriées pour qu'un personnel bien formé puisse fournir l'assistance nécessaire en cas d'accouchement, des politiques pour la prévention de la mortalité maternelle, avec une prise en charge pré natale et post-partum, et des outils légaux et administratifs pour un système de soins de santé, des politiques qui rendent possible une bonne documentation de la mortalité maternelle."¹⁹

L'absence de services spécialisés pour les soins des femmes est une forme de discrimination.

Quand les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles sont imputables à la non-utilisation par l'Etat des ressources dont il dispose pour prendre les mesures requises afin de faire face aux causes de décès maternel et assurer la disponibilité,

l'accessibilité et l'acceptabilité de services de qualité,²⁰ cela constitue une forme de discrimination à l'égard des femmes et doit être remédié dans l'immédiat.

Protéger les droits de la femme dans ce domaine, c'est aussi assurer l'accès à l'avortement médicalisé là où c'est légal et aux soins post-avortement, car l'avortement à risque est l'une des

cinq principales causes de la mortalité maternelle.²¹ Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a recommandé aux Etats d'augmenter l'accès aux services de planification familiale,²² de réduire les décès maternels résultant d'avortements à risque²³, clandestins²⁴ ou illégaux²⁵ et d'assurer l'accès à des services de soins post-avortement.²⁶

LES ETATS ONT L'OBLIGATION DE RESPECTER, DE PROTEGER ET DE METTRE EN ŒUVRE LES DROITS DE L'HOMME EN LIEN AVEC LA SANTÉ MATERNELLE, LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

RESPECTER Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a identifié "des lois qui criminalisent des procédures médicales dont seules les femmes ont besoin et qui punissent les femmes qui subissent ces procédures "comme étant une violation de l'obligation de l'Etat de ne pas interférer avec la jouissance du droit à la santé".²⁷

PROTEGER Les Etats ont la responsabilité d'exercer avec la diligence due afin de s'assurer que les acteurs non gouvernementaux, y compris les prestataires de services privés, les compagnies d'assurance et les fabricants de produits et d'équipements liés à la santé, ainsi que les membres de la communauté et les familles, se conforment à certaines règles.²⁸

METTRE EN ŒUVRE Les Etats doivent adopter des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires et autres mesures pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelles. L'échec de la part des Etats de réduire la mortalité maternelle peut constituer une violation de l'obligation d'assurer aux femmes l'accès aux soins de santé.²⁹

La fourniture de services de santé maternelle est comparable à une obligation vitale à laquelle on ne peut déroger sous aucun prétexte. Les Etats doivent impérativement assurer la **disponibilité, l'accessibilité, et une bonne qualité** de services de santé sexuels et reproductifs, tout en mettant à la portée de tous.³⁰



3 LES FEMMES MARGINALISEES SONT PLUS EXPOSEES AUX VIOLATIONS LIEES A LA MORTALITE ET A LA MORBIDITE MATERNELLES

Certains groupes de femmes et de jeunes filles sont soumises à de multiples formes de discrimination.

Cela a son impact non seulement sur leur accès aux structures de santé mais aussi sur leur traitement, ce qui affectera leur volonté de revenir dans ces structures.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a souligné les liens entre la discrimination basée sur le genre et les autres facteurs tels que la race, l'ethnicité, la religion ou les croyances, l'état de santé, l'âge, la classe sociale, les castes, l'orientation sexuelle et l'identité de genre.³¹

Les organes de droits de l'homme ont recommandé aux Etats d'adopter des mesures pour faire face à la mortalité et la morbidité maternelles chez les groupes marginalisés, y compris les jeunes³², les démunis³³ les femmes rurales³⁴, indigènes,³⁵ minoritaires³⁶ et les travailleuses émigrées.³⁷

Les filles et les adolescentes font face à des défis particuliers qui affectent leur droits de l'homme et qui font d'elles le groupe le plus exposé aux risques de mortalité et de morbidité maternelles.

Elles rencontrent des défis spécifiques en termes d'accès à l'information, dont l'accès à une éducation sexuelle et l'accès aux services de santé. Le mariage d'enfant et le mariage forcé qui affectent les filles de façon disproportionnée et augmentent la probabilité des filles de tomber enceinte

avant qu'elles ne soient physiquement ou mentalement prêtes.

Pour ce qui est des adolescentes, le Comité des droits de l'enfant recommande que les États développent et mettent en œuvre des mesures pour faire face aux défis spécifiques auxquelles elles sont confrontées en terme d'accès à l'information y compris une éducation sexuelle globale et l'accès aux services de santé reproductive.³⁸

EN 2012 le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a développé un guide technique pour la mise en œuvre d'une approche basée sur le droit pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Ce guide opérationnalise les droits de l'homme en offrant des conseils concrets sur ce qu'exigeraient les droits de l'homme à différents niveaux du processus politique.³⁹



NOTES

- 1 Organisation mondiale de la santé, la mortalité maternelle, Fiche d'information N° 348 (2014).
- 2 Organisation mondiale de la santé, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, vol. 2, Manuel d'instruction, 2e éd. (2004), p. 98-99.
- 3 Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme, A/HRC/14/39 (2010), par. 6.
- 4 Article 12(2).
- 5 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Alyne da Silva Pimentel c. Brésil, CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011), par. 7.4, 7.7.
- 6 Article 12.
- 7 Observation générale no 14 (2000) sur le droit à un meilleur état de santé, par. 8, 44 (a).
- 8 Ibid. par. 44(a).
- 9 Comité des droits de l'homme, Observations finales sur le Mali, CCPR/CO/77/MLI (2003), par. 14 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des Femmes, Observations finales sur le Belize, A/54/38 (1999), par. 56 ; Colombie, A/54/38 (1999), par. 393 ; République Dominicaine, A/54/38 (1998), par. 337.
- 10 A/HRC/14/39 (2010).
- 11 Pratiques pour l'adoption d'une approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles évitables fondée sur les droits de l'homme, A/HRC/18/27 (2011).
- 12 Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir d'un meilleur état de santé physique et mentale possible, A/61/338 (2006), par. 13-14.
- 13 Recommandation générale 24 (1999) sur les femmes et la santé, par. 17 ; Comité des droits économiques, sociaux et, Observation générale no 14, par. 35.
- 14 Alyne da Silva Pimentel c. Brésil, par. 7.5.
- 15 Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables, A/HRC/21/22 (2012), par. 13.
- 16 Observation générale no 14 Observation générale no 14, par. 12 (b).
- 17 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale 24, par. 27.
- 18 Cour interaméricaine des droits de l'homme, Affaire Communauté autochtone Xákmok Kásek (2010), par. 234.
- 19 Ibid., par. 233.
- 20 A/HRC/14/39 (2010), par. 10.
- 21 A/HRC/18/27 (2011), par. 29.
- 22 Observations finales sur le Burkina Faso, A/60/38 (2005), par. 350 ; Cap-Vert, CEDAW/C/CPV/CO/6 (2006), par. 30 ; Vanuatu, CEDAW/C/VUT/CO/3 (2007), par. 35 ; Pérou, CEDAW/C/PER/CO/6 (2007), par. 25 ; Érythrée, CEDAW/C/ERI/CO/3 (2006), par. 23.
- 23 Observations finales sur la République Dominicaine, A/59/38 (SUPP) (2004), par. 308, 309 ; Myanmar, A/55/38 (2000), par. 130 ; Paraguay, A/60/38 (Supp) (2005), par. 287-288
- 24 Observations finales sur le Burundi, A/56/38 (Part 1) (2001), par. 62 ; Liban, A/60/38 (2005), par. 112 ; Mali, CEDAW/C/MLI/CO/5 (2006), par. 34.
- 25 Observations finales sur la Colombie, CEDAW/C/COL/CO/6 (2007), par. 22-23.
- 26 Observations finales sur le Brésil, CEDAW/C/BRA/CO/6 (2007), par. 29-30 ; Chili, CEDAW/C/CHI/CO/4 (2006), par. 20 ; Honduras, CEDAW/C/HON/CO/6 (2007), par. 25 ; Nicaragua, CEDAW/C/NIC/CO/6 (2007), par. 18 ; Pakistan, CEDAW/C/PAK/CO/3 (2007), par. 41 ; Philippines, CEDAW/C/PHI/CO/6 (2006), par. 28.
- 27 Recommandation générale 24, par. 14.
- 28 A/HRC/21/22, par. 22.
- 29 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale 24, par. 17 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale no 14, par. 37.
- 30 Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale no 14, par. 44 (a), 12 (b) ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale 24, par. 21.
- 31 Recommandation générale 28 (2010) sur les obligations fondamentales des États parties, par. 18 ; Alyne da Silva Pimentel c. Brésil, par. 7.7.
- 32 Comité des droits de l'homme, Observations finales sur l'Équateur, CCPR/C/79/Add.92 (1998), par. 11.
- 33 Comité des droits de l'homme, Observations sur l'Argentine, CCPR/CO/70/ARG (2000), para finales. 14.
- 34 Ibid.
- 35 Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Observations finales sur le Panama, CEDAW/C/PAN/CO/7 (2010), par. 43 ; Équateur, CEDAW/C/EQU/CO/7 (2008), par. 24 25 ; Comité des droits de l'enfant, Observations finales sur le Paraguay, CRC/C/PRY/CO/3 (2010), par. 79-80 ; Mexique, CRC/C/MEX/CO/3 (2006), par. 72-73
- 36 Comité des droits de l'homme, Observations sur l'Irlande, A/55/40 (2000), par finales. 448-449.
- 37 Comité des droits de l'enfant, Observations finales sur le Mexique, CRC/C/MEX/CO/3 (2006), par. 72.
- 38 Observation générale 4 (2003) sur la santé des adolescents et le développement, par. 31 (a) - (c) ; Observation générale 15 (2013) sur le droit de l'enfant à la jouissance d'un meilleur état de santé physique et mentale possible, par. 56.
- 39 A/HRC/21/22.