

Objectif 5: Améliorer la santé maternelle



Cible 5.A: Réduire le taux de mortalité maternelle

Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

L'OMS estime que 15% des femmes enceintes développeront des complications obstétriques qui, si elles ne sont pas soignées, peuvent entraîner la mort ou une invalidité grave. On estime à 530 000 le nombre de mères qui meurent encore chaque année pendant la grossesse ou l'accouchement, tandis que 8 millions de femmes, par ailleurs, souffrent de complications sanitaires leur vie durant⁹⁹. La cible des OMD vise à réduire le taux de mortalité maternelle de trois quarts. L'Equipe du Projet sur la santé maternelle et infantile fait état de la lenteur des progrès accomplis dans ce domaine. Dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne, les femmes ont un risque de 1 sur 6 de mourir en couches, alors que le chiffre pour les pays développés est de 1 sur 8700¹⁰⁰.

Cette cible est, d'une manière générale, conforme au droit à des soins de santé appropriés. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a fait savoir que le fait de ne pas prendre les mesures voulues pour réduire les taux de mortalité maternelle pouvait constituer une violation des droits de l'homme¹⁰¹. Cette cible et le droit à la santé sont donc complémentaires. Une approche fondée sur les droits de l'homme fait peser sur les Etats des obligations juridiques les contraignant à atteindre chacune des cibles, dans le même temps que l'accent lourdement mis sur la mortalité maternelle dans les OMD met en lumière une problématique souvent ignorée de ceux qui travaillent dans le domaine des droits de l'homme.

Afin de mesurer la cible, un indicateur complémentaire de *processus* est utilisé, à savoir la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. Cela tient au fait que de nombreuses études révèlent que les données dont on dispose sur le taux de mortalité maternelle sont souvent trompeuses. En effet, le rapport intitulé *Millennium Development Goals Report 2006* ne comporte même pas de données sur cet indicateur. Or, la mortalité maternelle est d'habitude la plus élevée dans les pays où la collecte des données laisse à désirer. Ainsi, derrière un taux peu élevé peut se dissimuler un taux élevé de décès. Le rapport fait en tout cas état d'une forte augmentation du nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié dans certaines régions.

Il est toutefois permis de se demander si cet indicateur complémentaire est suffisant. Bien qu'il soit utilisé depuis 1990, date de référence pour les OMD, il y a eu des avancées considérables dans les façons de mesurer le caractère suffisant ou non des initiatives prises par un Etat. Disposer de davantage de personnel de santé qualifié, par exemple, peut se révéler inefficace si celui-ci est inégalement réparti (voir encadré 24).

Encadré 23. Le droit à des soins de santé appropriés

Le droit à des soins de santé appropriés pendant la grossesse et l'accouchement a été universellement accepté.

- La Déclaration universelle des droits de l'homme reconnaît le droit de toute personne à des soins médicaux et, notamment, que la maternité et l'enfance ont droit à «une aide et à une assistance spéciales» (art. 25).
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques enjoint aux Etats de protéger le droit à la vie, ce qui suppose des devoirs positifs dans les cas où des décès peuvent être évités.
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels affirme le droit à la santé et évoque en particulier le droit des mères à «une protection spéciale... pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants» (art. 10.2).
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes traite d'une manière approfondie du droit à la vie en rapport avec l'accouchement. Son article 12 établit l'interdiction générale d'opérer une discrimination à l'égard des femmes en ce qui concerne la prestation de services médicaux et énonce l'obligation juridique qui est faite aux Etats de «fourni[r] aux femmes pendant la grossesse ... des services appropriés...».

Les Etats en développement et les donateurs devraient donc avoir recours à des indicateurs supplémentaires tels que ceux qui figurent dans les Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux¹⁰². Ces indicateurs sont conformes à une approche des soins obstétriques d'urgence (SOU) généraux de base fondée sur les droits. Les six principaux portent sur la disponibilité des SOU, le caractère équitable ou non de leur répartition, la proportion de naissances qui en ont bénéficié, les besoins qu'ils ont satisfaits, le nombre de césariennes effectuées et les taux de mortalité.

Les politiques et programmes nécessaires pour résoudre les problèmes de santé maternelle ne font l'objet d'aucune contestation sur le plan empirique. Il va de soi que la plupart des complications obstétriques surviennent d'une manière inattendue au moment de l'accouchement chez des femmes qui ne présentent pas de facteurs de risque connus et qu'elles touchent environ 15% des femmes enceintes¹⁰³. L'Equipe du Projet et de nombreux autres experts et institutions des Nations Unies recommandent que l'on veille en priorité à ce que ces femmes *puissent avoir accès à des soins obstétriques d'urgence et en bénéficier*.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels voit dans la prestation de soins de santé maternels une obligation fondamentale qui peut à l'évidence englober les SOU¹⁰⁴, mais il faut entendre la «prestation de SOU» dans le cadre du droit à la santé. Elle doit être suffisamment *disponible, accessible, acceptable* et d'une *qualité* appropriée.



En termes de disponibilité et de qualité, elle devrait inclure tant les agents de santé locaux que les services de santé *primaires*, secondés par du personnel qualifié en obstétrique et des SOU de qualité¹⁰⁵. L'accès aux soins de santé sexuelle et procréative est également nécessaire (voir la nouvelle cible 5.B ci-après), compte tenu, notamment, du taux élevé d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions dans de nombreux pays.

Encadré 24. Le projet pour une maternité moins dangereuse du Népal

Une étude sur les SOU réalisée au Népal a révélé que les principaux usagers de ces services étaient les femmes de la caste des Brahmin/Chettri, qui occupe un rang social élevé: dans certains districts, elles y avaient quatre fois plus recours que l'ensemble des autres femmes réunies. Cette constatation a suscité le besoin de s'attaquer aux causes structurelles de telles inégalités, de sorte que les groupes des castes inférieures et les Janajatis (groupes ethniques) puissent utiliser les SOU dans les mêmes proportions que les femmes Brahmin/Chettri¹⁰⁶.

Dans les cas où ces services obstétriques d'urgence existent, une approche fondée sur les droits se traduit également par la suppression des obstacles à leur utilisation bien comprise. Les soins obstétriques doivent être abordables, ce qui constitue un élément clé de l'accessibilité en tant que partie intégrante du droit à la santé. Il convient donc de surveiller de près le recours à des mécanismes fondés sur le marché pour fournir de tels services. Les Etats doivent aussi résoudre le problème des coûts associés au transport et aux communications avec les services de santé.

Même s'il est important de fournir des informations de base sur l'*accessibilité* physique, il ne faudrait pas considérer les femmes comme un groupe homogène. Certaines femmes peuvent avoir peur d'aller à l'hôpital ou au dispensaire pour accoucher s'il y a eu des antécédents de stérilisation involontaire. Il peut aussi y avoir une forte culture de l'accouchement à domicile et l'on peut être amené à devoir prodiguer des SOU d'une façon respectueuse de la culture ou adaptée à des environnements différents. Il convient de décourager les politiques qui mesurent la quantité de personnel habilité à procéder à des accouchements en fonction du nombre d'accouchements effectués en établissement de soins, car cela peut engendrer des effets pervers comme, par exemple, les brimades imposées aux femmes qui accouchent à la maison.

L'obligation de non-discrimination signifie que des mesures immédiates doivent être prises pour assurer la répartition équitable des établissements et du personnel de soins obstétriques. Il faut éliminer toute discrimination systémique dans l'affectation des installations, toute discrimination institutionnelle (l'interdiction des rituels traditionnels d'accouchement autochtones) et toute discrimination individuelle fondée sur des motifs interdits.

Cela suppose, entre autres choses, de s'attaquer aux obstacles qui s'opposent au recours aux SOU pour des raisons fondées sur le sexe ou des motifs juridiques. Selon le Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, l'obligation de respecter le droit des femmes à la santé fait que:

... Les Etats parties ne devraient pas empêcher les femmes d'avoir accès à certains services de santé ou aux établissements de soins au motif qu'elles n'ont pas l'autorisation de leur mari, de leur partenaire, de leurs parents ou des autorités sanitaires, ou parce qu'elles ne sont pas mariées, ou tout simplement parce que ce sont des femmes. Les lois qui criminalisent certaines procédures médicales dont seules les femmes ont besoin et qui répriment les femmes sur lesquelles celles-ci sont pratiquées font aussi obstacle à l'accès des femmes à des soins de santé appropriés¹⁰⁷.

De même, l'obligation de protéger implique que l'Etat empêche des personnes ou des organismes privés de prendre de telles mesures, obligation particulièrement importante dans des secteurs de soins de santé fortement privatisés. Cela exige de promulguer des lois et des règlements relatifs au secteur de la santé et de veiller à leur application, d'organiser une formation qui tienne compte des sexospécificités et de mettre en place des procédures pour pouvoir entendre les plaintes.

Assurer la fourniture des soins et faire pièce aux obstacles qui empêchent les femmes de faire connaître leurs demandes en la matière nécessite l'instauration de mécanismes de responsabilisation puissants et constructifs. Le droit de bénéficier de SOU pourrait être consacré dans la législation nationale en tant que droit juridique. Une approche fondée sur les droits de l'homme exige également que le système de santé ait la structure d'un système social central permettant aux populations d'exercer leurs droits, et ne se contente pas d'être un système de prestation de services reposant sur le principe hiérarchique. Il faut des mécanismes pour assurer le suivi des résultats de l'augmentation des financements et des flux d'aide internationale dirigés vers ceux qui sont le moins à même de répondre à leurs propres besoins en matière de santé, que ce soit par manque d'instruction, en raison de leur isolement géographique, de la pauvreté ou encore d'autres facteurs du même type. Compte tenu du besoin de soins opérationnels, de grande qualité, adaptables à toutes les situations et offrant un accès équitable¹⁰⁸, il est essentiel d'en assurer constamment le suivi d'une manière indépendante.

Enfin, il va sans dire que le taux de décès maternels diminuera si les femmes qui souhaitent avoir moins d'enfants peuvent prendre librement cette décision. Le droit de déterminer librement le nombre de ses enfants et l'espacement des naissances a également été reconnu par les grandes conférences des Nations Unies sur la population et le développement qui se sont tenues à Téhéran en 1968 et au Caire en 1994 (voir également la cible 5.B).

Messages clés

- Offrir des soins obstétricaux d'urgence généraux de base.
- Veiller à ce que les infrastructures soient équitablement réparties, accessibles et abordables ou gratuites.
- Veiller à ce que les femmes aient des informations sur ces infrastructures et à ce que les obstacles culturels et juridiques soient supprimés.
- Mettre en place des systèmes de responsabilisation constructifs pour assurer le suivi des obligations de fournir des soins, de supprimer les obstacles et de réduire le taux de mortalité maternelle en vertu des droits de l'homme et les faire respecter.
- Faire en sorte que les femmes aient le droit de déterminer librement le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances.

Exemples d'indicateurs supplémentaires

- Structures offrant des SOU.
- Répartition des SOU dans une zone géographique donnée.
- Nombre de femmes ayant recours à ces structures.
- Proportion de femmes souffrant de complications obstétriques qui y ont recours.
- Disponibilité de services essentiels.
- Qualité adéquate des services.

Cible 5.B: Santé en matière de procréation

Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

A la suite de la révision du cadre de suivi des OMD en 2007, une nouvelle cible concernant l'accès aux produits de santé en matière de procréation a été ajoutée à l'objectif 5. Les indicateurs dont elle est assortie sont les suivants: 1) taux de prévalence contraceptive; 2) taux de fertilité adolescente; 3) pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénataux au moins une fois et pourcentage de celles en ayant reçu au moins quatre fois pendant leur grossesse; 4) besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Il y a lieu de se féliciter de l'ajout de cette cible puisqu'elle figurait dans d'autres déclarations internationales telles que la Déclaration et le Programme d'action de Beijing. De nombreux commentateurs ont critiqué les OMD en raison du silence qu'ils avaient auparavant gardé sur ce sujet. Dans de nombreux pays, l'absence de contrôle des femmes et des filles sur leur santé en matière de procréation a de graves répercussions. En Afrique, par exemple, le fait d'être jeune et femme est synonyme de risque beaucoup plus élevé de contracter le VIH/sida, notamment parce que les jeunes femmes ont moins de moyens de négocier, que ce soit pour refuser d'avoir des relations sexuelles ou pour insister sur l'utilisation du préservatif. Quinze millions de filles de 15 à 19 ans accouchent chaque année, et 5 millions de grossesses chez les adolescentes se terminent par un avortement. La grossesse est la principale cause de mortalité chez les filles de 15 à 19 ans.

Il convient d'interpréter cette cible dans le droit fil du Programme d'action du Caire élaboré lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994) et du Programme d'action de Beijing (1995). Par santé en matière de reproduction, on entend:

qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Cette définition a été approuvée par les organes des Nations Unies chargés des droits de l'homme. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que les hommes et les femmes ont la liberté «de décider s'ils veulent procréer et quand, le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale,

Encadré 25. La Constitution provisoire du Népal reconnaît les droits en matière de procréation

Le 16 décembre 2006, la Constitution provisoire du Népal a été approuvée par les principaux dirigeants politiques du pays. Cet instrument reconnaît le droit à la santé en matière de procréation et d'autres droits liés à la procréation comme étant des droits fondamentaux de la personne humaine. C'est la première fois qu'un gouvernement de la région reconnaît expressément dans sa constitution nationale les droits des femmes en matière de procréation comme des droits fondamentaux.

l'accès à la méthode de leur choix». Ce droit devrait par conséquent être reconnu par la constitution et les lois d'un pays.

En outre, l'Equipe du Projet avait auparavant relevé que l'objectif 5 devait inclure «l'accès à la contraception, ... des services pratiquant l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité ainsi que des informations et des services visant à prévenir et à traiter les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida». Ces éléments devraient être ajoutés comme indicateurs à chaque fois que cela est possible.

Une approche de la santé en matière de procréation fondée sur les droits de l'homme exige d'adopter un certain nombre de mesures clés qui soient conformes aux programmes d'action du Caire et de Beijing. Le Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a par exemple insisté sur le fait que:

- Le droit à la santé exige un accès rapide aux services liés à la planification familiale en particulier, et à la santé sexuelle et la santé en matière de reproduction en général.
- Il est discriminatoire pour un Etat de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction. Par exemple, si les professionnels de la santé n'acceptent pas de pratiquer de tels actes parce qu'ils vont à l'encontre de leurs convictions, des mesures doivent être prises pour faire en sorte que les femmes soient renvoyées à des professionnels de la santé n'ayant pas les mêmes objections.
- Les Etats parties devraient veiller à ce que les droits des adolescentes et des adolescents à une éducation en matière d'hygiène sexuelle et de santé de la procréation dispensée par du personnel convenablement formé, sous forme de programmes élaborés à cet effet et tenant compte de leurs droits à la vie privée et à la confidentialité, soient respectés.

Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toute personne de décider librement et d'une manière responsable du nombre de leurs enfants, de l'espacement et du moment de leur naissance, et de disposer des informations et des moyens nécessaires pour exercer ce droit.

Messages clés

- Reconnaître la santé en matière de procréation comme un droit fondamental de la personne humaine dans les lois, les politiques et les programmes.
- Donner effectivement accès aux services de planification familiale et à d'autres services de santé sexuelle et procréative.
- Veiller à ce que les adolescentes et les adolescents aient accès à une éducation en matière d'hygiène sexuelle et de santé de la procréation.
- Veiller à ce que les femmes aient le droit de déterminer librement le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances.

Exemples d'indicateurs supplémentaires

- Calendrier et portée de la politique nationale en matière de santé maternelle et de santé procréative.
- Proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent des moyens de contraception ou dont le partenaire utilise de tels moyens.