



# Assemblée générale

Distr. générale  
8 juillet 2011  
Français  
Original: anglais

---

## Conseil des droits de l'homme

### Dix-huitième session

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

### Rapport annuel du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du Secrétaire général

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,  
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,  
y compris le droit au développement**

## **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**

### **Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme**

#### *Résumé*

La présente étude, soumise en application de la résolution 15/17 du Conseil des droits de l'homme, contient un résumé analytique des bonnes pratiques et des pratiques efficaces concernant l'adoption d'une approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles évitables qui soit fondée sur les droits de l'homme. Elle indique les caractéristiques communes de ces pratiques, analyse en quoi celles-ci traduisent une approche fondée sur les droits de l'homme et met en avant certaines bonnes pratiques qui ont permis de réduire la mortalité et la morbidité maternelles de façon efficace.

## Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction.....	1	3
II. Approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles fondée sur les droits de l'homme .....	2–4	3
III. Caractéristiques communes des bonnes pratiques et des pratiques efficaces fondées sur les droits de l'homme en vue de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables .....	5–34	4
A. Améliorer la condition des femmes en éliminant les obstacles à l'adoption d'une approche efficace de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles fondée sur les droits de l'homme .....	6–16	5
B. Droits en matière de santé sexuelle et génésique.....	17–20	8
C. Amélioration des systèmes de santé en vue de renforcer l'accès aux soins prodigués par un personnel qualifié.....	21–24	9
D. Lutte contre l'avortement non médicalisé .....	25–30	10
E. Amélioration du suivi et de l'évaluation .....	31–34	11
IV. Exemples.....	35–74	12
A. Afrique.....	36–50	13
B. Asie.....	51–58	16
C. Europe orientale.....	59–62	18
D. Amérique latine .....	63–74	18
V. Conclusions.....	75	21

## I. Introduction

1. Dans sa résolution 15/17, le Conseil des droits de l'homme a demandé au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme d'élaborer une étude analytique sur les bonnes pratiques et les pratiques efficaces en ce qui concerne l'adoption d'une approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles fondée sur les droits de l'homme, qui: a) explique en quoi ces initiatives traduisent une approche fondée sur les droits de l'homme; b) présente les éléments des ces initiatives qui ont permis une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles grâce à une approche fondée sur les droits de l'homme; et c) décrit les moyens de renforcer encore une telle approche par des initiatives similaires. Aux fins du présent rapport, une note verbale a été adressée en janvier 2011 aux États, aux institutions spécialisées des Nations Unies, à la Banque mondiale, aux institutions nationales de défense des droits de l'homme, à tous les titulaires de mandat au titre des procédures spéciales de l'ONU, au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et à des organisations de la société civile. Des contributions<sup>1</sup> écrites ont été reçues de 54 États<sup>2</sup>, de 3 institutions spécialisées des Nations Unies (le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS)), de 5 institutions nationales de défense des droits de l'homme<sup>3</sup>, du Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, et de 14 organisations de la société civile<sup>4</sup>.

## II. Approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles fondée sur les droits de l'homme

2. Dans sa résolution 11/8, le Conseil des droits de l'homme a prié les États d'intégrer une perspective des droits de l'homme dans leurs initiatives visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Une demande similaire a été formulée au cours de la même année, dans la résolution 54/5 de la Commission de la condition de la femme sur le thème «Éliminer la mortalité et la morbidité maternelles grâce au renforcement du pouvoir d'action des femmes», dans le rapport du Secrétaire général intitulé «Tenir les engagements pris: bilan prospectif visant à promouvoir un programme d'action concerté afin de réaliser

<sup>1</sup> Tous les documents sont disponibles sur le site Web du Haut-Commissariat à l'adresse suivante: <http://www2.ohchr.org/english/issues/women>.

<sup>2</sup> Algérie, Allemagne, Arabie saoudite, Argentine, Australie, Bahreïn, Bélarus, Belgique, Brésil, Bulgarie, Burkina Faso, Canada, Chili, Chypre, Colombie, Costa Rica, Cuba, Égypte, El Salvador, Espagne, Estonie, Éthiopie, Fédération de Russie, Finlande, Guatemala, Hongrie, Indonésie, Iran (République islamique d'), Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Madagascar, Mexique, Myanmar, Nicaragua, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Pakistan, Pérou, Philippines, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République dominicaine, Sénégal, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Timor-Leste, Togo et Ukraine.

<sup>3</sup> Le Médiateur azerbaïdjanais, la Commission nationale des droits de l'homme du Nicaragua, la Commission nationale des droits de l'homme du Nigéria, la Commission néo-zélandaise des droits de l'homme et la Commission sud-africaine des droits de l'homme.

<sup>4</sup> Action Aid Sierra Leone and Marie Stopes Sierra Leone, Alliance internationale des femmes (AIF), Centre pour les droits reproductifs, Centre pour les droits économiques et sociaux, Comité du Bangladesh pour le progrès rural (BRAC), Enfants du Monde, Family Planning Association for Bangladesh, Fédération internationale pour le planning familial, IPAS Brésil, IPAS USA, Medical Collaboration Committee, National Association for Women Organizations in Uganda et Pathfinder International.

les objectifs du Millénaire pour le développement d'ici à 2015» (A/64/665) et dans la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants.

3. Le cadre essentiel en matière de droits de l'homme applicable à la mortalité et la morbidité maternelles évitables a été entièrement fixé par les organes conventionnels, ainsi que d'autres experts internationaux et organismes régionaux, et est résumé dans le rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme intitulé «Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme» (A/HRC/14/39). Les obligations des États découlent de sept principes spécifiques en matière de droits de l'homme: égalité et non-discrimination, participation, autonomisation, transparence, viabilité, coopération internationale et obligation de rendre compte. La mise en œuvre de ces principes est au cœur de l'approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles fondée sur les droits de l'homme et constitue un passage obligé pour atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour le développement portant sur la santé maternelle.

4. Les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et l'interprétation qui en est faite par les organes de défense des droits de l'homme indiquent clairement que bon nombre des obligations des États en ce qui concerne la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles ne sont pas à remplir de façon progressive mais prennent immédiatement effet<sup>5</sup>. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels prévoit également certaines obligations fondamentales; et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, dans son Observation générale n° 14, souligne que les États parties ne peuvent en aucun cas justifier un manquement aux obligations fondamentales, car celles-ci ne sont pas susceptibles de dérogation. Le Comité indique dans la même Observation que la prestation de services de santé maternelle est une obligation fondamentale: les États ont l'obligation immédiate de prendre des mesures volontaires, concrètes et ciblées afin de garantir le droit à la santé dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement. Dans sa recommandation générale, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes met l'accent sur le fait que les États sont tenus de garantir la prestation de services de santé maternelle et l'égalité d'accès aux services de soins de santé, faisant valoir que le fait de refuser d'assurer des services dont seules les femmes ont besoin est une forme de discrimination. En outre, le droit à la vie et d'autres droits civils et politiques, ainsi que le droit à la non-discrimination, ne peuvent pas être réalisés progressivement<sup>6</sup>.

### **III. Caractéristiques communes des bonnes pratiques et des pratiques efficaces fondées sur les droits de l'homme en vue de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables**

5. Le taux actuel reflétant le recul de la mortalité et de la morbidité maternelles à l'échelle mondiale est insuffisant pour atteindre l'OMD prévoyant la réduction des taux de mortalité maternelle de 75 % entre 1990 et 2015<sup>7</sup>. L'application de bonnes pratiques et de pratiques efficaces fondées sur les droits de l'homme pour lutter contre la mortalité et la morbidité maternelles peut être complexe et variable selon la situation locale. Toutefois,

<sup>5</sup> Recommandation générale n° 24 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (art. 12, par. 11).

<sup>6</sup> Voir l'Observation générale n° 6 (art. 6, par. 5) du Comité des droits de l'homme sur le droit à la vie; et l'Observation générale n° 20 (art. 2, par. 2) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels (par. 7).

<sup>7</sup> A/64/665, par. 30.

l'analyse de toutes les réponses à la note verbale du Haut-Commissariat indique que ces pratiques ont cinq caractéristiques communes:

- a) Des changements importants sur les plans social et juridique, visant à améliorer la condition des femmes par la promotion de l'égalité des sexes et la lutte contre les pratiques préjudiciables;
- b) Le renforcement de l'accès à la contraception et à la planification familiale afin de permettre aux femmes et aux adolescentes de faire des choix en matière de sexualité et de santé génésique, notamment en ce qui concerne l'espacement des naissances et la réduction des grossesses, ainsi que la prévention des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, ce renforcement étant facilité par une éducation en matière de sexualité et de santé sexuelle et génésique;
- c) L'amélioration des systèmes de santé et des soins de santé primaires en vue de renforcer l'accès et le recours à des services d'accouchement assistés par un personnel qualifié et à des soins obstétricaux d'urgence en cas de complications;
- d) La lutte contre l'avortement non médicalisé;
- e) L'amélioration du suivi et de l'évaluation des obligations des États en vue de garantir le respect de l'obligation de rendre compte par tous les acteurs et la mise en œuvre de politiques à cet effet.

#### **A. Améliorer la condition des femmes en éliminant les obstacles à l'adoption d'une approche efficace de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles fondée sur les droits de l'homme**

6. La mortalité et la morbidité maternelles résultent de l'inégalité entre les sexes, de la discrimination, de l'inégalité dans le domaine de la santé et du fait que les droits fondamentaux des femmes ne sont pas garantis. La lenteur des progrès accomplis en vue d'atteindre l'ODD 5 témoigne du peu d'intérêt accordé à la vie des femmes et des filles et de leur participation limitée à la définition des priorités publiques. L'inégalité et la discrimination dont les femmes sont victimes tout au long de leur vie sont perpétuées par des lois et des politiques officielles, ainsi que par des normes et des pratiques sociales préjudiciables. Les femmes, et en particulier les jeunes femmes, les femmes vivant dans la pauvreté ou les femmes victimes de marginalisation sociale, n'ont souvent pas accès aux soins de santé en raison de lois et de pratiques préjudiciables et discriminatoires qui les stigmatisent. Par conséquent, nombreuses sont les femmes et les adolescentes qui ne peuvent bénéficier de tout l'éventail des services et des informations en matière de santé sexuelle et génésique, auxquels elles ont droit<sup>8</sup>.

7. Les femmes et les filles pauvres et peu instruites, ainsi que celles qui vivent dans des zones rurales, ont nettement moins de chances de bénéficier de services de santé ou d'accoucher avec l'aide d'un personnel qualifié en raison des difficultés physiques d'accès, du coût prohibitif des centres de maternité, des restrictions dont l'avortement fait l'objet, du processus décisionnel patriarcal au sein des ménages et de la mauvaise qualité des soins offerts ou de l'irrespect témoigné aux femmes, notamment en raison de l'attitude négative du personnel soignant à l'égard des femmes enceintes séropositives.

<sup>8</sup> UNICEF, FNUAP, OMS, *Addressing the human rights dimension of preventing maternal mortality and morbidity: a joint report to the Human Rights Council*, document soumis par l'UNICEF, p. 1.

8. Le risque augmente encore pour les femmes victimes de formes multiples et croisées de discrimination, fondées par exemple sur l'âge, l'état civil, le handicap, la séropositivité, l'appartenance à une caste ou à une classe socioéconomique inférieure, la situation géographique (femmes vivant dans une zone rurale ou dans des taudis), l'appartenance ethnique, l'appartenance à une minorité, ainsi que le statut de migrante, de déplacée ou de réfugiée. L'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme requiert la mise en œuvre de mesures visant à déterminer et combattre les causes spécifiques de l'incapacité croissante des femmes à bénéficier en temps voulu d'interventions et de services de santé appropriés.

9. Une approche globale de la mortalité et de la morbidité maternelles fondée sur les droits de l'homme doit garantir la participation des femmes à la prise de décisions, à pied d'égalité avec les hommes, par une série d'interventions, notamment des mesures législatives et opérationnelles, ainsi que des mesures de politique générale. Il importe de prendre des engagements politiques, de créer un climat favorable et de favoriser les liens intersectoriels pour réduire la pauvreté, améliorer l'éducation des femmes et leur régime alimentaire, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, l'infrastructure et les transports, et pour rendre les femmes autonomes et lutter contre la violence sexiste et les pratiques néfastes.

## 1. Mariage précoce

10. Le mariage précoce expose les jeunes filles à un risque aggravé de mortalité et de morbidité maternelles. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), bien que les grossesses ne surviennent pas toutes dans le cadre du mariage, l'âge au mariage est étroitement lié à la première naissance, en raison des normes et des attentes culturelles, mais également du fait que la contraception est moins fréquemment utilisée pour retarder la première naissance que pour espacer les naissances suivantes<sup>9</sup>.

11. Les complications liées à la grossesse sont la principale cause de décès parmi les jeunes femmes, le risque étant deux fois plus élevé pour les filles enceintes que pour les femmes âgées d'une vingtaine d'années<sup>10</sup>. Les patientes souffrant de fistule obstétricale sont âgées de moins de 25 ans en moyenne, dont une forte proportion ne dépassant pas 13 ou 14 ans<sup>11</sup>.

12. Le mariage s'accompagne souvent du désir de fonder une famille. Le choix de la femme de se marier, à quel moment et avec qui, est un droit fondamental, garanti par un grand nombre d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Selon le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, appuyé par d'autres organes conventionnels<sup>12</sup>, l'âge légal pour le mariage devrait être fixé à 18 ans. Bien que la plupart des pays affirment que leurs législations nationales sont en accord avec les instruments internationaux, les coutumes et traditions sont, de fait, incompatibles avec les dispositions de ces instruments, et les lois fixant l'âge minimum pour le mariage ne sont pas appliquées.

<sup>9</sup> Journée mondiale de la santé, Maternité sans risque, 1998. Retarder les naissances. Disponible à l'adresse suivante: [www.who.int/docstore/world-health-day/fr/pages1998/whd98\\_04.html](http://www.who.int/docstore/world-health-day/fr/pages1998/whd98_04.html).

<sup>10</sup> Banque mondiale, «Maternal mortality at a glance: why address maternal mortality?», mai 2006. Disponible à l'adresse suivante: <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGMatMort06.pdf>.

<sup>11</sup> Documents soumis par le Comité de collaboration médicale.

<sup>12</sup> Voir la recommandation générale n° 21 (par. 36) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes; l'Observation générale n° 16 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels; l'Observation générale n° 28 (par. 23) du Comité des droits de l'homme; et l'Observation générale n° 4 (par. 9) du Comité des droits de l'enfant.

13. L'approche fondée sur les droits de l'homme, ciblant la corrélation qui existe entre une grossesse précoce et le risque qu'elle fait encourir, consiste notamment à promouvoir l'enseignement secondaire, à prévenir les mariages précoces en faisant respecter l'âge minimum pour le mariage fixé à 18 ans au moins, et à reculer l'âge de la première naissance par le retardement du début de l'activité sexuelle et le recours à des moyens de contraception efficaces.

## **2. Alimentation inadéquate**

14. Une alimentation inadéquate peut considérablement accroître les risques de mortalité et de morbidité maternelles<sup>13</sup>. Dans de nombreux pays, les femmes et les filles sont gravement touchées par le manque de nourriture, et du fait de l'usage, les femmes et les filles sont souvent les dernières à se nourrir au sein de la famille. La malnutrition freine la croissance pelvienne, causant ainsi une dystocie qui peut entraîner le décès de la mère ou l'apparition d'une fistule obstétricale. L'approche fondée sur les droits de l'homme fait obligation aux États de combattre la tradition interdisant aux femmes de s'alimenter avant que les hommes ne soient rassasiés<sup>14</sup>, et de respecter, protéger et garantir le droit des femmes et des filles au bien-être nutritionnel<sup>15</sup>.

## **3. Violence contre les femmes**

15. La violence contre les femmes et les filles constitue une barrière permanente à l'amélioration des résultats en matière de santé maternelle. La violence subie au cours de la grossesse accroît le risque de fausse couche, d'avortement, de mort ou d'insuffisance pondérale à la naissance<sup>16</sup>. L'approche fondée sur les droits de l'homme fait obligation aux États d'éradiquer cette forme de violence et d'assurer une formation permettant d'en reconnaître les signes en prodiguant des traitements et des conseils à l'aide de méthodes appropriées, et en faisant participer les communautés.

## **4. Mutilation génitale féminine**

16. La mutilation génitale féminine et l'excision constituent une forme de violence contre les femmes et une violation des droits des femmes et des filles. Les femmes et les filles ayant subi ce type de mutilation sont plus exposées aux infections, aux traumatismes psychologiques et psychosexuels, à la stérilité et aux complications obstétricales<sup>17</sup>, ce qui entraîne un besoin accru de soins obstétriques d'urgence. L'approche fondée sur les droits de l'homme, solidement confortée par les instruments et documents de consensus internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme plaide, pour l'éradication de cette pratique néfaste<sup>18</sup>.

<sup>13</sup> A/HRC/14/39, par. 18.

<sup>14</sup> Voir l'Observation générale n° 14 (par. 28) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels; et l'Observation générale n° 6 du Comité des droits de l'homme.

<sup>15</sup> Recommandation générale n° 24 (par. 7) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.

<sup>16</sup> Organisation mondiale de la santé (OMS), «Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals»; disponible à l'adresse suivante: [www.who.int/gender/documents/women\\_MDGs\\_report/en/index6.html](http://www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/index6.html).

<sup>17</sup> OMS, Estimating the obstetric cost of female genital mutilation in six African countries, Bulletin 88 de l'OMS: 281-288, cité dans les documents soumis par l'UNICEF (p. 1).

<sup>18</sup> OMS, «Eliminating female genital mutilation: an interagency statement», 2008, p. 8. Disponible à l'adresse suivante: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf).

## B. Droits en matière de santé sexuelle et génésique

17. La Conférence internationale sur la population et le développement a reconnu le caractère fondamental des droits en matière de procréation et a estimé que les informations et les services relatifs à la contraception étaient essentiels pour garantir la santé génésique et les droits en matière de procréation<sup>19</sup>. Ces droits découlent du droit à la vie, du droit de jouir du meilleur état de santé qu'une personne est capable d'atteindre<sup>20</sup>, du droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances<sup>21</sup>, du droit à la vie privée<sup>22</sup>, du droit à l'information<sup>23</sup> et du droit à l'égalité et à la non-discrimination<sup>24</sup>. L'accès à des informations et des services en matière de contraception qui soient disponibles, appropriés et de bonne qualité, sans coercition, discrimination ni violence est déterminant pour parvenir à l'égalité entre les sexes et garantir la participation des femmes en tant que membres à part entière de la société.

18. Pour parvenir à l'égalité entre les sexes et mettre fin aux pratiques discriminatoires, les États sont tenus de veiller à ce que leurs législations, politiques et pratiques répondent de manière adéquate aux besoins particuliers des femmes, notamment en veillant à leur donner accès aux informations et services en matière de santé sexuelle et génésique<sup>25</sup>.

19. Les gouvernements sont tenus de prendre des mesures concrètes visant à garantir l'accès à l'éventail complet des moyens contraceptifs en levant tout obstacle juridique, financier ou autre, y compris les obstacles à l'information<sup>26</sup>. La restriction de l'accès à certains moyens contraceptifs et les politiques coercitives en matière de planification familiale compromettent la capacité des femmes de prendre des décisions de façon autonome et en connaissance de cause, et de fixer le nombre et l'espacement des naissances, ainsi que le choix du moment pour une grossesse.

20. Nombreux sont les obstacles qui empêchent les jeunes, mariés ou non, d'avoir accès aux moyens de contraception et aux services en la matière, y compris pour la prévention du VIH: le refus d'admettre que les jeunes puissent avoir une vie sexuelle active, l'obligation

<sup>19</sup> A/CONF.171/13/Rev.1.

<sup>20</sup> Observation générale n° 6 (par. 5) du Comité des droits de l'homme.

<sup>21</sup> Voir la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (art. 16, al. 1 e)); la Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 23, al. 1 b)); et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo) (art. 14, par. 1).

<sup>22</sup> Voir la Recommandation générale n° 21 (par. 22) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes; l'Observation générale n° 28 (par. 20) du Comité des droits de l'homme; et le document A/CONF.177/20 (par. 96).

<sup>23</sup> Observation générale n° 4 (par. 28) du Comité des droits de l'enfant; A/65/162 (par. 19 et 24 à 37); et Observation générale n° 14 (note 27) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

<sup>24</sup> Recommandation générale n° 24 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes; Observation générale n° 28 du Comité des droits de l'homme; Observation générale n° 16 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels; *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-troisième session, Supplément n° 38* (A/53/38/Rev.1), par. 228 et 229; *ibid.*, cinquante-deuxième session (A/52/38/Rev.1), par. 140.

<sup>25</sup> Recommandation générale n° 24 (par. 27) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes; Observation générale n° 14 (par. 14) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

<sup>26</sup> Voir les *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquante-quatrième session, Supplément n° 38* (A/54/38/Rev.1), par. 186 et 207; *ibid.*, cinquante-septième session (A/57/38), par. 400; Recommandation générale n° 24 (par. 17) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes; et Recommandation générale n° 14 (par. 27) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.



d'obtenir le consentement des parents ou du conjoint, le coût et l'éloignement géographique des services ou encore le manque d'intimité et de confidentialité. Le Comité des droits de l'enfant, dans son Observation générale n° 4, a estimé que la réalisation du droit des adolescents à la santé était fonction de la mise en place de soins de santé tenant compte des préoccupations des jeunes et respectant la confidentialité et l'intimité, y compris des services appropriés de santé sexuelle et génésique.

### **C. Amélioration des systèmes de santé en vue de renforcer l'accès aux soins prodigués par un personnel qualifié**

21. Si de nombreux facteurs concourent à la mortalité et à l'invalidité maternelles, l'un des moyens de prévention les plus efficaces consiste à améliorer les systèmes de santé et les soins de santé primaires afin de garantir l'accès à un personnel qualifié à tous les niveaux et à des services de soins obstétricaux d'urgence accessibles en permanence. La plupart des cas de mortalité et d'invalidité maternelles auraient pu être évités si les femmes avaient été prises en charge par des professionnels de la santé qualifiés disposant du matériel et des médicaments nécessaires pour prévenir et gérer les complications.

22. De tout temps, le renforcement des services d'accouchement assistés par un personnel qualifié s'est fait au détriment d'autres interventions possibles. Or, selon l'approche fondée sur les droits de l'homme qui vise à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, la mise à disposition de services est insuffisante en elle-même. Ces services doivent également être accessibles à tous, de haute qualité, culturellement acceptables et adaptés aux besoins des femmes. Surmonter ces obstacles suppose d'adopter une approche fondée sur les droits de l'homme favorisant la mise en place d'un environnement qui mette les femmes en position de revendiquer ces droits. Les familles et les communautés doivent être en mesure de reconnaître la survenance de complications et d'agir en conséquence.

23. Un système de santé performant nécessite un matériel, des équipements et une infrastructure appropriés, ainsi qu'un système de communication, d'orientation et de transport efficient et efficace. Le renforcement de ces systèmes, bien que coûteux, profite non seulement aux femmes, mais à tous les citoyens, apportant ainsi la preuve des liens qui existent entre le développement, les droits de l'homme et la santé publique.

24. Selon le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, le droit à la santé implique que les pays développés ont le devoir d'aider les pays en développement, par l'assistance et la coopération internationales, à assurer le plein exercice de ce droit. Les pays développés doivent appuyer les efforts que déploient les pays en développement pour faire reculer la mortalité maternelle. Cette responsabilité est formulée dans le huitième objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à mettre en place un partenariat mondial pour le développement<sup>27</sup>, et est reprise dans la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. La responsabilisation commence donc par les obligations imposées aux États, mais il n'empêche que la communauté mondiale est également responsable de la mise en place d'une coopération et d'une assistance internationales dans le but de renforcer les systèmes de santé.

<sup>27</sup> A/61/338, par. 19.

## D. Lutte contre l'avortement non médicalisé

25. Dans le cadre de sa Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, le Secrétaire général a souligné que les avortements non médicalisés étaient responsables d'un décès maternel sur huit; dans une déclaration faite le 14 juin 2010, la Haut-Commissaire a indiqué qu'il incombait aux États de lutter contre l'avortement non médicalisé. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité constituent l'une des cinq causes principales de décès maternel<sup>28</sup>. On dénombre chaque année environ 47 000 décès et entre 5 et 8,5 millions de femmes souffrant d'incapacités ou de troubles temporaires ou permanents à la suite de complications<sup>29</sup>.

26. Partant du droit international en vigueur, plusieurs organes de défense des droits de l'homme ont appelé les gouvernements à revoir et à modifier les dispositions législatives restrictives en matière d'avortement<sup>30</sup>. Dans sa Recommandation générale n° 24 sur les femmes et la santé, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a souligné que les lois érigeant en infraction pénale certaines procédures médicales dont seules les femmes ont besoin et qui sanctionnent les femmes sur qui celles-ci sont pratiquées font obstacle à l'accès des femmes à des soins de santé appropriés, et a recommandé que les législations faisant de l'avortement une infraction pénale soient amendées de façon à supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent. De même, d'autres organes conventionnels ont affirmé que les restrictions concernant l'avortement dans les textes de loi et le fait de ne pas garantir la possibilité d'avorter alors que la loi l'autorise sont incompatibles avec le droit international des droits de l'homme et constituent une violation, notamment, des droits à la vie et à la santé, ainsi que du principe de non-discrimination, compte tenu du nonaccès des femmes à des soins sûrs et légaux pendant et après l'avortement, mais également en raison de l'incidence discriminatoire et disproportionnée de telles lois sur les femmes pauvres et les habitantes des régions rurales<sup>31</sup>. L'interdiction d'accès à l'avortement médicalisé et la répression de l'avortement sont également considérées, dans certaines circonstances, comme une violation du droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements cruels, inhumains ou dégradants<sup>32</sup>.

27. Selon l'OMS, le degré de légalisation de l'avortement détermine en partie la fréquence des avortements non médicalisés et la mortalité s'y rattachant, et il est avéré que les femmes qui veulent avorter le font quoi que dise la loi. Lorsque l'accès à l'avortement médicalisé ne rencontre que peu d'obstacles, le nombre de décès et de séquelles liés à l'avortement baisse considérablement.

28. Selon le Rapporteur spécial sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, l'interdiction absolue de l'avortement offre un exemple d'intervention de l'État pouvant être source de violence contre les femmes et se répercuter directement sur la mortalité et la morbidité maternelles, ainsi que sur le taux de suicides des adolescentes. Comme souvent, les femmes et les filles contraintes de mener à terme une grossesse non désirée sont en outre en butte à l'opprobre de la famille et de la société. En cas de grossesse résultant d'un viol ou d'un inceste, elles ont souvent recours à l'avortement clandestin non médicalisé, ce qui a parfois des conséquences fatales. Dans certains cas, des femmes ayant

<sup>28</sup> OMS, «Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008», 6<sup>e</sup> éd., p. 1 à 5. Disponible à l'adresse suivante: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf).

<sup>29</sup> Ibid., p. 14.

<sup>30</sup> Voir les documents: E/C.12/1/Add.66, E/C.12/PRY/CO/3 et CRC/C/15/Add.107.

<sup>31</sup> Voir le document CCPR/CO/70/ARG.

<sup>32</sup> Voir les documents CCPR/C/79/Add.72, par. 15; CCPR/CO/70/PER, par. 20; et CCPR/CO/82/MAR, par. 29. Voir également les documents CCPR/CO/79/LKA, par. 12 et CAT/C/CR/32/5, par. 6 j).

eu une fausse couche ou subi des complications à l'accouchement entraînant la mort de l'enfant ont été aussitôt accusées d'homicide et poursuivies au pénal<sup>33</sup>.

29. Lorsqu'il est pratiqué par des professionnels qualifiés et dans un environnement sûr, l'avortement présente peu de risques pour la vie et la santé de la mère. Il incombe à l'État de veiller à ce que les adolescentes et les femmes ne soient pas contraintes de recourir à l'avortement non médicalisé<sup>34</sup>. Le fait de garantir l'accès aux moyens de contraception, à l'avortement médicalisé et à des soins après avortement doit conduire les femmes à se détourner des pratiques à risque. En particulier, l'accès aux moyens et services de contraception, ainsi que la diffusion d'informations complètes et s'appuyant sur des faits avérés, sont essentiels pour prévenir les grossesses non désirées, mais ne remettent pas pour autant en question la nécessité d'assurer des services d'avortement médicalisé. Chaque année, on estime à 33 millions le nombre de grossesses non désirées dues à des méthodes de contraception défaillantes. Les femmes victimes de tels incidents, par exemple, devraient avoir accès à des services médicalisés. D'après l'OMS, les avortements à risque sont appelés à augmenter, à moins que le nécessaire ne soit fait pour assurer et renforcer l'accès des femmes à l'avortement médicalisé et à la contraception<sup>35</sup>. Outre la légalisation de l'avortement, des services de soins après avortement doivent être assurés dans le respect de la dignité humaine, y compris des conseils sur l'utilisation des méthodes contraceptives permettant d'éviter les grossesses non désirées.

30. Une approche fondée sur les droits de l'homme suppose de la part des États qu'ils fassent le nécessaire pour lever les obstacles à la mise en place de services d'avortement – obstacles par la faute desquels les femmes recourent à l'avortement non médicalisé – notamment en éliminant l'attente inacceptable qui précède la prise en charge, et qu'ils abrogent les lois exigeant du personnel médical qu'il signale les femmes ayant recours à l'avortement, de même que l'obligation qui leur est faite d'obtenir pour ce faire le consentement d'une tierce personne même lorsque leur vie est en danger. Les États sont tenus d'organiser les services de santé de telle sorte que l'exercice du droit à l'objection de conscience par les professionnels de la santé n'empêche pas les femmes d'avoir accès à des services de soins.

## E. Amélioration du suivi et de l'évaluation

31. L'obligation de rendre compte est indispensable à l'exercice de tous les droits de l'homme, et présente deux composantes principales: a) prendre en compte les griefs qui ont pu être exprimés par le passé; et b) corriger les défaillances systémiques en vue de prévenir toute violation future. L'obligation de rendre compte permet de déterminer ce qui fonctionne (afin de le répéter) et ce qui ne fonctionne pas (afin de procéder aux ajustements nécessaires)<sup>36</sup>. L'absence de mécanismes de contrôle du respect de cette obligation en ce qui concerne la mortalité maternelle et les cas d'invalidité dus aux défaillances du système de santé, aux inégalités socioéconomiques et à des pratiques sociales discriminatoires constitue un obstacle majeur à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.

<sup>33</sup> A/HRC/17/26/Add.2, par. 65 à 68.

<sup>34</sup> Notamment en leur garantissant l'accès à la planification de la famille, aux soins prénatals et postnatals, à un accouchement assisté par un personnel qualifié et à des soins obstétriques d'urgence. Voir l'Observation générale n° 14 (par. 14) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels; la Recommandation générale n° 24 (par. 27) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes; et l'article 14 (al. 2) du Protocole de Maputo. Voir également le paragraphe 25 du document A/HRC/14/39.

<sup>35</sup> OMS, «Unsafe abortion» (voir la note 28), p. 1.

<sup>36</sup> A/HRC/4/28, par. 46.

32. Lorsque les États appliquent une stratégie nationale et un plan d'action en matière de santé publique, ils doivent également mettre au point des indicateurs appropriés afin d'évaluer les progrès accomplis et de souligner les domaines dans lesquels des ajustements sont nécessaires<sup>37</sup>. Grâce aux mécanismes de contrôle, les États sont en mesure de comprendre les problèmes et les carences qui font obstacle à l'exercice des droits, et d'établir un cadre dans lequel ils pourront mettre au point des politiques plus efficaces<sup>38</sup>. Les États doivent mettre en place, à l'échelle nationale, des mécanismes de responsabilisation accessibles, efficaces, indépendants et transparents, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, en s'efforçant constamment d'améliorer les programmes et politiques existants pour qu'en cas de violation liée à la grossesse, la victime obtienne réparation et indemnisation.

33. Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a vivement recommandé à tous les États de mettre en place, de toute urgence, un système d'enregistrement global efficace, ainsi qu'un système de surveillance de la mortalité maternelle, afin de déterminer la cause des décès. Cette surveillance, à caractère non juridictionnel, devrait dépasser le cadre des explications médicales pour déterminer les causes sociales, économiques et culturelles ayant mené au décès ou y ayant contribué<sup>39</sup>.

34. L'obligation de rendre compte est la pierre angulaire de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, qui appelle toutes les parties prenantes à marquer leur appui à un meilleur suivi et une évaluation plus attentive de l'obligation faite à tous les acteurs de rendre compte des résultats. La Commission créée pour superviser la mise en œuvre de la Stratégie propose un «cadre de suivi, d'examen et d'intervention» pour garantir l'obligation de rendre compte<sup>40</sup>. Afin de s'acquitter des engagements en matière de droits de l'homme pris lors de la Réunion plénière de haut niveau sur les OMD<sup>41</sup>, les États doivent veiller à ce que leurs mécanismes nationaux de contrôle de l'obligation de rendre compte s'accordent avec leurs obligations découlant des instruments relatifs aux droits de l'homme. Les mécanismes de défense des droits de l'homme, comme l'Examen périodique universel, les organes conventionnels et les mécanismes régionaux, sont essentiels à l'établissement d'un cadre de responsabilisation exhaustif.

## IV. Exemples

35. Les meilleurs exemples sont ceux qui illustrent à la fois les efforts soutenus de lutte contre les causes profondes de la mortalité et la morbidité maternelles, et ceux que déploient les gouvernements dans le sens d'un renforcement de leur engagement à offrir un meilleur accès à des soins de santé de qualité et à promouvoir l'autonomisation des femmes. Les exemples ci-après illustrent des résultats attestés en termes de réduction de la mortalité et la morbidité maternelles par la mise en œuvre, à divers degrés et de différentes manières, de certains principes fondés sur les droits de l'homme, tels que l'égalité et la non-discrimination, la participation, la transparence, l'autonomisation, la viabilité, la responsabilisation et la coopération internationale. Ces exemples ne rendent pas compte de la situation globale des droits de l'homme dans chaque État, notamment en ce qui concerne les femmes et les filles, ne représentent pas une évaluation détaillée de la place accordée aux droits de l'homme dans les programmes de lutte contre la mortalité maternelle, ni ne

<sup>37</sup> Ibid., par. 28 e).

<sup>38</sup> Observation générale n° 1 (par. 8) du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

<sup>39</sup> A/HRC/7/11/Add.4, par. 16.

<sup>40</sup> Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, *Tenir les promesses, mesurer les résultats: Rapport final*, 2011.

<sup>41</sup> Voir la résolution 65/1 de l'Assemblée générale.

visent à déterminer si tous les aspects de ces programmes s'accordent avec une approche axée sur les droits de l'homme. Comme cela a été montré plus haut, des normes sont effectivement définies par les organes internationaux de défense des droits de l'homme, et tous les États peuvent intensifier leurs efforts dans le but d'appliquer ces normes et d'adopter une approche intégrée de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles évitables fondée sur les droits de l'homme. Les exemples ci-après traduisent la mise en œuvre de certains principes étayant une approche de ce type, mais ne représentent pas pour autant une approche globale et approfondie de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles. Le fait qu'il n'existe que peu d'exemples de l'application des principes de viabilité et de transparence en relation avec les droits de l'homme montre qu'il reste encore beaucoup à faire. Les exemples de mécanismes cités, bien qu'excellents, montrent qu'il faut continuer d'intégrer dans les stratégies, au prix d'efforts constants et systématiques, d'autres principes relatifs aux droits de l'homme, afin qu'elles puissent être considérées comme s'accordant avec une approche fondée sur les droits de l'homme.

## **A. Afrique**

### **1. Efforts axés sur l'abandon des mutilations génitales féminines et de l'excision**

36. Dans toute l'Afrique, l'UNICEF et le FNUAP ont œuvré en collaboration avec les gouvernements et des partenaires pour combattre les mutilations génitales féminines et l'excision, adoptant pour ce faire une approche qui, au lieu de mettre l'accent sur le comportement individuel, privilégie le dialogue et le débat sur la question et sur les principes des droits de l'homme. C'est ainsi qu'au Soudan, par exemple, la campagne Saleema associe et mobilise les communautés, les chefs religieux et les familles, en faisant appel aux médias pour diffuser le message le plus largement possible. Cette approche fondée sur les droits de l'homme s'est traduite par un recul significatif des mutilations génitales et de l'excision dans un grand nombre de pays, dont le Burkina Faso, Djibouti, l'Égypte, l'Érythrée, la Gambie, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Kenya, l'Ouganda et le Sénégal.

37. Cette approche reconnaît que les mères ne font pas subir une excision à leurs filles dans le but de leur nuire, mais pour augmenter leurs chances de se marier et sauvegarder l'honneur de la famille. Elle reconnaît également que cette pratique persiste en raison d'une norme sociale selon laquelle le comportement des individus est influencé par celui des autres, et encourage les communautés à décider d'elles-mêmes d'y mettre fin. Des questions fondamentales sont soulevées, notamment l'inégalité entre les sexes, ce qui aboutit à d'autres résultats positifs pour la condition des femmes. Des initiatives similaires permettraient de mieux traduire dans les faits l'approche fondée sur les droits de l'homme, si l'effort était fait d'appréhender les dynamiques sociales qui sous-tendent les pratiques néfastes et de donner les moyens aux populations de s'en défaire, plutôt que de juger négativement les individus et les communautés qui maintiennent de telles pratiques.

### **2. Programmes encourageant les hommes à se poser en partenaires dans le cadre de relations sexuelles saines**

38. La Fédération internationale pour la planification familiale met en œuvre des programmes dont l'objet est d'inciter les jeunes hommes à promouvoir l'égalité des sexes en leur faisant prendre conscience du fait qu'ils peuvent contribuer à des pratiques sexuelles plus sûres et aider leur partenaire à vivre une grossesse saine et accoucher dans de bonnes conditions. Ces programmes ont une influence considérable sur les résultats en termes de santé maternelle: les jeunes femmes qui ont la possibilité de négocier l'utilisation de préservatifs avec leur partenaire peuvent mieux se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH. Les hommes qui participent à

ces efforts apportent souvent un meilleur soutien à leur partenaire pendant la grossesse et l'accouchement et sont moins susceptibles de se montrer violents à l'encontre des femmes enceintes.

### 3. Études sur les décès maternels

39. Depuis 2003, le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS ainsi que d'autres partenaires de développement appuient les ministères africains de la santé dans leurs efforts pour institutionnaliser les études sur les décès maternels. Cinq méthodes sont appliquées: l'autopsie verbale, les études effectuées dans les établissements de soins, l'étude de cas de morbidité liée aux «échappées belles», les enquêtes confidentielles sur les décès maternels et les audits cliniques fondés sur des critères<sup>42</sup>.

40. En général, l'élaboration de politiques et de directives nationales relatives aux études sur les décès maternels a considérablement progressé, en particulier dans les pays suivants: Comores, Lesotho, Malawi, Namibie, Ouganda et Rwanda. En 2010, le pourcentage des pays africains disant étudier et analyser les décès maternels était de 65 %<sup>43</sup>.

41. Des initiatives similaires visant à institutionnaliser les études sur les décès maternels permettraient de mieux traduire dans les faits l'approche fondée sur les droits de l'homme en associant les communautés à la planification, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des études de façon à ce qu'elles en soient informées et à ce qu'elles s'en approprient la conception, en élargissant le champ d'action du projet pilote à l'échelle des districts puis à l'échelle nationale, en veillant à la diffusion des directives et au soutien du programme aux niveaux des provinces et des districts, et en créant à l'échelon national un groupe actif devant veiller à l'engagement de la société civile et au renforcement des capacités. La création d'une ligne budgétaire spéciale pour ces études au sein du secteur de la santé permettrait d'éviter qu'elles ne soient noyées au milieu d'autres priorités.

42. Pour être en position d'atteindre les quatrième et cinquième objectifs du Millénaire pour le développement, l'Égypte a intégré des programmes de santé infantile et de planification de la famille, rehaussé le niveau des équipements de façon à mieux soutenir les programmes pour une maternité sûre, associé les programmes de réhydratation orale à l'élargissement des réseaux d'adduction d'eau et d'assainissement et formé des professionnels de la santé en parallèle avec la mise en œuvre de programmes de sensibilisation des communautés.

43. La Commission nationale des droits de l'homme du Kenya montre que les organes quasi judiciaires peuvent contribuer à responsabiliser un gouvernement en ce qui concerne la santé maternelle. La Commission a engagé une enquête publique sur les soins en matière de santé génésique, en créant un lieu d'échanges sur les services de santé génésique afin de déterminer les causes profondes de la mauvaise qualité et de l'insuffisance des services, définir les causes du taux élevé de mortalité maternelle et trouver des solutions concrètes à ce problème, donner aux victimes l'occasion d'exprimer leur point de vue, sensibiliser le grand public, promouvoir le débat public et formuler des recommandations<sup>44</sup>.

44. Le Gouvernement malawien et ses partenaires ont un mécanisme de financement fondé sur une approche globale par secteur, dans le cadre duquel une planification annuelle est effectuée avec toutes les parties prenantes afin d'éviter les doubles emplois et de réduire

<sup>42</sup> OMS, *Au-delà des nombres*, Genève, 2004.

<sup>43</sup> Documents soumis par le FNUAP.

<sup>44</sup> Fédération kényane des femmes juristes et Centre pour les droits reproductifs, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007) (documents soumis par le Centre pour les droits reproductifs).

le risque de dépendre d'un seul donateur, ce qui a permis de réduire le taux de mortalité maternelle de 44 % entre 1990 et 2008.

45. Les assistants chargés de la surveillance de la santé au sein des communautés, recrutés et formés par le Ministère de la santé, sensibilisent les communautés, enregistrent les grossesses, procèdent à des audits sur la santé maternelle et à des autopsies verbales, et traitent les problèmes liés à la santé sexuelle et génésique des jeunes. Les interventions au sein des communautés sont axées sur le suivi des décès maternels et la promotion de la participation communautaire, et se traduisent par la création de comités de contrôle et l'incitation des autorités locales à s'engager dans ce domaine (en réunissant les chefs des communautés et en organisant des représentations théâtrales populaires).

46. Le renforcement de la responsabilisation a été un élément déterminant au Rwanda. En 2008, le Gouvernement, avec le soutien du FNUAP, a adopté une stratégie fondée notamment sur les études des décès maternels, réalisées à l'aide d'enquêtes sur les décès effectuées dans les établissements de soins, d'enquêtes confidentielles sur les décès maternels et d'autopsies verbales. Les délégations de chefs des communautés locales mènent des enquêtes, dont le suivi est ensuite assuré par le Gouvernement. La santé génésique, y compris la planification familiale, a été élevée au rang de priorité, et les ministères sont tenus d'adopter des plans d'action adaptés aux besoins des femmes, de même que des budgets établis dans le même souci. Le système de santé a été renforcé grâce à l'adoption de programmes innovants ayant pour objet de former et de garder les nouveaux professionnels de la santé, et à l'assistance internationale. L'appui offert conjointement par l'UNICEF, le FNUAP et l'OMS a renforcé la mobilisation de ressources au niveau local, amélioré les services en matière de planification familiale au niveau des communautés, fourni des ambulances et expérimenté la mise en œuvre d'un service rapide de messages écrits. Au final, les professionnels de la santé d'un district ont été équipés de téléphones, ce qui les rend joignables rapidement<sup>45</sup>.

47. Au Sierra Leone, le régime de santé gratuit, principalement financé par le Ministère britannique du développement international, tend à renforcer l'accès aux soins de santé pour 230 000 femmes enceintes en supprimant les frais payés par les patientes et en améliorant progressivement la qualité des services offerts<sup>46</sup>. Dans certaines cliniques, les femmes enceintes bénéficient d'une aide alimentaire qui leur est offerte par le Programme alimentaire mondial (PAM), et le Ministère de la santé a installé dans chaque district des nutritionnistes chargés de donner des conseils aux femmes enceintes et aux mères qui allaitent.

48. L'UNICEF et la Liverpool School of Tropical Medicine mettent en œuvre, à l'intention du personnel de la santé, un programme de formation innovant axé sur les compétences dans le cadre duquel des mannequins sont utilisés pour former les professionnels de la santé en seulement quatre jours (contre dix jours habituellement). Cette méthode est idéale pour les pays où il est urgent de remédier à la pénurie de compétences parmi les professionnels de la santé et au sein desquels soit le nombre de cas ne serait pas suffisant, soit les ressources humaines manqueraient pour justifier une formation axée sur les compétences.

49. Action Aid et Marie Stopes mettent en œuvre un programme destiné à concrétiser une approche fondée sur les droits de l'homme et qui est centré sur les femmes des zones rurales, le but recherché étant de leur donner les moyens d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique, de former les sages-femmes traditionnelles comme

<sup>45</sup> Documents soumis par le FNUAP.

<sup>46</sup> Voir l'adresse suivante: <http://projects.dfid.gov.uk/project.aspx?Project=201853>.

assistantes communautaires dans le domaine de la santé et d'épauler les cliniques mobiles de proximité, d'utiliser les médias pour mieux faire connaître le régime de santé gratuit du Gouvernement, et de créer des forums de femmes au sein des communautés locales pour assurer le suivi de l'accès aux services de santé et des cas de violence contre les femmes.

50. Dans les régions occidentales reculées de la République-Unie de Tanzanie, Pathfinder International et la Women's Refugee Commission ont œuvré pour réduire les décès maternels dus à des hémorragies postpartum au sein des populations déplacées et réfugiées. Un modèle innovant a été créé pour aider les parties prenantes, à l'échelle tant du pays que des établissements et des communautés, à agir au niveau des causes profondes du problème. Ce modèle associe participation de la communauté, interventions cliniques et mesures de sensibilisation prises par le Gouvernement. Pathfinder International lance également de nouvelles technologies permettant de sauver des vies, telles que l'équipement antichoc non pneumatique qui permet de maintenir les femmes enceintes dans une position confortable lorsqu'elles doivent prendre un moyen de transport sur de longues distances, moyennant quoi les services essentiels sont désormais accessibles aux femmes vivant dans des zones pauvres, rurales et mal desservies.

## B. Asie

51. Au Bangladesh, la question de la condition des femmes comme celle de la mortalité et de la morbidité maternelles ont été traitées à l'échelle nationale comme relevant des droits de l'homme et déclarées prioritaires en 1990<sup>47</sup>; depuis, le rôle de l'époux, de la famille et de la communauté a été reconnu comme essentiel à l'amélioration de la santé maternelle et, à partir de là, des stratégies visant à renforcer l'engagement communautaire ont été élaborées<sup>48</sup>. L'initiative de soutien aux communautés contribue à la mobilisation et à l'autonomisation, par le biais de l'éducation des femmes et de leurs familles. Divers moyens ont été recensés pour réduire le temps d'attente imposé pour avoir accès aux services de soins obstétricaux d'urgence. Les contrôles médicaux prénatals, les accouchements assistés par des professionnels qualifiés et la réorientation en cas de complications sont maintenant plus fréquents.

52. Au Tamil Nadu, dans le sud de l'Inde, des progrès considérables ont été accomplis en vue d'atteindre le cinquième objectif du Millénaire pour le développement, avec l'amélioration du taux d'alphabétisation, la baisse du nombre de mariages précoces et de grossesses précoces ou rapprochées, et la sensibilisation accrue de la population à la planification familiale et à l'alimentation saine. Ces progrès sont également dus à des réformes sociales et à un engagement politique visant à améliorer la santé des mères et des nouveau-nés et à mettre au point des politiques de santé axées sur les besoins des femmes<sup>49</sup>.

53. La baisse de la mortalité maternelle a été acquise au prix d'une stratégie en trois axes: a) prévention et interruption des grossesses non désirées; b) accès à des soins prénatals de qualité et à des services d'accouchement médicalisé, ainsi qu'aux soins obstétricaux courants et aux premiers secours obstétricaux d'urgence au niveau des soins primaires; et c) accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité au sein des unités de santé de base<sup>50</sup>.

<sup>47</sup> Documents soumis par l'UNICEF.

<sup>48</sup> Ibid.

<sup>49</sup> OMS, *Safer Pregnancy in Tamil Nadu: from vision to reality*, New Delhi, Office régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, 2009; Bureau central de l'état civil (Inde). Rapport spécial sur la mortalité maternelle en Inde 2004-2006: système d'enregistrement par échantillons.

<sup>50</sup> Documents soumis par l'OMS.



54. La qualité des services a été prise en compte au travers d'initiatives visant à créer un environnement plus accueillant, notamment par la visite des établissements, un programme d'accompagnement des naissances pour encourager les femmes à se faire aider pendant la phase de travail et l'accouchement, et la célébration de cérémonies *valaikappus* dans les centres de soins de santé primaires afin d'intégrer les traditions et la culture dans les services offerts. Les chefs des communautés et des villages ont été réunis pour participer à la planification et la mise en œuvre de programmes de santé. Enfin, le théâtre de rue a été utilisé pour aborder les questions de la dot, du mariage précoce, de la violence contre les femmes, de la mortalité et de la morbidité maternelles, et de l'égalité des sexes dans la prise de décisions.

55. La responsabilisation est également une stratégie importante en Inde. Devant les tribunaux nationaux, des avocats ont obtenu gain de cause en invoquant le droit constitutionnel et le droit des droits de l'homme pour faire valoir que l'État ne remplissait pas ses obligations, qui sont de prévenir la mortalité et la morbidité maternelles<sup>51</sup>. Par exemple, dans la décision de 2010 concernant l'affaire *Laxmi Mandal v. Deen Dayal Hari Nager Hospital & Ors*, la Haute Cour de Delhi a reconnu que le droit aux soins de santé maternelle était inscrit dans la Constitution et a ordonné réparation pour violations des droits fondamentaux de deux femmes pauvres décédées en couches. La Haute Cour a reconnu que l'État avait failli dans la mise en œuvre de divers programmes de réduction de la mortalité maternelle et infantile et lui a fait obligation de remédier aux carences des programmes de santé publique et d'en améliorer le suivi.

56. L'affaire *Snehelata «Salenta» Singh v. The State of Uttar Pradesh & Ors* est la première affaire d'intérêt public portant sur la morbidité liée à la grossesse dont une haute cour a été saisie. Salenta Singh a contracté une maladie invalidante après avoir accouché dans un hôpital public d'Uttar Pradesh, où elle a été laissée seule pendant la phase de travail. Les soins de piètre qualité qui lui ont été prodigués ont entraîné l'apparition d'une fistule obstétricale. Sa situation s'est dégradée du fait que son état n'a été ni diagnostiqué ni traité pendant des mois. L'accusation fait valoir que les maladies et autres atteintes à la santé liées à la grossesse qui résultent d'une négligence médicale constituent une violation du droit des femmes à une vie digne et à la santé, droits reconnus à la fois par la Constitution et par les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme que l'Inde a ratifiés<sup>52</sup>. Ces deux cas sont des exemples de recours juridiques contribuant à la responsabilisation face à toute violation des droits de l'homme en rapport avec la mortalité et la morbidité maternelles.

57. Malgré les nombreux efforts déployés, le taux de mortalité maternelle en République démocratique populaire lao demeure élevé<sup>53</sup>, et les taux de mortalité infantile et maternelle au sein des minorités ethniques sont supérieurs aux moyennes nationales. En 2007, le FNUAP a appuyé une étude qualitative fondée sur la recherche et l'évaluation ethnographique participative, méthode particulièrement adaptée pour recueillir des données sur les personnes analphabètes et difficiles à atteindre. L'étude a porté sur la santé génésique dans les communautés ethniques vulnérables et a fourni des données qualitatives détaillées sur les facteurs de risque liés à la santé maternelle et les obstacles entravant l'accès aux services. Sur la base de cette étude, entre autres initiatives, il incombe aux représentants des communautés de fournir des informations en retour aux prestataires de services et d'aider à régler les malentendus linguistiques et culturels.

<sup>51</sup> Le Centre pour les droits reproductifs a élaboré, en partenariat avec l'ONG indienne Human Rights Law Network, une stratégie procédurale sur la mortalité et la morbidité maternelles en Inde.

<sup>52</sup> Voir [http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Salenta\\_v\\_UP.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Salenta_v_UP.pdf).

<sup>53</sup> 405 pour 100 000 naissances vivantes en 2005 (documents soumis par le FNUAP).

58. L'Association vietnamienne de planification familiale (VINAFPA) mène un projet de sensibilisation dans plus de 100 établissements d'enseignement secondaire, en offrant à tous les élèves qui le souhaitent des services adaptés aux besoins des jeunes. L'association donne des informations et des conseils sur le sexe et la santé sexuelle et génésique, distribue des moyens contraceptifs, offre des services de dépistage des maladies sexuellement transmissibles et oriente les intéressés vers les structures compétentes en cas de besoin. Elle forme également les jeunes à sensibiliser d'autres jeunes. En leur ouvrant l'accès aux services et en les formant à jouer le rôle de pairs éducateurs, l'association autonomise les jeunes et améliore leurs connaissances en la matière. L'association a partagé son expérience avec d'autres organisations partenaires et a ainsi contribué au perfectionnement de leurs services destinés aux jeunes et de leurs initiatives de sensibilisation.

## C. Europe orientale

59. En Arménie, l'éducation en matière de santé sexuelle et génésique est intégrée dans le programme scolaire des classes de huitième et de neuvième dans le cadre d'une politique de vie saine. Depuis 2010, ce cours a également été intégré au programme des classes de dixième et de onzième, avec l'appui du FNUAP. Depuis 2005, aucun décès maternel résultant d'un avortement non médicalisé n'a été recensé.

60. Le FNUAP a soutenu la création d'équipes itinérantes de gynécologues et de spécialistes en soins obstétricaux d'urgence pour atteindre les zones éloignées et défavorisées<sup>54</sup>, sachant que la pauvreté et l'éloignement géographique sont les premiers obstacles empêchant l'accès aux soins médicaux, et que les difficultés que rencontrent de nombreuses femmes tiennent au coût et à la disponibilité des transports.

61. En République de Moldova, le programme «Au-delà des nombres» a mis l'accent sur les études de cas d'échappées belles dans les établissements de recours et sur les enquêtes confidentielles concernant les décès maternels à l'échelle nationale. Outre les enquêtes en cours sur les décès maternels, cela a permis de déterminer les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles, notamment les facteurs socioéconomiques tels que le nomadisme ou le fait de vivre dans un milieu rural.

62. En 2005, une évaluation stratégique des politiques et de la qualité des services de contraception et des soins liés à l'avortement a révélé les disparités qui existaient entre les institutions et les prestataires de services. Depuis 2009, les coûts de la contraception sont pris en charge pour les femmes qui, sans cela, ne pourraient pas y avoir accès, et des normes nationales concernant l'avortement médicalisé ont été élaborées. Les médicaments utilisés dans le cadre de l'avortement médicalisé ont été enregistrés en 2000 sur la liste nationale des médicaments essentiels.

## D. Amérique latine

63. L'État plurinational de Bolivie a établi des protocoles culturels portant sur les soins aux mères et aux nouveau-nés, et a mis au point, en juillet 2008, un modèle visant à revitaliser la médecine rurale traditionnelle des autochtones, tout en assurant le lien et la complémentarité avec la médecine occidentale. Le but recherché est d'offrir des services de santé qui tiennent compte de l'individu, de la famille et de la communauté en acceptant, respectant, appréciant et présentant les connaissances biomédicales et les savoirs

<sup>54</sup> Documents soumis par le FNUAP.

traditionnels en matière de santé des peuples autochtones des zones rurales. La collaboration avec les acteurs locaux et l'interaction avec les représentants de la communauté est une exigence clef de ce modèle<sup>55</sup>.

64. Au Brésil, une Commission d'enquête parlementaire a été créée pour enquêter sur la mortalité maternelle. Elle a expressément renvoyé aux principes et normes en matière de droits de l'homme, aux conférences internationales et aux instruments relatifs aux droits de l'homme<sup>56</sup>. Elle a reconnu que la dévalorisation des femmes au sein de la société, la pauvreté et l'accès limité des femmes à l'éducation et à la justice comptaient pour beaucoup dans le taux élevé de mortalité maternelle. La Commission a formulé un grand nombre de recommandations, notamment à l'adresse du Ministère de la santé, afin que des comités en charge de la question de la mortalité maternelle soient créés et que les programmes de planification familiale soient déclarés prioritaires, de façon à prévenir les avortements non médicalisés.

65. C'est une responsabilisation juridique accrue qui était recherchée dans l'affaire *Alyne da Silva Pimental c. Brésil*, dont le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a été saisi<sup>57</sup>. Les demandeurs ont fait valoir que le défaut de prestation de soins de santé maternelle par le Brésil violait plusieurs de ses obligations internationales. Le Comité a été prié d'enjoindre le Brésil de faire de la réduction de la mortalité maternelle un objectif prioritaire, notamment en formant des prestataires de soins, en établissant et en faisant appliquer des protocoles en la matière et en œuvrant à une amélioration des soins au sein des communautés vulnérables. Cette affaire, qui est encore en cours d'examen, est la première communication sur la mortalité maternelle émanant d'un particulier, dont un organe conventionnel du système des Nations Unies a été saisi. Elle s'inscrit dans une stratégie visant à garantir que les citoyens puissent faire valoir leurs droits auprès des mécanismes internationaux lorsqu'ils ont épuisé les recours internes.

66. Au Chili, le manuel de l'UNICEF *Growing together* a été élaboré en partenariat avec les parties prenantes locales, dans le but d'assister les femmes autochtones mapuches, victimes de discrimination et d'inégalité en matière d'accès aux soins de santé, pendant la grossesse et l'accouchement<sup>58</sup>. Le manuel met l'accent sur les coutumes mapuches dans le domaine de la santé maternelle et présente des informations pertinentes sur les pratiques quotidiennes à l'adresse des femmes enceintes et de leur famille.

67. En 2008 et 2009, deux organisations non gouvernementales ont travaillé avec des militants des droits à la santé à l'élaboration d'un cadre fondé sur le respect des droits à l'effet de rendre le Gouvernement comptable, notamment, des taux élevés de mortalité maternelle et de la non-mise en œuvre de ses propres ressources pour réaliser progressivement les droits à la santé génésique<sup>59</sup>. Cette stratégie consiste à: a) énoncer les obligations en matière de droits de l'homme qui doivent motiver les efforts de prévention de la mortalité maternelle; b) montrer que les interventions de l'État et les politiques fiscales dans le domaine de la santé maternelle n'ont pas répondu aux obligations susmentionnées; et c) plaider en faveur de l'adoption de mesures particulières pour mettre le secteur de la santé, le budget et les politiques fiscales en conformité avec les normes relatives aux droits de l'homme, dans le cadre des réformes actuellement mises en œuvre

<sup>55</sup> Ibid.

<sup>56</sup> Documents soumis par l'IPAS Brésil.

<sup>57</sup> Centre pour les droits reproductifs et Citizens' Advocacy for Human Rights.

<sup>58</sup> Documents soumis par l'UNICEF.

<sup>59</sup> Centre pour les droits économiques et sociaux et Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, *Rights or Privileges? Fiscal commitment to the rights to health, food and education in Guatemala*, 2009.

par le Gouvernement dans le secteur de la santé et du processus budgétaire de 2010. Des éléments irréfutables de non-conformité ont été mis en avant, et des recommandations détaillées ont été formulées à l'intention du Gouvernement en ce qui concerne la nécessité d'allouer des fonds plus importants et équitables à la santé maternelle. Il lui a également été recommandé de procéder à des réformes budgétaires et fiscales spécifiques et de renforcer la participation des citoyens au processus de prise de décisions.

68. Le projet a contraint les institutions du Guatemala d'intégrer une approche fondée sur les droits de l'homme dans les processus de prise de décisions et de suivi. Il est parvenu à créer un lien entre la politique budgétaire et la mortalité et la morbidité maternelles, et aussi à appeler l'attention d'organes conventionnels des Nations Unies, dont le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité des droits de l'enfant et le Comité des droits de l'homme. Le projet a conduit le Gouvernement à s'engager à accroître les dépenses sociales en faveur de la santé maternelle et à mettre en œuvre les réformes budgétaires nécessaires à cet effet. Il a également permis à un mécanisme de responsabilisation relevant à la fois du Congrès et de la société civile de suivre une approche fondée sur les droits de l'homme dans son rôle de surveillance des politiques, tant au niveau national que local. Le cadre de suivi a également été bien accueilli par les donateurs et les institutions spécialisées des Nations Unies, dans le contexte du suivi des progrès réalisés en vue du cinquième objectif du Millénaire pour le développement.

69. En Haïti, un projet mené par le Gouvernement et soutenu par l'Agence canadienne de développement international (ACDI), l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et le partenariat Communauté européenne/ACP/OMS (accord tripartite signé par la Communauté européenne, les États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique et l'OMS, ainsi que par des ministères de huit pays, dont Haïti, en vue d'atteindre le cinquième OMD) a fourni des fonds à 50 établissements de santé, leur permettant ainsi d'offrir des services obstétricaux et d'accouchement, et des soins prénatals et postnatals. Le coût du transport est remboursé aux femmes et les sages-femmes traditionnelles sont rémunérées. Le système sert également à assurer le suivi des résultats. Le projet appuie la remise en état des établissements de santé, l'achat d'équipements, la formation de prestataires de soins, ainsi que l'apport de fournitures et de médicaments essentiels. Dans certaines zones, des membres des communautés ont été recrutés et formés à aider les femmes. Ces agents communautaires jouent également un rôle au sein des comités de contrôle de la mortalité maternelle; ils orientent les femmes susceptibles de souffrir de complications et transmettent des informations aux hôpitaux. À la suite de l'application de ces mesures, le nombre de décès maternels a chuté, la prestation de services de soins prénatals a été multipliée par six et les accouchements médicalisés ont augmenté de 62 %.

70. En 2007, le Tribunal fédéral de district de Mexico a modifié son Code pénal afin de légaliser l'avortement pendant le premier trimestre de la grossesse. Tandis qu'autrefois les adolescentes et les femmes adultes du district avaient recours à des services d'avortement clandestins et coûteux, désormais les cliniques et les hôpitaux publics leur offrent des services gratuits d'avortement médicalisé. Les femmes venant d'autres districts peuvent elles aussi bénéficier de ces services moyennant une contribution financière selon un barème variable<sup>60</sup>.

71. Dans l'affaire *Xákmok Kásek Indigenous Community v. Paraguay* de 2009, la Cour interaméricaine des droits de l'homme a estimé que l'absence de mesures spéciales de protection des femmes enceintes, ayant contribué au décès lié à la grossesse de femmes autochtones, constituait une violation des droits de l'homme. La Cour a reproché au Paraguay de n'avoir pas mis en œuvre de politiques prévoyant la formation de personnels

<sup>60</sup> Documents soumis par l'IPAS aux États-Unis.

qualifiés pour les accouchements, et d'avoir failli à assurer des soins liés à la grossesse et à recenser les cas de mortalité maternelle. Elle a ordonné à l'État de prendre des mesures immédiates pour assurer des soins de santé aux femmes enceintes et lui a enjoint de mener une étude, avec la participation de la communauté, afin de déterminer les moyens d'adapter les soins de santé maternelle aux besoins des communautés. La Cour s'est prononcée pour une large participation des parties prenantes à l'élaboration de politiques de lutte contre la mortalité maternelle.

72. Au Pérou, le projet d'aide à l'accouchement en position verticale, qui bénéficie de l'appui de l'UNICEF, vise à améliorer l'accès des femmes enceintes autochtones aux services institutionnalisés. Une stratégie intégrée a été mise en place pour venir à bout des obstacles financiers, géographiques et culturels qui ont de tout temps limité l'accès des communautés rurales et autochtones aux soins de santé<sup>61</sup>. On s'est attaqué aux obstacles financiers en élaborant une stratégie d'assurance maladie et en versant des aides financières aux personnes de moins de 18 ans, aux femmes enceintes et à des groupes cibles d'adultes. Pour remédier aux problèmes liés à l'éloignement géographique, des maternités d'attente ont été créées, et les services ont été adaptés aux préférences culturelles des parturientes.

73. Des initiatives similaires pourraient renforcer cette approche fondée sur les droits de l'homme en visant les femmes et les filles les plus à risque, en encourageant la participation des chefs autochtones locaux, du personnel de santé traditionnel et des organisations communautaires de femmes dans la détermination des mesures requises pour amener la population à recourir davantage aux services de santé, et en assurant des soins adaptés à la culture des communautés autochtones tout en recherchant, si besoin est, d'autres modèles plus acceptables.

74. Il existe également au sein du Bureau du Médiateur pour le Pérou une unité spéciale des droits des femmes chargée de vérifier et de recenser les plaintes pour irrégularités déposées contre les centres de soins de santé et les hôpitaux. Cette unité a ainsi mené des enquêtes sur des violations du droit de bénéficier des services de contraception sans contrainte<sup>62</sup>.

## V. Conclusions

75. Le présent rapport présente les principales mesures permettant de réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Les exemples cités montrent que les interventions sont plus efficaces lorsque les parties prenantes appliquent une approche fondée sur les droits de l'homme pour répondre aux besoins des membres les plus pauvres et les plus marginalisés de leur société. Ils mettent également l'accent sur la nécessité d'intégrer pleinement, par des mesures cohérentes et systématiques, une approche encore plus complète et plus détaillée en matière de droits de l'homme couvrant les sept principes, dans des stratégies intégrées de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles. Des efforts considérables déployés au niveau communautaire contraignent les gouvernements et d'autres acteurs à rendre compte du respect de leurs engagements et à garantir que les sommes investies dans le secteur de la santé maternelle sont utilisées de façon transparente et durable.

---

<sup>61</sup> Documents soumis par l'UNICEF.

<sup>62</sup> Documents soumis par le Centre pour les droits reproductifs.