



## Conseil économique et social

Distr. générale  
19 décembre 2011  
Français  
Original : anglais

### Commission de la condition de la femme

#### Cinquante-sixième session

27 février-9 mars 2012

Point 3 de l'ordre du jour provisoire\*

**Suite donnée à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes et à la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale intitulée « Les femmes en l'an 2000 : égalité des sexes, développement et paix pour le XXI<sup>e</sup> siècle »**

**Mesures prises pour consolider les liens entre les programmes, initiatives et activités qui existent dans l'ensemble du système des Nations Unies visant à favoriser l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des filles, la protection de tous leurs droits fondamentaux et l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables**

### Rapport du Secrétaire général

#### *Résumé*

En application de la résolution 54/5 de la Commission de la condition de la femme, le présent rapport résume les mesures prises pour lutter contre la mortalité maternelle, en particulier les efforts visant à renforcer les liens entre les programmes, initiatives et activités qui existent dans l'ensemble du système des Nations Unies visant à favoriser l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des filles, la protection de tous leurs droits fondamentaux et l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables. Le rapport s'inspire des contributions de 13 organismes des Nations Unies, de 18 États Membres et de chercheurs, et montre que, malgré le renforcement du cadre normatif de la lutte contre la mortalité maternelle, question qui relève bien des droits de l'homme et dont les causes profondes sont l'inégalité des sexes et la discrimination entre les sexes, un effort soutenu et coordonné pour éliminer ces facteurs n'a pas encore été mis en œuvre.



## I. Aperçu

1. À sa cinquante-quatrième session, en 2010, la Commission de la condition de la femme a adopté sa résolution 54/5, intitulée « Éliminer la mortalité et la morbidité maternelles grâce au renforcement du pouvoir d'action des femmes » (voir E/2010/27 et Corr.1, chap. I.D). Dans cette résolution, la Commission a notamment prié le Secrétaire général de lui présenter un rapport à sa cinquante-sixième session, en 2012, en consultation avec les États Membres, les organisations internationales, et les autres parties prenantes, compte tenu de la résolution 11/18 du Conseil des droits de l'homme en date du 17 juin 2009 et des autres résolutions pertinentes de l'Organisation des Nations Unies, sur les mesures prises pour consolider les liens entre les programmes, initiatives et activités qui existent dans l'ensemble du système des Nations Unies visant à favoriser l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des filles, la promotion de tous leurs droits fondamentaux et l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables. Le présent rapport répond à cette demande.

2. Le rapport résume les initiatives et les mesures prises par les États Membres, les organismes des Nations Unies et les organisations de la société civile pour éliminer la mortalité et la morbidité maternelles évitables; il comprend des recommandations pour l'adoption de nouvelles mesures.

## II. La persistance de la mortalité<sup>1</sup> et de la morbidité maternelles

3. En 2008, il y a eu entre 342 000 et 358 000 décès maternels dans le monde<sup>2</sup>. Le taux de mortalité maternelle, c'est-à-dire le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes était, dans le monde, de 260 en 2008, nettement en baisse par rapport à 1990 où il était de 400. Dans les régions en développement, ce ratio était de 290 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2008, mais il n'était que de 14 pour 100 000 dans les pays développés.

4. Dans les pays en développement les taux varient considérablement pour ce qui est de la mortalité maternelle; il est le plus élevé en Afrique subsaharienne où l'on compte 640 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, chiffre bien supérieur au double de la moyenne mondiale. Quatre pays dans le monde (l'Afghanistan, la Guinée-Bissau, la Somalie et le Tchad) ont des taux de mortalité maternelle supérieurs à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes.

<sup>1</sup> L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la mortalité maternelle comme « la mort d'une femme pendant qu'elle est enceinte ou dans les 42 jours suivant l'interruption de la grossesse, quels que soient la durée et le site de la grossesse, la cause liée ou aggravée par la grossesse ou la façon dont celle-ci est gérée, les causes accidentelles ou liées à elles n'étant pas retenues ».

<sup>2</sup> Des estimations distinctes ont été établies pour 2008 par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle et par l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* de l'Université de Washington à Seattle. Voir Rafael Lozano *et al.*, « Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis », *Lancet*, vol. 378, n° 9797 (24 septembre 2011), p. 1139-1165.

5. L'évolution de ces taux est contrastée (voir tableau). Depuis 1990, la mortalité maternelle a baissé dans presque toutes les régions du monde<sup>3</sup>. Elle a fortement baissé, de plus de 50 %, en Asie du Sud, en Asie de l'Est, dans le Pacifique et en Europe centrale et orientale/Communauté d'États indépendants. Malgré cette tendance à la baisse, la baisse moyenne annuelle du pourcentage du ratio mondial de mortalité maternelle, de 2,3 % par an entre 1990 et 2008, est insuffisante par rapport à ce qu'elle devrait être – de 5,5 % – pour que l'objectif 5 du Millénaire pour le développement soit réalisé, à savoir une réduction du taux de mortalité maternelle de 75 % entre 1990 et 2015.

### L'évolution des taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2008

Région ou groupe de pays	Taux de mortalité maternelle estimatif <sup>a</sup>					Variation en pourcentage entre 1990 et 2008	Pourcentage annuel de variation entre 1990 et 2008
	1990	1995	2000	2005	2008		
Afrique subsaharienne	870	850	790	710	640	-26	-1,7
Afrique orientale et australe	750	760	720	630	550	-26	-1,7
Afrique occidentale et centrale	980	940	870	780	720	-27	-1,7
Moyen-Orient et Afrique du Nord	270	230	200	180	170	-37	-2,6
Asie du Sud	610	510	430	330	290	-53	-4,2
Asie de l'Est et Pacifique	200	160	130	100	88	-56	-4,5
Amérique latine et Caraïbes	140	130	110	91	85	-41	-2,9
Europe centrale et orientale/Communauté d'États indépendants	69	60	48	36	34	-52	-4,0
Pays industrialisés	12	10	11	14	14	16	0,8
Pays en développement	440	410	370	320	290	-34	-2,3
Pays les moins avancés	900	840	750	650	590	-35	-2,4
Total mondial	400	370	340	290	260	-34	-2,3

Source : Ann Paxton et Tessa Wardlaw, « Are we making progress in maternal mortality » *New England Journal of Medicine*, vol. 364, n 21 (26 mai 2011), p. 1991.

<sup>a</sup> Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

6. Les principales causes directes de mortalité maternelle sont l'hémorragie, l'infection, la tension artérielle élevée, un avortement dangereux, et la dystocie d'obstacle. Mais parmi d'autres causes importantes il faut mentionner le paludisme, l'anémie et le sida<sup>4</sup>. Cependant, les causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles sont bien les violations de droits fondamentaux que sont la discrimination, la violence sexiste y compris la mutilation génitale féminine, de même que l'insuffisance des investissements consacrés à l'éducation, la santé publique de base, l'alimentation et les soins de santé primaires, ou l'inégalité d'accès à ceux-ci. Les systèmes de soins de santé sont surchargés; leur fonctionnement souffre d'un manque d'investissement et de ressources. Des

<sup>3</sup> L'augmentation apparente constatée dans les pays développés n'est pas significative, car le taux fluctue autour de ce niveau très bas.

<sup>4</sup> Voir [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/en/index.html](http://www.who.int/topics/maternal_health/en/index.html) (consulté le 20 décembre 2011).

priorités concurrentes et l'insuffisance des ressources nationales se conjuguent souvent pour faire oublier la santé des femmes dans le programme d'action politique, ce qui aboutit à une violation de leurs droits.

7. Ces facteurs sont à l'origine des vastes disparités que l'on relève en matière de mortalité maternelle entre pays et régions et dans les pays et régions; ces disparités sont évidentes entre groupes de population, notamment entre populations rurales et urbaines, entre groupes culturels et religieux, et entre diverses classes sociales et économiques. Entre les ménages riches et les ménages pauvres, par exemple, il existe de vastes disparités dans l'accès à des soins de santé de qualité. Les écarts les plus grands sont observés en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, où les femmes les plus riches sont, respectivement, cinq fois et trois fois plus susceptibles que les femmes les plus pauvres d'accoucher en étant secondées par du personnel médical qualifié. Dans les pays en développement dans leur ensemble, les femmes dans les ménages les plus riches sont trois fois plus susceptibles que les femmes les plus pauvres de recevoir pendant leur accouchement des soins dispensés par un professionnel<sup>5</sup>.

8. Plusieurs maladies agissent isolément ou ensemble pour prédisposer la femme enceinte à un risque élevé de mortalité ou de morbidité. Le sida, le paludisme et l'anémie sont particulièrement dangereux pour les femmes enceintes. Bien que son rôle soit difficile à quantifier, on sait que le VIH/sida contribue à une forte mortalité maternelle dans de nombreuses situations. Selon le Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida (ONUSIDA), la mortalité maternelle serait inférieure de 20 % s'il n'y avait pas l'effet du VIH<sup>6</sup>. À l'échelle mondiale, 60 000 femmes enceintes sont mortes en 2009 en raison uniquement du VIH<sup>7</sup>. Pourtant, près de la moitié des femmes enceintes vivant avec le VIH ne reçoivent pas les soins essentiels<sup>8</sup>. Le sida augmente le risque de complications comme l'anémie, l'hémorragie post-partum et la septicémie puerpérale<sup>9</sup>. La nocivité associée à l'effet de normes et d'attentes sexistes, de stéréotypes sexistes fait que de nombreuses femmes et filles ne sont pas en mesure d'exercer un contrôle sur leur vie sexuelle et procréative et de prendre les décisions nécessaires, ce qui les expose au risque de contamination par le VIH et par d'autres maladies sexuellement transmissibles. Les femmes enceintes infectées par le VIH n'ont souvent que très peu – ou pas – accès à ces soins de santé de qualité, en raison d'une importante stigmatisation, d'une discrimination dont elles sont victimes de la part des soignants comme de leur communauté. Cela est vrai en particulier des adolescentes<sup>10</sup>.

<sup>5</sup> *Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.10.I.7). À consulter à l'adresse suivante : <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20low%20res%2020100615%20-.pdf> (consulté le 11 décembre 2011).

<sup>6</sup> ONUSIDA, *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010* (Genève, 2010).

<sup>7</sup> ONUSIDA, *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie : 2011-2015* (Genève, 2011).

<sup>8</sup> OMS, ONUSIDA et UNICEF, *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé – Rapport de situation 2010* (Genève, OMS, 2010).

<sup>9</sup> James McIntyre, « Mothers infected with HIV: reducing maternal death and disability during pregnancy », *British Medical Bulletin*, vol. 67 (2003), p. 127-135.

<sup>10</sup> Quarraisha Abdool-Karim *et al.*, « HIV and maternal mortality: turning the tide », *Lancet*, vol. 375, n° 9730 (5 juin 2010), p. 1948-1949.

9. Le paludisme entraîne une mortalité considérable pendant la grossesse et se traduit souvent par une anémie grave. La lutte contre le paludisme est un élément majeur de l'initiative « Pour une grossesse à moindre risque » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui recommande, dans les pays subsahariens où la transmission du paludisme est stable, un traitement préventif intermittent à toutes les femmes enceintes exposées au risque d'infection par le *Plasmodium falciparum*<sup>11</sup>. Les moustiquaires durablement imprégnées d'insecticides et la pulvérisation à effet résiduel à l'intérieur des locaux d'habitation sont les interventions recommandées au premier chef pour réduire la transmission du paludisme. Mais dans le ménage, l'utilisation de moustiquaires risque d'être puissamment déterminée par des normes culturelles en matière de sommeil. Le fait d'être un homme ou une femme est donc important, puisque, distribuées en nombre limité, les moustiquaires risquent d'être réservées au chef de famille, l'homme<sup>12</sup>. L'élimination de l'infection par le paludisme chez les femmes enceintes est pourtant un moyen de sauver la vie aussi bien de la mère que de l'enfant en bas âge.

### III. L'élimination de la mortalité maternelle dans la problématique des droits de l'homme

10. Alors que la Conférence sur la maternité sans risque, tenue à Nairobi en 1987, reconnaissait sans ambiguïté la nécessité d'améliorer la condition de la femme, d'éduquer les populations locales et de renforcer et élargir les soins prénatals, d'améliorer les soins pendant l'accouchement et après l'accouchement, cette conception n'a pas toujours été reprise par les principaux acteurs dans ce domaine. Au contraire, beaucoup de donateurs ont concentré leurs interventions dans le secteur de la santé publique sur l'augmentation du nombre de médecins<sup>13</sup>.

11. Quand le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement<sup>14</sup> définit la santé de la procréation comme « un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités »<sup>15</sup>, il intègre la morbidité et la mortalité maternelles dans le discours sur les droits de l'homme. Cette démarche fondée sur les droits est reprise par le Programme d'action de Beijing adopté par la quatrième Conférence mondiale sur les femmes tenue en 1995<sup>16</sup>. L'engagement pris de réduire la mortalité maternelle a été réaffirmé en 2000 lors du Sommet du Millénaire, et l'élimination de la mortalité maternelle a été retenue comme objectif 5 parmi les OMD, les cibles

<sup>11</sup> Voir [http://www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2011/9789241564403\\_eng.pdf](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf) (consulté le 20 décembre 2011).

<sup>12</sup> Voir [http://www.who.int/malaria/world\\_malaria\\_report\\_2011/9789241564403\\_eng.pdf](http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf) (consulté le 20 décembre 2011).

<sup>13</sup> Voir [http://www.who.int/gender/documents/gender\\_health\\_malaria.pdf](http://www.who.int/gender/documents/gender_health_malaria.pdf) (consulté le 20 décembre 2011).

<sup>14</sup> *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994* (Publication des Nations Unies, numéro de vente F.95.XIII.18), chap. I, résolution 1, annexe.

<sup>15</sup> Ibid., par. 7.2.

<sup>16</sup> *Rapport de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995* (publication des Nations Unies, numéro de vente F.96.IV.13), chap. I, résolution 1, annexe II.

étant de réduire le taux de mortalité maternelle de 75 % entre 1990 et 2015 et de réaliser l'accès universel aux soins de santé de la procréation en 2015 au plus tard.

12. La résolution 11/8 du Conseil des droits de l'homme intitulée « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme »<sup>17</sup> et la résolution 15/17, intitulée « Mortalité et morbidité maternelle évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du Conseil »<sup>18</sup> sont remarquables parce qu'elles renouvellent l'appel lancé et affermissent la base normative d'une action visant à éliminer la mortalité maternelle, en tant que problème de droits de l'homme. La résolution 11/8 affirme que l'action menée contre la mortalité maternelle et la morbidité maternelles requiert de véritablement promouvoir et protéger les droits fondamentaux des femmes et des filles, en particulier leur droit à la vie, à l'égalité dans la dignité, à l'éducation, et leur droit d'être libre de chercher, de recevoir et de diffuser des informations, de bénéficier du progrès scientifique, d'être à l'abri des discriminations, et de bénéficier du plus haut niveau possible de santé physique et mentale, y compris de santé sexuelle et de santé de la procréation (par. 2); la résolution 15/17 du Conseil des droits de l'homme encourage les États à prendre des mesures à tous les niveaux pour s'attaquer aux causes premières, qui sont interdépendantes, de la mortalité et de la morbidité maternelles – dont la pauvreté, la malnutrition, les pratiques nocives, le manque d'accès aux soins et le défaut de services de santé, le manque d'information et d'éducation et l'inégalité des sexes – en accordant une attention particulière à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles (par. 7).

13. Ces récentes résolutions ont été intégrées dans la base normative qu'offrait déjà la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>19</sup>, dont l'article 12 déclare « Les États Parties fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement ».

14. Il est important de reconnaître le rôle qu'a joué la société civile dans l'adoption d'une perspective « droits de l'homme » concernant la question de la mortalité maternelle. Durant la Conférence de 2007 sur l'accouchement, la société civile a piloté le passage d'un discours centré sur la fourniture de services, à un discours centré sur une approche « droits de l'homme »<sup>20</sup>. L'engagement et l'action de plaidoyer de la société civile expliquent en partie l'adoption par le Conseil des droits de l'homme de sa résolution 11/8.

15. *Family Care International*, le Conseil mondial de la santé, l'Initiative internationale sur la mortalité maternelle et les droits de l'homme, l'Initiative « Maternité sans risque » et « *Women Deliver* » ont amené la société civile à appeler l'attention sur la nécessité de mieux comprendre et de mieux faire connaître, chez les professionnels de la santé publique et les dirigeants politiques qui s'en occupent, les droits relatifs à la santé de la mère.

---

<sup>17</sup> Voir *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-quatrième session, Supplément n° 53 (A/64/53)*, chap. III.A.

<sup>18</sup> Ibid., *Soixante-cinquième session, Supplément n° 53A (A/65/53/Add.1)*, chap. II.

<sup>19</sup> Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 1249, n° 20378.

<sup>20</sup> Voir <http://www.womendeliver.org/conferences/2007-conference/> (consulté le 20 décembre 2011).

16. Un projet commun du Centre pour les droits économiques et sociaux et de l'Institut d'études fiscales de l'Amérique centrale (Guatemala) est l'un des nombreux exemples d'influence de la société civile sur l'action menée par les gouvernements pour introduire la perspective « droits de l'homme » dans la définition des politiques relatives à la santé maternelle. Ce projet s'est traduit par exemple par l'adoption d'une loi sur la santé maternelle au Guatemala<sup>21</sup>.

#### **IV. Initiatives, programmes et activités visant à éliminer la mortalité et la morbidité maternelles**

17. Comme le note le rapport du Haut-Commissariat aux droits de l'homme sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme (A/HRC/14/39), un examen d'ensemble exhaustif des principales initiatives et activités mondiales lancées pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables serait extrêmement long (par. 45). La présente section se borne donc à présenter une vue d'ensemble des activités, des programmes et des initiatives des États Membres, des organismes des Nations Unies et de la société civile.

18. Le rapport susmentionné du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme et le rapport du Haut-Commissariat sur les pratiques, s'agissant de l'adoption d'une approche de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles évitables fondée sur les droits de l'homme (A/HRC/18/27 et Corr.1 et Corr.1/Rev.1) présentent utilement le contexte dans lequel on peut examiner les initiatives et programmes conçus pour réduire la mortalité maternelle, puisque ces rapports approfondissent les questions dégagées dans les résolutions 11/8 et 15/17 du Conseil des droits de l'homme. En particulier, au paragraphe 3 du document A/HRC/18/27, le Conseil des droits de l'homme note que s'agissant d'une approche de la lutte contre la mortalité maternelle fondée sur les droits de l'homme, les obligations des États découlent de sept principes spécifiques : égalité et non-discrimination, participation, autonomisation, transparence, viabilité, coopération internationale et obligation de rendre compte.

19. Les caractéristiques communes des pratiques efficaces fondées sur les droits de l'homme pour lutter contre la mortalité et la morbidité maternelles évitables sont définies au paragraphe 5 du document A/HRC/18/27 comme suit :

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;

<sup>21</sup> Voir Centre pour les droits économiques et sociaux, « Best practices in addressing maternal mortality from a human rights perspective: a framework for monitoring policies and resources for MMM prevention in Guatemala », p. 1.

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.

20. Alors que certains États Membres qui ont apporté une contribution à la rédaction du présent rapport décrivent des initiatives allant dans le sens de plusieurs de ces recommandations, nombreux sont ceux qui, par leurs initiatives et leurs activités, cherchent surtout à renforcer les systèmes de soins de santé pour améliorer l'accès aux soins. Les activités visant à introduire les vastes changements juridiques nécessaires pour éliminer les causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles sont moins fréquemment mentionnées. Les initiatives conçues pour éviter les avortements non médicalisés sont rarement signalées, et il y a peu d'indications que les États cherchent à demander à tous les acteurs de rendre compte.

## **A. Initiatives des États Membres**

21. En Autriche, le programme de santé de la mère et de l'enfant assure l'organisation de soins médicaux pendant la grossesse. Les femmes enceintes subissent six examens cliniques. Depuis 2010, un examen supplémentaire à ultrasons et un test de dépistage du VIH ainsi qu'un test oral de la présence de glucose ont été ajoutés à la batterie de tests administrés aux femmes enceintes.

22. En Belgique, la mutilation génitale féminine est considérée comme une violation fondamentale des droits des femmes et des filles. La Belgique a ratifié un grand nombre de traités internationaux qui répriment les violations des droits en matière de procréation, et notamment la mutilation génitale féminine. Le Plan d'action 2010-2014 contre la violence entre partenaires et au sein de la famille vise également la mutilation génitale féminine et propose des moyens de protéger et de défendre les droits des migrantes en matière de procréation. Des mesures ont été prises pour assurer la formation tant des prestataires de soins que des migrantes sur les droits en matière de santé et de procréation.

23. Le Tchad s'efforce d'améliorer la santé des femmes et des filles en matière de procréation. Le droit à la santé est proclamé par l'article 37 de la Constitution. La mutilation génitale féminine est condamnée et des mesures ont été prises pour protéger les personnes contaminées par le VIH ou vivant avec le sida. Le Tchad a également adopté une feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle.

24. Au Congo, on cherche surtout à maîtriser la tuberculose, à assurer le respect des droits des personnes vivant avec le VIH et le sida, et à traiter le paludisme chez les femmes enceintes. Le Plan pour le développement et la santé publique (2007-2011) tend à renforcer le système des soins, il cherche à réduire la mortalité maternelle ainsi que la morbidité, à améliorer les ressources humaines dans le secteur de la santé publique et à accroître la participation locale et les partenariats locaux pour la santé. En 2010, avec le Fonds des Nations Unies pour la population

(FNUAP), l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et des organisations de la société civile, le Congo a lancé la campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique. Son but principal est de multiplier les services de soins de santé de qualité à l'intention des femmes, pour que ces services soient plus largement utilisés afin de réduire la mortalité maternelle. Des procédures de collecte des données ont été instituées pour que l'on connaisse mieux les faits et pour améliorer les interventions contre la mortalité maternelle.

25. La République dominicaine a lancé plusieurs programmes conçus pour préserver la santé des femmes et réduire la mortalité maternelle. Ils cherchent à organiser des soins obstétricaux meilleurs pour les femmes et à faire mieux prendre conscience des causes de la mortalité maternelle. Des mesures ont également été prises pour réduire le nombre de grossesses non désirées, la mortalité maternelle, la violence et la propagation du VIH et du sida chez les femmes et les adolescentes. Ces stratégies donnent aux femmes les moyens d'agir en matière de santé de la procréation.

26. En Équateur, les autorités se sont attachées à accroître les connaissances sur les causes de la mortalité et de la morbidité maternelles et à améliorer les services de soins pour les femmes et les filles, de façon à réduire la propagation du VIH et des maladies sexuellement transmissibles, la fréquence du cancer du col et la violence dans la famille.

27. En Finlande, depuis mai 2011, une nouvelle loi sur les soins de santé fait obligation aux municipalités d'organiser sur leur territoire des services de maternité pour toutes les femmes enceintes et des services de soins pour leur famille. Parmi les services fournis figure un suivi régulier de la santé des femmes enceintes. On s'efforce aussi d'améliorer la collaboration professionnelle et sectorielle du personnel dans les maternités et les services néonataux. De plus en plus, le rôle des hommes et des garçons est pris en considération et un programme d'éducation sexuelle est organisé pour eux.

28. En Nouvelle-Zélande, les services de maternité sont gratuits et toutes les femmes, sans discrimination, ont accès à l'ensemble des soins de santé, gratuitement ou à faible coût – notamment tous les services de maternité ainsi que les services de soins de santé de la sexualité et de la procréation, et les conseils pour venir à bout de la violence sexuelle et physique.

29. Le Portugal a investi dans des projets centrés sur l'égalité des sexes, en particulier contre la violence familiale et ses conséquences pour la santé physique et psychologique des femmes. Le système national de soins de santé assure à tous les Portugais la gratuité à peu près totale des soins de santé primaires et des soins dispensés dans les hôpitaux publics. Les femmes enceintes ont accès à des installations et des soins de santé et cela explique sans doute en grande partie la forte baisse de la mortalité maternelle, qui de 19 pour 100 000 naissances vivantes en 1980 ne dépassait pas 3,8 en 2008. L'accès des femmes de moins de 18 ans aux soins de planification familiale est autorisé depuis 1984, date où les services de planification familiale et la contraception ont été rendus gratuits dans le cadre de l'assurance maladie nationale. La vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) figure dans le plan national de vaccination prévu à l'intention de toutes les filles jusqu'à l'âge de 13 ans.

30. Le Danemark, l'Italie et le Japon rendent compte surtout de leur aide à d'autres pays et à des programmes. Le Danemark apporte son soutien à plusieurs organismes des Nations Unies, à des organisations internationales ainsi qu'à des organisations non gouvernementales qui s'occupent de la mortalité maternelle. Cela inclut le FNUAP, l'OMS et la Fédération internationale pour le planning familial, ainsi que *Family Care International*. Le Danemark travaille aussi avec divers partenaires pour faciliter l'évolution dans le domaine de la pratique de la sage-femme, notamment par un examen et une refonte de la réglementation et des pratiques, de façon à permettre à des soignants de niveau intermédiaire d'accomplir les gestes salvateurs. Par divers programmes bilatéraux dans le secteur de la santé publique, le Danemark s'occupe de la question de la santé et de la sexualité et de la procréation et des droits correspondants.

31. La santé maternelle est l'une des priorités de la politique de santé publique de l'Italie, en particulier en ce qui concerne son aide à d'autres États Membres. L'Italie contribue aux efforts déployés pour rendre universel l'accès à la santé et organiser des soins de santé efficaces dans plusieurs pays. Depuis 2004, l'accent est mis sur la mutilation génitale féminine, et l'Italie renforce son aide financière bilatérale et multilatérale pour atteindre les femmes des pays d'Afrique où cette pratique existe. En Italie même, le Ministère de la santé a publié la recommandation n° 6/2008 pour la gestion du risque clinique pendant le travail et l'accouchement. En décembre 2010, un accord a été conclu sur les directives visant à promouvoir et améliorer la qualité, la sûreté et le caractère adéquat des soins dispensés aux femmes qui accouchent et en vue d'une réduction du nombre de césariennes pratiquées. Cet accord cherche notamment à réduire, en Italie, le nombre de césariennes, qui comportent un risque d'accroissement de la morbidité et de la mortalité maternelles.

32. Le Japon appuie un projet de maternité sans risque au Bangladesh, dont le but est d'améliorer la santé de la mère, de la femme enceinte et du nouveau-né par un renforcement des capacités de gestion de la santé publique et l'amélioration des soins dispensés dans les établissements sanitaires. Ce projet, qui facilite aussi la création de groupes communautaires de soutien aux mères et aux femmes enceintes, a abouti à une augmentation appréciable de la proportion de femmes recevant des soins obstétricaux d'urgence en cas de complication durant la grossesse ou l'accouchement.

33. La Malaisie a dégagé diverses étapes d'une approche polymorphe de lutte contre la mortalité maternelle. En collaboration avec le FNUAP et des organisations de la société civile, les autorités ont obtenu des résultats dans l'amélioration de la santé de la procréation. Des ateliers à l'intention d'obstétriciens et de soignants portant sur la problématique des sexes et les droits des femmes, la santé de la procréation et la santé maternelle ont été réalisés pour préciser l'approche fondée sur les droits et attentive à la sexospécificité relative à la santé maternelle. Dans le Programme national de planification familiale, les patientes se voient offrir 'à la carte' un ensemble de méthodes de contraception sûres, efficaces, acceptables et d'un prix raisonnable dans les 56 cliniques créées dans l'ensemble du pays. Les femmes des zones marginalisées et les citadines pauvres sont desservies par des cliniques mobiles.

34. En Namibie, les autorités ont défini une feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles. Cette feuille de route concerne toutes les femmes, et notamment celles qui sont exposées à un risque

durant la grossesse, le travail, l'accouchement et après l'accouchement. Les efforts déployés pour renforcer les systèmes de soins ont consisté notamment à créer des capacités chez les professionnels de la santé dans le domaine de l'examen des cas de décès maternels, périnataux et néonataux. En outre, une formation a été offerte aux accoucheuses traditionnelles pour les aider à reconnaître les risques et savoir quand il convient d'aiguiller une femme vers un établissement de soins approprié.

35. À Saint-Vincent-et-les Grenadines, la mortalité maternelle est due surtout aux complications obstétricales telles que l'éclampsie et le traumatisme obstétrique. Les politiques suivies consistent à gérer au mieux les services de soins prénatals, anténatals et postnatals au niveau du district et au niveau central. L'accès aux soins prénatals est peu coûteux et les soins de santé primaires sont gratuits. Étant donné les liens qui existent entre l'éducation, la santé et l'émancipation économique, d'importants progrès ont été réalisés dans l'élimination de la disparité entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire. On s'efforce de mieux recueillir des données et des connaissances, notamment par des exposés et des débats réguliers portant sur les statistiques de santé périnatale et maternelle et l'application d'un système d'information sanitaire.

36. La Suède reconnaît le droit des femmes de décider librement et de façon responsable des questions qui concernent leur propre corps. En juillet 2010, le Gouvernement suédois a adopté une nouvelle politique faisant une large place à la santé maternelle dans le contexte des droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation. L'Agence suédoise de développement international s'efforce d'aider à réaliser l'objectif 5 des OMD par une approche fondée sur les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation. La Suède soutient également des initiatives telles que RAISE (Accès à la santé de la procréation, à l'information et aux services dans les situations d'urgence) afin d'améliorer l'accès aux soins complets de santé de la procréation et notamment aux soins obstétricaux d'urgence dans des situations de conflit, d'après-conflit et de crise.

37. En République arabe syrienne, on estime qu'en 2009, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passée de 76,8 % en 1993 à 96,2 %. Par obstétricien, le nombre de femmes en âge de procréer a diminué, de 966 en 1993 à 666 en 2008. Comme diverses enquêtes montrent que l'amélioration de l'économie, l'élimination de la pauvreté et l'élévation du niveau d'instruction des femmes les amènent à mieux accepter et à utiliser les services de soins disponibles, les autorités syriennes ont consenti un effort important pour éliminer la pauvreté et autonomiser les femmes, objectifs qui figurent dans le dixième plan quinquennal (2005-2010). On se préoccupe de plus en plus, dans la société syrienne, des problèmes liés à la violence contre les femmes. Les efforts déployés pour les résoudre, en particulier s'agissant de la violence dans la famille, ont été intensifiés.

38. L'Uruguay s'attache à mieux collecter des statistiques sectorielles sur la mortalité maternelle. L'action de la Commission nationale de 2006 pour la réduction de la morbidité obstétricale, qui assure la vigilance et la collecte des données pour réduire cette morbidité, témoigne de la volonté du pays de lutter contre la mortalité maternelle.

## B. Initiatives du système des Nations Unies

39. Les organismes des Nations Unies, dont les mandats sont très divers, appliquent des programmes, des activités, ainsi que des initiatives englobant un large ensemble d'éléments relevant de l'approche fondée sur les droits de l'homme, qu'on a évoquée au paragraphe 19. Parmi ces initiatives figurent une action de sensibilisation, d'éducation et de création de capacités (par l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS), la promotion de la participation et de l'animation, ainsi que les directives et l'examen des facteurs sociaux, culturels et économiques qui déterminent la santé maternelle (Programme des Nations Unies pour le développement – PNUD), la lutte contre le VIH/sida (ONUSIDA) et l'examen des besoins particuliers des femmes dans les situations de conflit et d'après-conflit (Haut Commissariat pour les réfugiés – HCR). Malgré cette perspective, comme dans les États Membres, on constate toujours une nette orientation prioritaire vers la fourniture de soins médicaux.

40. Le FNUAP a abordé la question de la mortalité et de la morbidité maternelles en aidant les filles à prendre conscience de leurs droits par un soutien à un projet réalisé en Éthiopie, qui, par l'éducation des filles, cherche à les aider à retarder le mariage. En 2008, le FNUAP a lancé un programme d'investissement dans la pratique de la sage-femme, avec, comme point d'entrée, la Confédération internationale des sages-femmes, pour une meilleure gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé publique (par la formation, le recrutement, le déploiement, la fidélisation et la supervision des sages-femmes). Le nombre de pays participant à ce programme est passé de 11 à 30 – en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Des stratégies nationales pour la profession de sage-femme ont été rédigées en Afghanistan, au Bangladesh, en Ouganda et au Soudan. Le FNUAP a aidé les gouvernements à réaliser, dans plus de 20 pays, des évaluations des besoins de soins de santé obstétricaux et néonataux d'urgence.

41. Avec ses partenaires, le FNUAP a lancé la Campagne mondiale pour venir à bout de la fistule. Il a aidé plus de 20 000 femmes et filles, après un traitement chirurgical et moyennant des soins, à se rétablir et reconstituer leur vie, et il a organisé des services de réinsertion sociale.

42. Reconnaissant que les grossesses non désirées et les avortements non médicalisés sont les principales causes de morbidité et de mortalité maternelles, le FNUAP, par son programme mondial pour la sécurité des approvisionnements en articles de santé de la procréation, aide les programmes de planification familiale dans les pays où les besoins sont encore loin d'être satisfaits et où la prévalence contraceptive est faible. Il a ainsi aidé 45 pays, contribuant de cette façon à y augmenter notablement le taux de prévalence contraceptive.

43. Le PNUD a mis l'accent sur la mise en place de systèmes solides de soins de santé par son action de renforcement de la gouvernance, des institutions et de la capacité de gestion, et par son rôle de coordination grâce auquel il peut faire converger l'action de partenaires multiples et utiliser au mieux les ressources aux niveaux national et local. Dans le cadre de son mandat qui englobe les questions transversales d'égalité des sexes et qui influent toutes sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, l'action du PNUD repose sur trois piliers : a) promouvoir une impulsion nationale, organiser un financement durable, une aide efficace au développement et une coordination de l'aide pour la santé maternelle et

procréative; b) traiter les facteurs sociaux, culturels et économiques qui déterminent la santé maternelle et procréative; et c) tenter d'éliminer les goulets d'étranglement au niveau de la gouvernance, des institutions et de la capacité de gestion qui retentissent sur le fonctionnement du secteur de la santé publique.

44. Le PNUD a également agi à différents niveaux. En Tunisie, il a travaillé en collaboration avec l'UNICEF et le FNUAP pour préparer le premier rapport sur les OMD, ce qui a été un moyen essentiel de plaider pour une intensification considérable des efforts visant à réduire la mortalité maternelle. Au Ghana, le PNUD encourage une action des dirigeants et un financement durable pour réaliser l'objectif 5 des OMD par le renforcement et l'application systématique de la deuxième stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté. En Inde, le PNUD soutient un partenariat public-privé original qui cherche à amplifier l'action d'une chaîne de petits hôpitaux (*LifeSpring Hospitals*) qui aident des Indiennes pauvres à avoir accès aux soins de santé maternelle et infantile. Au Kenya, le PNUD a lancé une initiative interinstitutions contre le sida, « *Universal Access for Women and Girls Now!* » afin d'aider le gouvernement à étoffer les services de soins dispensés après un viol, dans les centres de soins. En Ouganda, un programme cherche à éliminer les goulets d'étranglement et à renforcer la coordination pour réaliser l'objectif 5 des OMD.

45. ONUSIDA travaille à l'élimination de la transmission materno-fœtale du VIH d'ici à 2015 et ainsi à réduire notablement le nombre de décès maternels causés par le sida. La Stratégie d'ONUSIDA : Objectif zéro 2011-2015, qui a été adoptée en décembre 2010, intègre l'objectif consistant à éliminer la transmission verticale du VIH et à réduire la mortalité maternelle liée au sida de moitié d'ici à 2015. Cette stratégie donne la priorité à l'égalité des sexes et à la défense des droits de l'homme, l'un des trois volets généraux de la réalisation d'un accès universel aux moyens de prévention, de traitement et de soins pour le sida et de soutien aux objectifs du Millénaire pour le développement.

46. L'élément « égalité des sexes » de la stratégie d'ONUSIDA se traduit concrètement dans l'agenda d'ONUSIDA par une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles, et de l'égalité des sexes, en collaboration avec la société civile dans plus de 80 pays<sup>22</sup>. L'accès des femmes et des filles aux soins de santé sexuelle et procréative et de lutte contre le VIH est une composante essentielle de l'Agenda en faveur des femmes et des filles. ONUSIDA, avec l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes) et d'autres organismes, apporte un appui aux États Membres pour des stratégies visant à réduire la violence sexiste et à faire participer les hommes et les garçons aux plans stratégiques d'action contre le VIH dans 14 pays<sup>23</sup>.

47. Avec ONU-Femmes, ONUSIDA a organisé une consultation de haut niveau en février 2011, durant la cinquante-cinquième session de la Commission de la femme, sur les droits et la santé sexuelle et procréative des femmes et des filles vivant avec le VIH. Cette consultation a analysé les facteurs qui empêchent les femmes de consulter pour recevoir des soins contre le VIH, ainsi que des soins prénatals, de santé de la sexualité et de la procréation.

<sup>22</sup> Voir le rapport sur l'application de l'Agenda (ONUSIDA/PCB(28)/11.5) remis au Conseil de coordination du Programme d'ONUSIDA à sa vingt-huitième session, tenue du 21 au 23 juin 2011.

<sup>23</sup> Ces pays sont les suivants : Afrique du Sud, Cambodge, Côte d'Ivoire, Haïti, Inde, Jamaïque, Kenya, Libéria, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Rwanda, Serbie, Soudan et Ukraine.

48. Durant la réunion de haut niveau sur le sida tenue en juin 2011, ONUSIDA a élaboré et lancé le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie<sup>24</sup>, plan qui offre la base d'une action menée par chaque pays pour éliminer la transmission verticale du virus et réduire la mortalité maternelle dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La plateforme d'ONUSIDA « Traitement 2.0 » permettra une nouvelle décentralisation des systèmes de soins et une meilleure intégration avec les autres types de soins de santé tels que la santé maternelle et infantile et la lutte contre la tuberculose.

49. L'éducation et l'alphabétisation sont au cœur de l'action de l'UNESCO pour la réalisation de l'ODM 5. L'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles relève en effet de plusieurs disciplines, c'est pourquoi il faut assurer des classes d'alphabétisation fonctionnelle de qualité, repérer les diverses structures sociales et culturelles qui déterminent la vie des femmes et des filles et étudier la santé, la condition sociale des femmes et leurs rapports avec la grossesse, l'accouchement et les soins néonataux. On s'est également attaché à faire plus largement connaître les droits des femmes et des filles, notamment en matière de santé de la procréation et de santé maternelle afin de mieux les protéger.

50. Selon l'UNICEF (dans une contribution à la rédaction du présent rapport), les femmes qui sont allées à l'école risquent moins de trouver la mort durant l'accouchement et sont plus susceptibles de mieux prendre soin de leurs enfants. L'UNICEF a donc soutenu les projets visant l'autonomisation des femmes et des filles, notamment en veillant à ce que les filles ne quittent pas l'école trop tôt.

51. Pour améliorer la santé maternelle et l'autonomisation des femmes, il faut obtenir le concours des partenaires, des collectivités locales et des pouvoirs publics. En Inde, l'UNICEF aide les autorités à déterminer les causes profondes de la mortalité maternelle. L'initiative MAPEDIR (Enquêtes et actions contre la mortalité maternelle et périnatale) utilise divers instruments pour dégager les facteurs personnels, familiaux, socioculturels, économiques et environnementaux qui expliquent cette mortalité.

52. Diverses entités ont lancé des initiatives pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles par l'éducation, le plaidoyer, la formation et la recherche. Des publications officielles de l'OMS et une action de création de capacités et de sensibilisation au niveau des pays (Organisation internationale du Travail et UNESCO) ainsi que la liaison avec les médias (Département de l'information du Secrétariat de l'ONU) ont été utilisées à cette fin.

53. L'OMS soutient la recherche d'importance pratique, dégageant ainsi des instruments importants et des données factuelles qui contribuent notablement à élargir l'accès aux services de santé de la sexualité et de la procréation, notamment la planification familiale, les services de soins de santé maternelle mais aussi l'émancipation des femmes. ONUSIDA soutient une étude de l'accès des femmes vivant avec le VIH aux soins de santé maternelle et de la procréation dans six pays d'Asie. Le FNUAP soutient l'action de plaidoyer menée au niveau mondial pour la réalisation de l'objectif 5 des OMD.

---

<sup>24</sup> *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* (Genève, 2011).

54. Le HCR a renforcé son programme de santé maternelle, notamment pour les soins obstétricaux et néonataux d'urgence à tous les niveaux, y compris au niveau communautaire, dans les salles de travail et les moyens d'aiguillage des patientes. Des services de soins sont organisés pour les personnes déplacées, les réfugiées et rapatriées des villes. Le HCR continue à promouvoir et soutenir l'application d'un ensemble minimum initial de soins dès qu'une crise éclate, et c'est un moyen d'augmenter l'échelle des programmes complets et intégrés de santé de la sexualité et de la procréation et d'améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence tout en élargissant les possibilités d'accès à la planification familiale et au traitement des infections sexuellement transmissibles, notamment le sida.

### C. Grandes initiatives mondiales

55. Parmi les grandes initiatives lancées récemment dans le monde, la plus prometteuse, pour un traitement de l'ensemble des questions qui sont à l'origine de la persistance d'une mortalité maternelle élevée, est l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » lancée par le Secrétaire général de l'ONU dans le cadre de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, dans le but de sauver 16 millions de vies de femmes et d'enfants d'ici à 2015. Cette stratégie mondiale, dotée d'un budget de 40 milliards de dollars, constitue un effort mondial sans précédent qui mobilise et intensifie l'action internationale et nationale, celle des gouvernements, des organismes multilatéraux, du secteur privé et de la société civile pour résoudre les grands problèmes de santé qui se posent aux femmes et aux enfants. La Stratégie mondiale a été assortie d'une feuille de route qui organise le financement, renforce les politiques et améliore les services sur le terrain pour le bien des femmes et des enfants les plus vulnérables. En mai 2011, 16 pays ont annoncé leur engagement en faveur de cette initiative, principalement sous la forme d'une augmentation des crédits budgétaires pour les soins de maternité et les soins prénatals.

56. L'initiative « Chaque femme, chaque enfant » est bien consciente du lien existant entre les objectifs 5 et 4 des OMD et tous les autres objectifs, reconnaît que l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes aident à améliorer la santé des femmes et des enfants par l'augmentation des choix en matière de procréation, la réduction du nombre de mariages d'enfants et la lutte contre la discrimination et la violence sexiste. Après le lancement de cette initiative, une commission de l'information et de la responsabilisation a été établie pour garantir une utilisation efficace des ressources ainsi obtenues.

57. L'Initiative de Muskoka prise par le Groupe des Huit (G-8) encourage un renforcement des systèmes nationaux de soins de santé dans les pays en développement, afin de permettre plusieurs interventions essentielles pour assurer la continuité des soins. Cette initiative privilégie le renforcement des systèmes de soins, l'élargissement des services de santé de la sexualité et de la procréation, y compris la planification familiale, la lutte contre l'inégalité entre les sexes et la défense des droits fondamentaux des filles et des femmes. Par cette initiative, les gouvernements membres du G-8 fourniront 5 milliards de dollars des États-Unis entre 2010 et 2015. En outre, 2,3 milliards proviendront d'autres gouvernements – l'Espagne, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, les Pays-Bas, la République de Corée et la Suisse – ainsi que de la Fondation pour les Nations Unies et la Fondation Bill et Melinda Gates.

58. Pour accélérer l'action menée pour sauver la vie des femmes et des nouveau-nés, l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et la Banque mondiale en 2008 ont publié une déclaration commune sur la santé maternelle et néonatale et se sont engagés à redoubler d'efforts dans cette voie. Ils ont par la suite été rejoints par ONUSIDA. Ces organisations, dont le groupe est actuellement connu sous le nom de H4+, ont lancé un important programme de travail pour le compte de 50 pays où la charge de la santé néonatale et maternelle est la plus lourde.

59. L'Initiative pour la santé dans le monde, lancée par le Président des États-Unis d'Amérique, Barack Obama, sera appliquée dans tous les pays qui reçoivent des États-Unis une aide en matière de santé. Huit pays – Bangladesh, Éthiopie, Guatemala, Kenya, Malawi, Mali, Népal et Rwanda – recevront en outre des ressources techniques, administratives et financières qui leur permettront d'appliquer rapidement la méthode définie par l'Initiative, notamment des programmes et investissements intégrés couvrant l'ensemble des maladies infectieuses, les problèmes de santé maternelle et infantile, la planification familiale et diverses activités visant la santé publique.

60. L'engagement de Mandang a été pris lors de la réunion biennale de 2009 des ministres de la santé des pays insulaires du Pacifique. L'appel d'Addis à une action urgente pour la santé maternelle, lancé en 2009, exige l'adoption et la promulgation des lois et politiques portant à 18 ans l'âge légal du mariage, ou portant sur le respect des droits fondamentaux des filles et la prévention des risques associés aux mariages précoces et aux grossesses d'adolescentes, et cherche à assurer des systèmes de soins de santé attentifs à la problématique hommes-femmes, culturellement sensibles et orientés vers la population locale; cet appel a créé une demande de fourniture de services et d'infrastructure efficaces. La Déclaration d'engagement d'Addis-Abeba, prise lors de la quatrième Conférence internationale de parlementaires pour l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (27 et 28 octobre 2009) reconnaît très nettement que la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes est l'un des neuf domaines à retenir en priorité pour réaliser l'objectif 5 des OMD<sup>25</sup>.

61. L'Initiative internationale sur la mortalité maternelle et les droits de l'homme a été lancée en 2007 – premier effort de la société civile dans le domaine des droits de l'homme visant à réduire la mortalité maternelle. L'Initiative a été lancée par un partenariat d'organisations internationales, régionales et nationales de la société civile, désireuses d'appliquer de manière exhaustive l'approche « droits de l'homme » à la question de la mortalité maternelle, notamment en appelant les gouvernements et les donateurs à faire preuve de la volonté politique voulue pour prendre les mesures nécessaires afin de réduire la mortalité maternelle, puis pour mettre en place des mécanismes permettant un meilleur exercice des responsabilités afin de s'assurer que le droit des femmes à la santé maternelle soit effectivement exercé<sup>26</sup>. Avec des projets en Inde, au Kenya et au Pérou, l'Initiative internationale cherche à mieux comprendre comment intégrer les principes des droits de l'homme

---

<sup>25</sup> Les autres domaines sont : la sensibilisation et le plaidoyer, les responsabilités budgétaires et de contrôle, la législation et les politiques, le renforcement du pouvoir des jeunes, le renforcement des systèmes de soins, la promotion de l'accès à la santé de la sexualité et de la procréation et notamment la planification familiale, un financement adéquat, et le traitement des questions du changement climatique et des questions démographiques nouvelles.

<sup>26</sup> Voir <http://righttomaternalhealth.org/>.

et les méthodes correspondantes, et l'action menée pour réduire la mortalité maternelle aux niveaux national, sous-national et local. L'Initiative cherche aussi à établir des liens entre les défenseurs des droits de l'homme, les groupes actifs dans la santé publique et les défenseurs des droits des femmes.

## **V. Initiatives visant à renforcer la collecte des données et les connaissances sur la mortalité maternelle**

62. Dans les pays en développement où les dossiers médicaux peuvent ne pas même exister, où la grossesse éventuelle d'une femme avant sa mort n'est pas nécessairement connue ou est cachée en raison de facteurs sociaux, culturels ou religieux, et où les données sur les causes de décès font défaut ou ne sont pas fiables, il arrive que de nombreux décès maternels ne soient pas dénombrés. En l'absence de systèmes fiables de l'état civil, des méthodes indirectes d'estimation ont été utilisées. Pourtant, des données fiables ventilées par sexe et par âge sont essentielles si l'on veut replacer la question de la mortalité maternelle dans la perspective de l'égalité des sexes et de la défense des droits de l'homme.

63. Des progrès ont été réalisés dans l'établissement de liens, dans ce domaine, grâce à des initiatives qui abandonnent progressivement l'approche fondée sur l'action des entités des Nations Unies ou de chercheurs isolés, pour viser une plus grande cohérence et une meilleure intégration.

64. Ainsi, le Groupe interinstitutions d'estimation de la mortalité maternelle, où se retrouvent l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale, ainsi qu'un groupe consultatif technique indépendant, travaille actuellement à un examen des estimations de mortalité maternelle et la production de ces estimations. Ce Groupe a élaboré des estimations de la mortalité maternelle à l'aide d'une modélisation statistique pour les pays où il n'existe pas de données fiables et il a mis à jour les estimations existantes.

65. La Division de statistique du Secrétariat de l'ONU a continué à entretenir et améliorer son site Web et la base de données sur les indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement<sup>27</sup>, travaillant, dans ce cadre, avec le Groupe d'experts interinstitutions sur les indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement et ses sous-groupes techniques. En particulier, les organisations internationales chargées de produire des estimations et de réunir les indicateurs de suivi de l'objectif 5 des OMD et des deux cibles correspondantes ont renforcé leur collaboration et mené ensemble plusieurs initiatives aux niveaux régional et international, notamment en organisant des ateliers de formation sur les méthodes d'estimation et les métadonnées sur les indicateurs à l'intention des spécialistes des services statistiques nationaux et des ministères de la santé, ainsi que des consultations avec leurs homologues nationaux pour la production des estimations et l'analyse et la diffusion des données.

66. Les États Membres continuent aussi à améliorer la collecte et l'analyse des données nationales concernant la mortalité et la morbidité maternelles. En Nouvelle-Zélande, le Comité d'examen de la mortalité périnatale et maternelle collecte des données sur tous les décès maternels et périnatals dans le pays et établit un rapport

<sup>27</sup> <http://mdgs.un.org>.

qui dégage les facteurs contributifs et recense les décès qui étaient peut-être évitables. Des données sont également collectées sur la morbidité maternelle. Un guide des normes de maternité a été rédigé dans l'optique de la fourniture et du suivi des soins de maternité. Ces données sont transmises régulièrement à l'OMS, à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et à Eurostat, ce qui permet de suivre de près les progrès accomplis.

## **VI. L'impulsion apportée par ONU-Femmes**

67. Étant donné son mandat, qui est de diriger et coordonner l'action menée pour l'égalité des sexes dans l'ensemble du système des Nations Unies, ONU-Femmes s'efforce de forger des liens étroits entre les différents organismes dans le but de progresser vers l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme, dans tous ses domaines de travail.

68. Sans chercher à remplacer le travail entrepris par d'autres organismes ou faire double emploi, ces organismes ayant parfois un avantage comparatif manifeste dans le domaine de la mortalité maternelle, ONU-Femmes aidera à faire progresser la participation active et le dynamisme des femmes au règlement de ce problème, en veillant à ce que les pays disposent bien des meilleures connaissances et des meilleures techniques spécialisées de façon à dégager une perspective claire sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. En mettant l'accent sur le renforcement du pouvoir économique des femmes, ONU-Femmes aidera les pays à s'assurer que l'application des programmes et projets relatifs à la mortalité maternelle sera soucieuse de l'égalité des sexes.

69. L'un des aspects essentiels du travail d'ONU-Femmes consiste à s'efforcer de connaître et d'inverser l'inégalité entre les sexes et les stéréotypes sexuels, qui sont à l'origine de la mortalité maternelle élevée générale et persistante. À ce sujet, l'action d'ONU-Femmes complète celle d'autres entités qui cherchent à remédier directement aux causes de la morbidité et de la mortalité maternelles. L'aide apportée par ONU-Femmes aux États Membres, s'agissant par exemple de l'élaboration de budgets ventilés par sexe, permettra aussi de s'assurer que des ressources adéquates sont affectées à l'égalité des sexes dans les activités de développement. ONU-Femmes favorise la participation des femmes aux décisions dans tous les contextes, notamment dans les situations postconflituelles, où la santé et les droits des femmes en matière de procréation sont particulièrement compromis et où la violence sexuelle et le viol contribuent à des niveaux exceptionnellement élevés de morbidité et de mortalité maternelles. Par cette place faite au renforcement du pouvoir économique des femmes, ONU-Femmes aidera les femmes à prendre les décisions qui concernent leur comportement procréateur et leur santé, notamment à avoir accès aux services de santé de la procréation et aux articles correspondants.

70. La volonté d'ONU-Femmes d'améliorer la participation active et dynamique des femmes joue un rôle clé dans l'élimination de la mortalité maternelle. La participation active des femmes est essentielle pour que la perspective des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, nécessaire pour réduire la mortalité maternelle, soit pleinement adoptée. Elle permet de s'assurer que les interventions sont familières, pleinement maîtrisées et pertinentes. On ne peut concevoir de politiques et de programmes efficaces face à la mortalité et à la morbidité maternelles en l'absence d'une véritable participation des femmes.

71. Le Plan stratégique 2011-2013 et le cadre de résultats pour le développement définit deux aspects importants du rôle d'ONU-Femmes – assurer que les politiques mondiales et le cadre normatif de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes sont réaffirmées, renforcées et approfondies, d'une part, et d'autre part accroître la mesure dans laquelle les politiques mondiales dans ce secteur et le cadre normatif reflètent bien l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. À cette fin, ONU-Femmes travaillera avec d'autres organismes pour s'assurer qu'une perspective de l'égalité des sexes est effectivement adoptée dans le travail sectoriel mené pour tenter d'éliminer la mortalité maternelle. ONU-Femmes encouragera aussi un lien entre les accords normatifs relatifs à la mortalité maternelle et l'expérience pratique, notamment par le canal de la Commission de la condition de la femme et dans les autres enceintes intergouvernementales.

## VII. Conclusions et recommandations

72. Ces dernières années, l'importance d'une approche fondée sur les droits de l'homme et sur le principe de l'égalité des sexes par l'action menée pour réaliser l'ODD 5 a trouvé son expression dans les normes intergouvernementales établies. Dans cette perspective, il est admis à la fois que l'approche médicale et la fourniture de soins, tout en étant essentielles, ne suffisent pas et qu'une démarche fondée sur l'égalité des sexes doit être suivie pour éliminer les causes profondes de la mortalité maternelle et garantir que des soins de qualité et d'un coût raisonnable soient accessibles à toutes.

73. Selon le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, les meilleurs exemples de l'approche « droits de l'homme » dans l'action menée contre la mortalité maternelle impliquent à la fois des efforts soutenus pour éliminer les causes profondes de la mortalité maternelle et un renforcement de l'engagement pris par les pouvoirs publics d'élargir l'accès aux soins de qualité et de poursuivre l'autonomisation des femmes.

74. Le présent rapport suggère qu'une approche cohérente et soutenue reposant sur les droits de l'homme doit privilégier un ensemble complet d'interventions attentives au respect des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, ainsi qu'à l'autonomisation des femmes, et que cette approche n'est pas encore véritablement appliquée concrètement. Les initiatives et programmes existants ont sans conteste contribué aux réductions récemment observées de la mortalité maternelle, mais rien n'indique que ce soit le résultat de l'application de cette approche systématique.

75. Dans les initiatives et programmes lancés par les États Membres, et dans une moindre mesure par les organismes des Nations Unies, la mortalité et la morbidité maternelles sont essentiellement traitées comme des problèmes médicaux. Des initiatives exhaustives pour résoudre systématiquement des problèmes bien connus tels que le paludisme font défaut. Des lois ont été adoptées dans certains pays pour venir à bout de la mutilation génitale féminine mais rien n'indique l'existence d'une approche systématique de la lutte contre toute forme de violence contre les femmes et les filles lors de la grossesse et de l'accouchement.

76. La lente émergence d'une approche durablement fondée sur les droits de l'homme et sur le principe de l'égalité des sexes qui traite de tous les éléments repérés par le Conseil des droits de l'homme comme essentiels dans cette approche peut être attribuée à de nombreux facteurs.

77. Les États Membres et les organismes des Nations Unies ont eux-mêmes fait état de diverses contraintes qui pèsent sur l'action qu'ils mènent pour éliminer la mortalité maternelle, et notamment un haut niveau d'illettrisme, divers obstacles culturels et religieux, la médiocrité des infrastructures sanitaires, la formation insuffisante du personnel de santé et les problèmes résultant d'une croissance démographique rapide.

78. L'isolement géographique se traduit par des coûts élevés de la desserte des populations qui sont dispersées, en particulier les femmes rurales, et cet isolement a retardé les progrès accomplis dans certains États Membres. Le manque de personnel dans les hôpitaux, le financement insuffisant des programmes de santé maternelle et infantile, et l'absence dans certaines régions de maisons d'attente situées près des maternités, venant s'ajouter au manque de personnel qualifié et à sa répartition inégale entre les zones rurales et urbaines sont fréquemment signalés.

79. Un certain nombre de pays ont déjà nettement abaissé leurs taux de mortalité maternelle, et pourtant il subsiste des poches de populations vulnérables et désavantagées. Il existe des problèmes spécifiques dans la fourniture de soins de maternité adéquats et de services de santé de la procréation adaptés à la population particulièrement vulnérable que sont les femmes rurales, les femmes souffrant du VIH ou du sida, les adolescentes, les handicapées et les femmes autochtones. Les droits fondamentaux de ces groupes sont souvent foulés au pied, en particulier lors de la grossesse et de l'accouchement.

80. L'Instance permanente sur les questions autochtones a ainsi été amenée à recommander à plusieurs reprises que les mesures conçues pour s'occuper de la santé maternelle des femmes autochtones tiennent compte avant tout de la nécessité de soins de santé culturellement appropriés. Les soins dispensés doivent respecter leurs traditions en matière de santé et de bien-être, être dispensés dans une langue vernaculaire et dans un contexte culturellement approprié. Les femmes doivent pouvoir participer aux décisions relatives aux soins qu'elles reçoivent, et notamment les soins prénatals et l'accouchement.

81. De même, des informations concernant les soins de santé de la procréation dispensés aux femmes handicapées donnent à penser que ces femmes se trouvent souvent privées de soins de planification familiale et d'éducation (y compris l'éducation sexuelle). En fait, les prestataires de soins estiment peut-être, de façon incorrecte, que les femmes handicapées n'ont pas besoin de services de soins de santé de la procréation, ou bien parce qu'elles ne sont pas sexuellement actives, ou bien parce qu'elles ne peuvent concevoir. Les soignants doivent être formés et expérimentés dans l'action menée avec les patientes handicapées de façon à ce que les droits de celles-ci soient bien respectés pendant la grossesse et pendant et après l'accouchement.

**82. L'action menée pour éliminer la mortalité et la morbidité maternelles étant manifestement trop compartimentée, un effort concerté est donc nécessaire pour accélérer l'émergence d'une approche soutenue et nettement fondée sur les droits de l'homme. Cette approche doit être systématique et englober un ensemble de programmes et de services.**

**83. Pour éliminer la vulnérabilité des femmes et des filles à la discrimination, aux abus sexuels et à la violence sexiste, notamment la mutilation génitale féminine, il faudra que des changements sociaux profonds interviennent.**

L'accès à l'éducation et à l'information sur les soins et les services de santé de la procréation, ainsi que des interventions visant à éliminer le risque de paludisme, d'anémie et de sida sont nécessaires.

84. Il faut dispenser des soins de qualité avant, durant et après la grossesse, et répondre aux besoins des femmes et des filles en matière d'alimentation adéquate, d'eau potable et d'assainissement, et les femmes enceintes doivent avoir accès à des soins prénatals et postnatals. Il faut également prévoir un accès à des soins de santé primaires complets, et prévoir une infrastructure adéquate, notamment des moyens de transport et de communications nécessaires pour répondre à l'éventualité de problèmes obstétricaux d'urgence.

85. Étant donné les liens étroits qui existent entre les diverses causes profondes de la mortalité maternelle, pour éliminer celle-ci il faut également réaliser les OMD 3, 5 et 6, conjointement, afin d'aligner les avantages de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, améliorer la santé maternelle et lutter contre le sida, le paludisme et d'autres maladies. Tout en s'efforçant d'éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les femmes et les filles, il faut veiller à ce que les femmes enceintes vivant avec le VIH/sida soient protégées de toute discrimination de la part des soignants, ce qui risquerait de compromettre leur survie et celle de leur enfant. L'accès aux traitements antirétroviraux pour les femmes qui sont contaminées doit être assuré.

86. Il faut déployer de plus grands efforts pour éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles et pour venir à bout de toutes les formes de violence, y compris la mutilation génitale féminine. Cette action doit s'appuyer sur une législation adéquate, qui doit être effectivement appliquée.

87. Des soins facilement accessibles et peu coûteux, notamment les soins obstétricaux d'urgence, sont essentiels dans une approche fondée sur les droits de l'homme de l'élimination de la mortalité maternelle. Un traitement et un suivi efficaces doivent être assurés en cas de problème obstétrical d'urgence ou de morbidité maternelle.

88. Enfin, la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles adolescentes, dans leur communauté, pour leur permettre de participer dans tous leurs aspects aux décisions relatives à leur comportement procréateur, à la maternité, à leur bien-être postnatal et à leur santé sexuelle et procréative, doivent figurer parmi les éléments essentiels de toutes les initiatives fondées sur les droits de l'homme visant à éliminer la mortalité et la morbidité maternelles.

89. Ces interventions supposent une volonté renouvelée et l'engagement de ressources suffisantes, ainsi qu'un solide système de responsabilisation. À cet égard, la commission sur l'information et la responsabilisation de l'Initiative « Chaque femme, chaque enfant » est un exemple à suivre.

## Références

- AbuZahr, Carla (2011). New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? *Reproductive Health Matters*, vol. 19, n° 37, p. 117-128.
- Graham, Wendy *et al.* (2008). Measuring progress in reducing maternal mortality. *Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 22, n° 3 (juin), p. 425-445.
- Lozano, Rafael *et al.* (2011). Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet*, vol. 378, n° 9797 (24 septembre), p. 1139-1165.
- Organisation mondiale de la santé (2010). *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 – Estimations établies par l’OMS, l’UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale*. Genève, OMS.
- Ronsmans, C. *et al.* (2006). Maternal mortality: who, when, where and why. *Lancet*, vol. 368, n° 9542 (30 septembre), p. 1189-1200.
- Starr, Ann M. (2006). Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *Lancet*, vol. 368, n° 9542 (30 septembre), p. 1130-1132.
-