

Survivre à la grossesse et à l'accouchement

Un droit humain international

« L'incapacité à prendre en compte les invalidités et les décès maternels évitables représente une des plus grandes injustices sociales de notre époque... [L]es risques pour la santé reproductive des femmes ne sont pas simplement des maux et des inconvénients naturels inévitables de la grossesse, mais constituent plutôt des injustices que la société est en mesure et est tenue de corriger... »

— **Rebecca J. Cook & Bernard M. Dickens, Organisation mondiale de la santé, *Advancing Safe Motherhood Through Human Rights* (2001)**

Le droit de survivre à la grossesse et à l'accouchement est implicite dans le droit humain fondamental des femmes à la vie. La jouissance de ce droit par les femmes dépend de leur capacité à exercer trois autres droits humains fondamentaux : le droit aux soins de santé, le droit à la non-discrimination et le droit à la liberté de choix en matière de reproduction. Tenir les gouvernements juridiquement comptables de la réalisation de ces droits est un moyen puissant de surmonter l'acceptation de la mort durant la grossesse ou l'accouchement comme un risque inévitable lié à la condition féminine. Ce document de synthèse aborde la survie maternelle en tant que droit humain et propose les trois conclusions suivantes :

- Les gouvernements ont, aux fins du droit international relatif aux droits humains, le devoir d'œuvrer à garantir la survie des femmes à la grossesse et à l'accouchement ;
- Des lois et des politiques qui garantissent l'accès à des services de santé reproductive de qualité, la non-discrimination et l'autonomie dans la prise de décision en matière de reproduction, sont essentielles pour garantir la grossesse et l'accouchement sans risque ;
- La communauté internationale devrait remplir l'engagement auquel elle a souscrit, lors de conférences internationales et dans d'autres enceintes, de prendre en compte les facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle.

A l'intérieur

- I. Introduction
- II. Cadre international des droits humains
 - A. Droit à la vie
 - B. Droit aux soins de santé
 - C. Droit à la non-discrimination
 - D. Droit à la liberté de choix en matière de reproduction
- III. Engagements globaux pour sauver la vie de la femme
- IV. Conclusion



Photo reproduite avec la permission de Deborah Dudley

I. Introduction

Tous les ans, plus d'un demi-million de femmes décèdent des complications de la grossesse et de l'accouchement.¹ Quatre vingt dix neuf pour cent de ces femmes vivent dans des pays à faible revenu, avec une femme sur seize en Afrique subsaharienne décédant de causes liées à la grossesse.² Les décès à une telle échelle ne sont pas un risque inévitable de la grossesse et de l'accouchement — ces décès sont évitables et sont le résultat tragique de décisions de politique qui trop souvent négligent et dévalorisent les femmes et sont discriminatoires envers elles. Les activistes peuvent faire pression sur les gouvernements pour inverser cette tendance, en les tenant comptables du devoir qui leur incombe, au titre du droit international, de garantir aux femmes la jouissance du droit de survivre à la grossesse et à l'accouchement. Le recours au langage des « droits » met en évidence l'obligation contraignante faite aux gouvernements, au titre du droit international et du droit national, de garantir la sécurité de la femme tout au long de la grossesse et de l'accouchement. L'incapacité à remplir cette obligation constitue une violation des engagements souscrits dans le cadre des traités et d'autres normes internationales contraignantes, ainsi que des obligations constitutionnelles et législatives au niveau national.

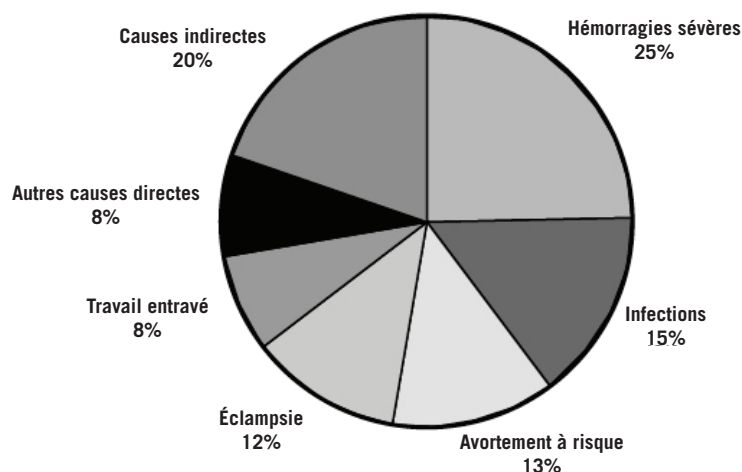
Toutes les minutes, quelque part dans le monde, une femme meurt des suites d'une grossesse ou d'un accouchement. Ceci revient à plus de 500 000 décès maternels par an.³

Ce document de synthèse discute des normes juridiques internationales pour les droits à la vie, à la santé, à la non-discrimination et à la liberté de choix en matière de reproduction, et identifie les devoirs correspondants qui incombent aux gouvernements en vue de garantir la jouissance de ces droits par les femmes. Le document dresse un tableau global du tribut prélevé sur la vie et la santé des femmes par la fourniture inadéquate de soins de santé, la discrimination généralisée et la privation de la liberté de prendre des décisions en matière de reproduction. Il se conclut par une brève discussion sur l'écart entre l'engagement déclaré de la communauté internationale de promouvoir la survie maternelle et les actions qu'elle a menées, jusqu'ici, à cette fin.

L'Organisation mondiale de la santé entend par décès maternel « le décès d'une femme enceinte ou un décès survenu dans les 42 jours suivant une interruption de grossesse, quel que soit le siège ou la durée de cette dernière, et dont la cause est liée ou aggravée par la grossesse ou la prise en charge de cette dernière, mais non par des accidents ou des incidents. »⁴

Grossesse et accouchement : Un aperçu global

CAUSES DES DÉCÈS LIÉS À LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT



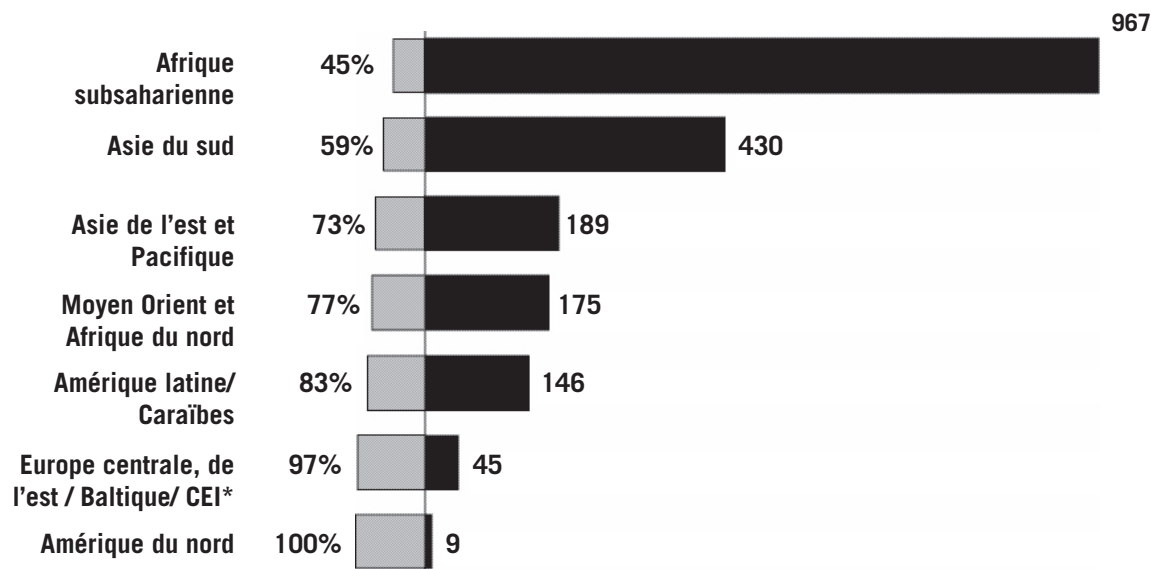
Risque de décès maternel sur la durée de la vie par régions des Objectifs de développement du Millénaire des Nations Unies :⁵

| | |
|---|-------------|
| Afrique | 1 sur 20 |
| Asie | 1 sur 94 |
| Amérique latine et Caraïbes | 1 sur 160 |
| Océanie | 1 sur 83 |
| Régions développées (Europe, Canada, USA, Japon, Australie et Nouvelle-Zélande, qui sont exclus des totaux régionaux) | 1 sur 2 800 |

Source : Organisation mondiale de la santé, *Reduction of Maternal Mortality : A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*, Genève, 1999.
Disponible à : Population Reference Bureau, *Graphic Banks*
http://www.prb.org/presentations/f_causes-matern-mortality.ppt

SOINS FOURNIS PAR UN PERSONNEL QUALIFIÉ À LA NAISSANCE ET DÉCÈS MATERNELS : COMPARAISONS RÉGIONALES⁶

Pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié | Nombre de décès maternels par 200 000 naissances vivantes



*Commonwealth des Etats Indépendants (ancienne Union soviétique)

Source : Population Reference Bureau, *Making Motherhood Safer*, 2002.

II. Cadre international des droits humains

La plus fondamentale des garanties en matière de droits humains — le droit à la vie — est liée de manière essentielle aux droits humains à la santé, à la non discrimination et à la liberté de choix en matière de reproduction. La capacité des femmes à survivre à la grossesse et à l'accouchement — de fait, l'exercice de leur droit à la vie — est subordonnée à leur accès à des soins de santé reproductive de qualité et leur autonomie dans la prise de décisions relatives à leur vie reproductive, sans être en butte à la discrimination sociale, culturelle, économique ou juridique. L'incapacité des gouvernements à garantir ces conditions constitue une privation de garanties fondamentales en matière de droits

A. DROIT À LA VIE

Dans la plupart des pays à faible revenu, la mortalité maternelle compte pour la proportion la plus forte des décès chez les femmes en âge de procréer.⁷ Ces décès, dans leur grande majorité, sont évitables.⁸ Les garanties internationales du droit à la vie exigent des gouvernements non seulement qu'ils s'abstiennent de tuer de manière arbitraire, mais aussi qu'ils œuvrent de manière proactive à préserver leurs citoyens de décès arbitraires et évitables,⁹ notamment les décès maternels évitables.¹⁰ Afin de faire respecter ces devoirs, les gouvernements doivent aborder la mortalité maternelle comme une question de droits humains, au travers de lois, de politiques et de programmes.

« Je ne pense pas une minute que si les hommes mouraient dans la fleur de l'âge en aussi grand nombre, on aurait fait aussi peu. »

**James Wolfensohn, Président de la Banque mondiale,
Journée mondiale de la santé, le 7 avril 1998**

Le déni du droit de la femme à la vie se manifeste de manière alarmante, en **Afghanistan**, où une femme sur six décède de causes liées à la grossesse.¹¹ Les effets combinés de plus de 20 années de guerres, trois saisons de sécheresse et six années de règne des Talibans ont eu des conséquences désastreuses sur la santé des femmes afghanes. Les complications de la grossesse et de l'accouchement comptent pour 50% de tous les décès de femmes afghanes en âge de procréer.¹²

Une situation de crise comparable prévaut dans des pays d'Afrique subsaharienne, en particulier

là où les conflits armés ont contribué à la vulnérabilité des femmes durant la grossesse.¹³ En **Sierra Leone**, le risque de décès durant la grossesse et l'accouchement va jusqu'à un pour six.¹⁴ Toutefois, le risque de mortalité maternelle est à des niveaux inacceptables même dans de nombreux pays qui jouissent d'une paix relative, notamment au **Mali**, où, selon les estimations, une femme sur dix décède de causes liées à la grossesse.¹⁵

Il est important de noter que dans des pays où les statistiques indiquent un ratio de mortalité maternelle relativement faible, il peut y avoir des segments de la population — en particulier les femmes rurales à faible revenu et les membres de groupes minoritaires — où l'on enregistre des taux élevés de mortalité maternelle. Ceci est vrai aux **États-Unis**, où les Centres de surveillance des maladies signalent que les femmes africaines-américaines courent trois à quatre fois plus de risque de décéder de causes liées à la grossesse que les femmes blanches.¹⁶

B. DROIT AUX SOINS DE SANTÉ

L'accès à des services de santé reproductive de qualité est crucial pour les efforts visant à réduire la mortalité maternelle et est lui-même un droit humain international protégé. Les experts ont identifié un certain nombre d'interventions en matière de soins de santé qui contribuent à la réduction de la mortalité maternelle, notamment la garantie de l'accès à :

- des soins de santé pré- et postnatals ;
- l'assistance de personnel qualifié à l'accouchement ;

Un droit humain international

- des soins obstétriques d'urgence ; et
- la planification familiale.

Le droit international garantit le droit à toute personne de jouir « du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. »¹⁷ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a reconnu que le droit à la santé entraîne nécessairement, pour les gouvernements, le devoir de fournir des services de soins de santé. Le Comité a spécifié que la réalisation du droit à la santé dépendait de « la disponibilité, l'accessibilité et la qualité » des soins de santé pour tous les individus et de « la jouissance d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. »¹⁸

Cependant, au moins 35% des femmes dans les pays à faible revenu ne bénéficient pas de soins prénatals durant la grossesse, près de 50% accouchent sans l'assistance de personnel qualifié et 70% ne bénéficient d'aucun soin post-partum dans les six semaines suivant l'accouchement.¹⁹ Les carences des services de santé dans les pays à faible revenu reflètent la réalité du fait que les ressources financières restreintes d'un pays — quoiqu'ils ne soient pas le seul élément déterminant — affectent de manière significative sa capacité à réduire la mortalité maternelle. Une approche de la mortalité maternelle sous l'angle des droits humains nécessite donc la prise en compte des obligations qui incombent aux pays riches d'améliorer l'accès aux soins de santé dans les pays à faible revenu. Le Comité des droits économiques et sociaux a mis l'accent sur le devoir des pays riches de promouvoir la jouissance des droits économiques sociaux et culturels à l'échelle internationale. Dans son Observation générale sur le Droit à la santé, le Comité a spécifié :

*« Eu égard aux ressources disponibles, les États parties devraient faciliter l'accès aux soins, services et biens sanitaires essentiels dans la mesure du possible et fournir, au besoin, l'aide nécessaire. »*²⁰

Une coopération générale plus grande est nécessaire pour garantir la réalisation du droit aux soins de santé. Les sous-sections suivantes examinent les carences en matière de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité des soins de santé maternelle.

1. Disponibilité des soins

Une étude menée sur les structures de santé au Nigeria, au Ghana et en Sierra Leone a constaté que, une fois arrivées dans les structures de santé, les femmes étaient confrontées à de longues attentes avant de recevoir un traitement obstétrical, et que ces retards étaient un facteur majeur aux décès maternels.²¹ L'étude a imputé ces longues attentes — allant en moyenne de 2,6 à 15,5 heures — à une pénurie ou un manque de produits et matériels essentiels, notamment les médicaments, les gants, les matériels de sutures et les produits anesthésiants, dans les structures de santé. Les patientes étaient contraintes d'attendre que des membres de leur famille tentent de se procurer les médicaments et les fournitures nécessaires dans des pharmacies privées.²²

Dans un hôpital de Kaolack, au Sénégal, 80% des femmes qui avaient besoin de transfusions sanguines et 64% de celles qui avaient besoin d'anesthésie n'ont pas bénéficié du traitement requis, en raison de la non-disponibilité de produits.²³

2. Accessibilité des soins

Là où ils existent, les services et les structures peuvent être d'un coût prohibitif, et donc inaccessibles pour nombre de femmes. La Banque mondiale a estimé que les gouvernements n'avaient à engager que 2 dollars par personne par an pour garantir des services de santé maternelle de base acceptables.²⁴ Avec l'appui de la communauté internationale, les gouvernements pourront prendre des mesures immédiates pour allouer des fonds à la garantie de l'accès à ces services de base.



En Bolivie, il est rentable d'investir dans la santé des femmes

Consacrer des ressources à la santé reproductive des femmes présente des avantages considérables. En **Bolivie**, où l'on enregistre les taux de mortalité maternelle parmi les plus élevés d'Amérique latine,²⁵ une étude de 1996 a révélé que la cherté des frais médicaux empêchait la plupart des femmes à faible revenu de bénéficier des soins de santé nécessaires.²⁶ Les femmes qui accouchaient dans les structures de santé publiques avaient à payer les frais médicaux et aussi à faire face aux coûts de l'anesthésie et des antibiotiques et au coût des fournitures chirurgicales, y compris les gants et les draps.²⁷ Afin d'améliorer la qualité de

la santé maternelle et infantile dans la nation, le gouvernement bolivien a élaboré et mis en œuvre un programme d'assurance nationale au titre duquel les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de cinq ans bénéficieraient de soins de santé gratuits. La couverture pour les femmes enceintes comprendrait les visites prénatales, l'accouchement à l'hôpital, le traitement des complications obstétricales et une consultation post-natale.²⁸ Une évaluation du programme dans sa seconde année de mise en œuvre a constaté qu'il avait rehaussé le recours aux soins de maternité, en particulier parmi les femmes et les filles à faible revenu.²⁹

Photo reproduite avec la permission des Archives photographiques des Nations Unies.

Les obstacles physiques à l'accès, tels que le manque de transport, sont souvent les prolongements des facteurs économiques qui empêchent les femmes de se procurer les soins de santé reproductive de qualité dont elles ont besoin. Les femmes qui courent le plus grand risque de décès maternel vivent dans des pays à faible revenu, dont de vastes zones sont souvent rurales et disposent de peu d'infrastructures ou d'infrastructures en mauvais état. Les routes rurales ont souvent besoin d'être remises en état et les véhicules y sont rares, si non inexistantes. Les structures qui existent sont généralement concentrées autour des zones urbaines³⁰; la plupart des femmes rurales vivent à plus de cinq kilomètres de l'hôpital le plus proche.³¹ Dans une étude communautaire de la mortalité maternelle au **Zimbabwe**, menée entre

1989 et 1990, le manque de transport contribuait à 28% des décès dans la zone rurale examinée par l'étude contre 3% dans la zone urbaine.³² Dans la région rurale de Mwanza, en **Tanzanie**, la recherche montre que le manque d'accès aisé à des moyens de transport peu coûteux est l'obstacle le plus important auquel se heurtent les femmes durant les urgences obstétriques.³³

3. Acceptabilité des soins

Des services de soins qui ne sont pas appropriés à l'âge ou la culture de la patiente peuvent constituer d'autres obstacles à la prise en charge des femmes enceintes. Parmi les Indiennes Saraguro de l'**Equateur**, les services de santé formels sont évités, parce que les populations pensent que les hôpitaux portent atteinte à la vie privée des

Un droit humain international

femmes durant l'accouchement et que les prestataires de soins sont dans leur grande majorité de sexe masculin.³⁴ Dans des études portant sur les populations autochtones Maya du Guatemala, la recherche montre que les femmes Maya évitent les programmes de planification familiale, non pas parce qu'elles ne veulent pas de ces services, mais parce qu'ils sont rarement accessibles ou appropriés sur le plan culturel ou linguistique.³⁵ Au Guatemala, très peu d'institutions fournissent des informations ou des services dans une quelconque des 24 langues autochtones du pays.³⁶

4. Qualité des soins

La mauvaise qualité des services de santé — y compris un personnel mal formé, peu attentionné, ou ayant des attitudes peu respectueuses, l'absence de respect de la vie privée, le délabrement des structures, des heures d'ouverture qui ne conviennent pas et des restrictions sur les personnes qui peuvent séjourner avec la femme dans une structure de santé³⁷ — tout cela dissuade nombre de femmes de recourir aux services de santé maternelle, même lorsqu'ils sont disponibles et accessibles. A Masvingo, au Zimbabwe, des travaux de recherche communautaire montrent qu'une portion significative des décès maternels est due à des « facteurs évitables », notamment à l'incapacité des travailleurs de la santé à identifier les femmes qui ont des complications graves et à les référer à un niveau plus élevé du système de santé.³⁸ En Egypte, une étude portant sur 718 décès maternels a constaté que 92% de ces décès auraient pu être évités, si des soins de qualité avaient été fournis.³⁹

C. DROIT À LA NON-DISCRIMINATION

L'échelle des décès et des invalidités maternels à travers le monde reflète un problème grave d'inégalités et de discrimination systématiques subies par les femmes tout au long de leur cycle de vie et perpétuées par les lois et les politiques formelles et par des normes et des pratiques sociales préjudiciables

qui nuisent aux femmes. Les manifestations de la discrimination qui contribuent à la vulnérabilité des femmes durant la grossesse et l'accouchement sont nombreuses et comprennent : les disparités de revenu entre l'homme et la femme au sein du ménage, la violence domestique, les pratiques qui nuisent aux femmes, la préférence pour les fils et les perceptions stéréotypées de la femme essentiellement comme mère et nourricière.

La Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) entend par discrimination à l'égard des femmes :

« [T]oute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, ... sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'homme et des libertés fondamentales, dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine. »⁴⁰

Aux fins de la CEDAW, non seulement les gouvernements sont tenus de s'abstenir de tout acte discriminatoire à l'égard des femmes, mais ils doivent œuvrer activement à « modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières ou de tout autre type qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes. »⁴¹ La Convention relative aux droits de l'enfant exige de même des États parties qu'ils « prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants. »⁴²

Les gouvernements qui sanctionnent juridiquement la pratique du mariage précoce ou qui omettent d'intervenir commettent une telle forme de discrimination à l'égard des jeunes filles et des adolescentes. Le mariage des enfants mène à des

grossesses précoces, qui entraînent un certain nombre de risques pour la santé.⁴³ Les jeunes filles qui font des grossesses avant que leur pelvis ne soit pleinement développé souffrent souvent de complications, notamment le travail prolongé. Lorsqu'elles n'entraînent pas la mort, ces complications peuvent provoquer des lésions chroniques telles que les fistules obstétricales — des ouvertures entre le vagin et la vessie ou le rectum — qui causent la perte continue d'urine ou de selles, provoquant ainsi le rejet de nombre de femmes qui en souffrent par leurs familles et leurs communautés.⁴⁴

des adhérences vulvaires qui rétrécissent ou qui obstruent l'ouverture vaginale. Là encore, ceci peut entraîner un travail prolongé ou entravé.⁵¹ Une étude médicale portant sur près de 2000 **Nigérianes**, qui examinait la relation entre les complications obstétricales à l'accouchement et les MGF, a conclu que les femmes qui avaient subi des MGF rencontraient beaucoup plus de complications obstétricales que celles qui n'avaient pas subies.⁵²

En plus de protéger les femmes contre la discrimination entre les sexes, le droit international et les documents de politique internationale recon-

Photo reproduite avec la permission de Richard Lord Photography



Au Bangladesh, où plus de 50% de toutes les filles sont mariées avant l'âge de 18 ans et où l'âge moyen pour le mariage est de 14 ans, les grossesses précoces sont le principal facteur de risque pour les décès maternels.⁴⁵ Le taux de mortalité maternelle va jusqu'à 300 à 450 pour 100.000 naissances vivantes.⁴⁶ Chez les adolescentes, ce chiffre est de 580 pour 100.000 naissances vivantes.⁴⁷

Les mutilations génitales féminines (MGF), qui prévalent largement en Afrique de l'ouest, en Afrique centrale et en Afrique de l'est,⁴⁸ sont d'autres pratiques qui portent préjudice aux femmes. Les MGF portent atteinte à l'intégrité physique des femmes et mettent leur sécurité en péril durant la grossesse et l'accouchement. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), entre 100 et 140 millions de femmes et de filles à travers le monde ont subi des MGF, et tous les ans, deux millions de filles de plus risquent de subir l'intervention.⁴⁹ Les problèmes obstétricaux associés aux MGF comprennent les cicatrices vulvaires et vaginales, qui peuvent entraver l'accouchement.⁵⁰ En outre, une infection et une inflammation peuvent se produire au moment de la mutilation, ce qui provoque

naissent la discrimination fondée sur la situation économique ou la résidence en dehors des zones urbaines. La CEDAW appelle les gouvernements à déployer des efforts spéciaux pour garantir que les femmes des communautés rurales ne soient pas défavorisées, en particulier en ce qui concerne « [l']accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille. »⁵³ Le Comité de l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (Comité CEDAW) a également reconnu que, pour certaines femmes, « des honoraires trop élevés... l'éloignement des établissements et l'absence de transport public pratique et abordable » constituent des obstacles à l'accès aux services et sont eux-mêmes des formes de discrimination.⁵⁴

Un droit humain international

Ces protections, ainsi que celles adoptées lors des conférences internationales, ciblent spécifiquement les personnes qui courent les plus grands risques en matière de santé sexuelle et reproductive : les jeunes femmes, les femmes qui vivent dans la pauvreté et les femmes des zones rurales ou des zones urbaines marginalisées.

**D. DROIT À LA LIBERTÉ DE CHOIX
EN MATIÈRE DE REPRODUCTION**

Le droit de prendre des décisions éclairées sur sa vie reproductive est protégé par le droit humain à la liberté de choix en matière de reproduction tel que garanti par le droit international. Ce droit

est implicite dans les droits à l'intégrité physique, à la vie privée et à la vie de famille et a été formulé de manière explicite dans les documents de conférences internationales et dans la CEDAW en tant que le droit de déterminer le nombre de ses enfants et l'espacement de leurs naissances. L'article 16 de la CEDAW prévoit que les États parties garantiront aux hommes et aux femmes, de manière égale, « [l]es mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause, du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits. »⁵⁵ La protection du droit

**En Inde et en Afrique du sud, l'avortement est légal
mais n'est pas toujours accessible**

Les lois libérales en matière d'avortement ne garantissent pas nécessairement l'accès des femmes à des avortements sûrs. En **Inde**, en dépit de la légalité de l'avortement pour de larges motifs, les femmes souvent ne recourent pas aux services publics procurant des avortements ou ne sont pas en mesure de le faire, pour un certain nombre de raisons. Nombre d'entre elles ne sont pas conscientes de leur droit légal à l'avortement ou trouvent la loi trop complexe ou trop confuse en raison des nombreuses réserves qui y figurent.⁵⁶ Les structures qui procurent l'avortement sont également concentrées dans les villes, ce qui rend les services peu disponibles pour près de 75% de la population, qui vit dans les villages.⁵⁷ Là où les services sont disponibles, la mauvaise qualité des soins dis-

suade souvent les femmes de recourir aux structures publiques : elles y sont maltraitées, exploitées, découragées de se procurer l'avortement, elles reçoivent des informations et des conseils biaisés et subissent des violations de la confidentialité et la vie privée de la part du personnel de santé.⁵⁸ En **Afrique du sud**, les femmes sont exposées à des privations similaires d'accès à l'avortement sûr, en dépit des lois libérales relatives à l'avortement. Selon les estimations, près de 6% des décès maternels sont dus à des avortements dans de mauvaises conditions.⁵⁹ La recherche montre que les attitudes anti-avortement chez les travailleurs de la santé et le fait que les femmes ne connaissent pas leurs droits sont des obstacles majeurs à l'accès des femmes à l'avortement légal.⁶⁰



Photo reproduite avec la permission de Richard Lora Photography

de la femme à la liberté de choix en matière de reproduction exige des États qu'ils garantissent l'accès à une pleine gamme :

- de choix contraceptifs ;
- de services de santé reproductive, y compris des services procurant des avortements dans de bonnes conditions de sécurité ;
- d'informations sur la planification familiale et la santé sexuelle et reproductive.

L'incapacité des gouvernements à garantir la liberté de choix en matière de reproduction compromet la sécurité des femmes durant la grossesse et l'accouchement. Cette incapacité peut résulter d'obstacles réglementaires ou juridiques à l'accès à la contraception ou de financements insuffisants pour garantir que les méthodes contraceptives soient à la disposition de celles qui ne sont pas en mesure de faire face à leur coût. En outre, les attitudes culturelles vis-à-vis de la planification familiale — y compris la résistance des conjoints — peuvent dissuader nombre de femmes de recourir à des contraceptifs. Lorsqu'elles sont privées des moyens de contrôler leur fécondité, les femmes sont plus susceptibles de faire des grossesses non désirées ou involontaires qui peuvent entraîner des accouchements plus rapprochés. Les accouchements fréquents et multiples rendent la femme plus physiquement vulnérable aux complications de la grossesse et de l'accouchement, ce qui rehausse le risque de décès maternel. En outre, les grossesses non désirées ou involontaires conduisent des milliers de femmes qui n'ont pas accès à des services assurant des avortements sûrs et légaux à recourir à des interventions illicites, pratiquées dans des mauvaises conditions de sécurité.

A l'échelle mondiale, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité comptent pour 13% des décès maternels.⁶¹ Au Népal qui, en matière d'avortement, avait une des lois les plus restrictives au monde jusqu'à l'introduc-

tion d'une réforme en septembre 2002,⁶² les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité comptent, selon les estimations, pour près de la moitié de tous les décès maternels.⁶³ Le droit des femmes à la vie leur confère le droit de survivre à la grossesse et à l'accouchement. Leurs droits aux soins de santé, à la non-discrimination et à la liberté de choix en matière de reproduction — les conditions nécessaires à la survie maternelle — sont eux-mêmes protégés au titre du droit international. Cette section a mis l'accent sur le devoir qui incombe aux gouvernements de promouvoir la survie des femmes à la grossesse et à l'accouchement au travers de réformes juridiques et de politique. Les gouvernements ont reconnu ce devoir lors de conférences internationales où ils ont pris l'engagement individuel et collectif de sauver la vie de la femme. Bien qu'ils ne soient pas juridiquement contraignants pour les gouvernements, les documents adoptés lors de ces conférences contribuent à la promotion des normes internationales et peuvent aider à interpréter le champ d'application des dispositions des traités relatifs aux droits humains.⁶⁴ La section qui suit discute des dispositions relatives à la survie maternelle dans les principaux documents issus des conférences internationales.

Un droit humain international



III. Engagements globaux visant à sauver la vie de la femme

Lorsqu'elle a adopté, en 2000, les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) comme cadre de mesure des progrès en matière de développement, la communauté internationale a fait de la réduction de la mortalité maternelle une priorité primordiale.⁶⁵ Au préalable, la communauté internationale avait adopté des accords lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 et de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Conférence de Beijing) de 1995, qui reconnaissent de manière explicite la responsabilité qui incombe aux gouvernements de promouvoir la survie maternelle, en soulignant l'urgence de telles actions. Le Programme d'action de la CIPD dont les principes ont été réaffirmés par les Etats parties, une année après, lors de la Conférence de Beijing, énonce :

*Tous les pays, avec l'appui de tous les éléments de la communauté internationale, doivent développer les services de santé maternelle fournis dans le contexte des soins de santé primaires... il faudrait identifier les causes fondamentales de la morbidité et de la mortalité maternelles et s'attacher à mettre au point des stratégies pour y remédier...*⁶⁶

Parmi les buts spécifiques adoptés lors à la fois de la Conférence de la CIPD et de celle de Beijing, figuraient la réduction de la mortalité maternelle à la moitié de ses niveaux de 1990, avant l'année 2000, puis encore la réduction de moitié d'ici 2015.⁶⁷ Lors de la conférence sur le réexamen quinquennal de la CIPD en 1999, où l'absence de progrès dans la réalisation de ces critères est ressortie de manière manifeste, les gouvernements ont renouvelé les engagements souscrits à la Conférence de la CIPD et à celle de Beijing et ont convenu des « Mesures clés » pour la poursuite de la mise en œuvre, notamment :

*Veiller à ce que la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles soit une priorité dans le secteur de la santé et que les femmes aient aisément accès à des soins essentiels, à des services bien équipés et bien pourvus en personnel, en particulier du personnel qualifié pour les accouchements, y compris les soins d'obstétrique essentiels et les soins d'urgence, des services d'aiguillage efficaces et des moyens de transport pour des niveaux de soins plus élevés, le cas échéant, ainsi que des soins post-partum et des services de planification familiale.*⁶⁸

Les acteurs internationaux, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Banque mondiale et plusieurs ONG ont mené une action conjointe pour renforcer les programmes qui visent à garantir « la maternité sans risque. » Le groupe inter-agences encourage la mise en œuvre d'un ensemble général de services visant à promouvoir la maternité sans risque, qui comprend les soins et le counseling prénatals, les soins dispensés par un personnel qualifié durant le travail et l'accouchement, les soins post-partum, la planification familiale, les soins liés à l'avortement, l'éducation et les services en matière de reproduction et l'éducation communautaire.⁶⁹ En outre, l'OMS a lancé l'initiative « Pour une grossesse à moindre risque » dont la mission est d'aider les gouvernements et les agences partenaires à garantir que « la maternité sans risque occupe une place prioritaire dans leurs politiques et leurs budgets et que des normes et standards basés sur des preuves sont

appliqués de manière adéquate. »⁷⁰ En dépit de ses engagements déclarés, il reste à la communauté internationale à garantir la santé, la sécurité et la survie des femmes, et même à réaliser les cibles de réduction de la mortalité maternelle. Dans une large mesure, ce qui fait défaut, c'est le financement. Une étude globale récente sur le tribut que les grossesses non désirées prélèvent sur la vie des femmes a pointé du doigt la baisse brutale, à l'échelle mondiale, des fonds pour la planification familiale en provenance des États-Unis et les engagements non tenus d'autres pays à revenu élevé comme contribuant à plus de 300 millions de grossesses non désirées et aux décès maternels, estimés à 700 000 entre 1995 et 2000.⁷¹ L'étude a constaté que plus d'un tiers de ces décès étaient dus à des problèmes associés à la grossesse, au travail et à l'accouchement.⁷² La majeure partie des femmes — 400 000, selon les estimations — sont décédées de complications résultant d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, sans mesures d'hygiène et souvent de manière illicite.⁷³

Un droit humain international

IV. Conclusion

Les droits humains fondamentaux de la femme à la vie, aux soins de santé, à la non-discrimination et à la liberté de choix en matière de reproduction ont donné naissance à un devoir pour les gouvernements de créer les conditions nécessaires à la survie de la femme durant la grossesse et l'accouchement. Non seulement ces droits sont protégés dans des instruments internationaux contraignants de droits humains, mais la communauté internationale, lors de conférences des Nations Unies, s'est en outre engagée à garantir la survie maternelle et la santé reproductive. Les gouvernements doivent remplir leurs engagements envers les femmes à travers le monde, dont ils sont tenus de promouvoir et de protéger les droits. Réaliser le droit des femmes de survivre à la grossesse et à l'accouchement — de fait, leur droit à la vie — signifie que les gouvernements doivent garantir l'accès des femmes à des soins de santé reproductive de qualité; abolir les lois, les politiques discriminatoires ou les pratiques sociales préjudiciables à la santé des femmes et des filles; et permettre aux femmes de prendre des décisions autonomes pour ce qui est de leur fécondité et de leur vie reproductive. Les femmes et les filles cesseront de mourir durant la grossesse et l'accouchement lorsque les mesures prises par les gouvernements — et pas simplement leur rhétorique — refléteront le respect des droits humains fondamentaux des femmes et l'attachement à de tels droits.



Photo reproduite avec la gracieuse permission de Deborah Dudley

NOTES

- ¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) ET AL., MATERNAL MORTALITY IN 2000: ESTIMATES DEVELOPED BY WHO, UNICEF, UNFPA [MORTALITÉ MATERNELLE EN 2000 : ESTIMATIONS DÉVELOPPÉES PAR L'OMS, L'UNICEF ET LE FNUAP] 2, tab.1 (2004) [ci-après OMS ET AL., MORTALITÉ MATERNELLE EN 2000].
- ² *Id.*, à 1.
- ³ *Id.*
- ⁴ OMS, INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS, 10th REVISION 134 (1992).
- ⁵ OMS ET AL., MORTALITÉ MATERNELLE EN 2000, note 1 *ci-dessus*, à 2.
- ⁶ ELIZABETH I. RANSOM & NANCY V. YINGER, POPULATION REFERENCE BUREAU, MAKING MOTHERHOOD SAFER: OVERCOMING OBSTACLES ON THE PATHWAY TO CARE 18 (2002).
- ⁷ Ghada Hafez, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, *Maternal Mortality: A Neglected and Socially Unjustifiable Tragedy*, EASTERN MEDITERRANEAN HEALTH JOURNAL, vol. 4 (1), 7-10 (1998).
- ⁸ OMS ET AL., REDUCTION OF MATERNAL MORTALITY: A JOINT WHO/UNFPA/UNICEF/WORLD BANK STATEMENT 1 (1999) [ci-après OMS ET AL., RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE].
- ⁹ Comité des droits de l'homme, Observation gén. 6, *Droit à la vie*, para. 5 (1982) [ci-après Comité des droits de l'homme, Observation gén. 6].
- ¹⁰ Comité des droits de l'homme, Observation gén. 28, *Égalité des droits entre hommes et femmes*, para. 10, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000).
- ¹¹ OMS ET AL., MORTALITÉ MATERNELLE EN 2000, note 1 *ci-dessus*, à 22, tab. G.
- ¹² FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF) ET AL., MATERNAL MORTALITY IN AFGHANISTAN: MAGNITUDE, CAUSES, RISK FACTORS AND PREVENTABILITY 4, 6 (2002) [ci-après UNICEF ET AL., MORTALITÉ MATERNELLE EN AFGHANISTAN].
- ¹³ OMS ET AL., MORTALITÉ MATERNELLE EN 2000, note 1 *ci-dessus*, à 22-26, tab. G.
- ¹⁴ *Id.*, à 25, tab. G.
- ¹⁵ *Id.*, à 24, tab. G.
- ¹⁶ Centers for Disease Control, *Factsheet: Pregnancy-Related Mortality Surveillance – United States, 1991-1999* (20 fév. 2003), disponible à <http://www.cdc.gov/od/oc/media/pressrel/fs030220.htm>.
- ¹⁷ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, A.G. Rés. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Supp. No. 16, à 49, art. 12(1), U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 3 (entrée en vigueur le 23 mars 1976) [ci-après Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels].
- ¹⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation gén. No. 14, *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, para. 9, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000) [ci-après Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation gén. 14].
- ¹⁹ OMS, COVERAGE OF MATERNITY CARE: A LISTING OF AVAILABLE INFORMATION, FOURTH EDITION (1997), citée dans Safe Motherhood Inter-Agency Group, *Good Quality Maternal Health Services*, disponible à <http://www.safemotherhood.org>.
- ²⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation gén. 14, note 18 *ci-dessus*, para. 39 (citations omises).
- ²¹ May Post, *Preventing Maternal Mortality through Emergency Obstetric Care*, Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Issues Paper (1997).
- ²² *Id.*
- ²³ *Id.*
- ²⁴ PANOS, BIRTH RIGHTS: NEW APPROACHES TO SAFE MOTHERHOOD 26 (2001).
- ²⁵ Population Council, *Latin America and the Caribbean, Bolivia*, à <http://www.popcouncil.org/americas/bolivia.html> (dernière mise à jour, 2 déc. 2004).
- ²⁶ RANSOM & YINGER, note 6 *ci-dessus*, à 24, 25.
- ²⁷ *Id.*, à 20.
- ²⁸ *Id.*, à 25.
- ²⁹ *Id.*, à 25, 26.
- ³⁰ May Post, *Preventing Maternal Mortality through Emergency Obstetric Care*, note 21 *ci-dessus*.
- ³¹ Safe Motherhood Inter-Agency Group, *Good Quality Maternal Health Services*, note 19 *ci-dessus*.
- ³² May Post, *Preventing Maternal Mortality through Emergency Obstetric Care*, note 21 *ci-dessus*.
- ³³ *Id.*, à 26.
- ³⁴ J. Leslie & G.R. Gupta, *Utilization of Formal Services for Maternal Nutrition and Health Care*, International Center for Research on Women (1989), citée dans Safe Motherhood Inter-Agency Group, *Good Quality Maternal Health Services*, note 19 *ci-dessus*.
- ³⁵ GLORIA COSPÍN & ROSA XIQUITÁ, ASOCIACIÓN GUATEMALTECA DE EDUCACIÓN SEXUAL (AGES) & RICARDO VERNON, INOPAL III/POPULATION COUNCIL, ACCESS TO REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES AND EDUCATION IN INDIGENOUS COMMUNITIES (1998).
- ³⁶ *Id.*
- ³⁷ C. AbouZahr, C. Vlassoff and A. Kumar, *Quality Health for Women: A Global Challenge*, HEALTH CARE FOR WOMEN INTERNATIONAL, vol. 17 (1996), citée dans Safe Motherhood Inter-Agency Group, *Good Quality Maternal Health Services*, note 19 *ci-dessus*.
- ³⁸ S. Fawcus et al., *A Community-based Investigation of Avoidable Factors for Maternal Mortality in Zimbabwe*,

Un droit humain international

- STUDIES IN FAMILY PLANNING, vol. 27, no. 6 (1996), citée dans Safe Motherhood Inter-Agency Group, *Good Quality Maternal Health Services*, note 19 ci-dessus.
- ³⁹ Safe Motherhood Inter-Agency Group, *Good Quality Maternal Health Services*, note 19 ci-dessus.
- ⁴⁰ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée le 18 déc. 1979, G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34^{ème} Sess., Supp. No. 46, à 193, art. 1, U.N. Doc. A/34/46 (1979) (*entrée en vigueur* le 3 sept. 1981) [ci-après CEDAW].
- ⁴¹ *Id.* à l'art. 5(a).
- ⁴² Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée le 20 nov. 1989, G.A. Res. 44/25, U.N. GAOR, 44^{ème} Sess., Supp. No. 49, art. 1, U.N. Doc A/44/49, (1989) (*entrée en vigueur* le 2 sept. 1990).
- ⁴³ ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI), ISSUES IN BRIEF: RISKS AND REALITIES OF EARLY CHILDBEARING WORLDWIDE (1997) disponible à <http://www.guttmacher.org/pubs/ib10.html#7a>.
- ⁴⁴ PANOS, note 24 ci-dessus, à 7.
- ⁴⁵ U. Larsen & F.E. Okonofua, *Female circumcision and obstetric complications*, INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS 256 (2002).
- ⁴⁶ UN Wire, *Bangladesh: Early Marriage Linked to High Maternal Mortality*, UNICEF says, 8 juillet 2002.
- ⁴⁷ *Id.*
- ⁴⁸ *Id.*
- ⁴⁹ OMS, WHO Fact Sheet on FGM, Fact Sheet No. 241, juin 2000, disponible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>.
- ⁵⁰ Voir DEP'T OF GENDER, WOMEN AND HEALTH, DEP'T OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH, FAMILY AND COMMUNITY HEALTH, WHO, MANAGEMENT OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD IN THE PRESENCE OF FEMALE GENITAL MUTILATION, RAPPORT D'UNE CONSULTATION TECHNIQUE DE L'OMS, GENÈVE, 15-17 OCT. 1997 à 9 (2001).
- ⁵¹ Voir *id.*
- ⁵² Larsen & Okonofua, note 45 ci-dessus, à 256.
- ⁵³ CEDAW, note 40 ci-dessus, art. 14(2)(b).
- ⁵⁴ Comité CEDAW, Recommandation gén. 24, *Femmes et santé*, para. 21 (1999).
- ⁵⁵ CEDAW, note 40 ci-dessus, art. 16.1(e).
- ⁵⁶ Manishe Gupte, Sunita Bandewar and Hemlata Pisal, *Abortion Needs of Women in India: A Case Study of Rural Maharashtra*, REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS 77-86 (1997).
- ⁵⁷ *Id.*
- ⁵⁸ Nation Unies, ABORTION POLICIES: A GLOBAL REVIEW vol. 2 (2002).
- ⁵⁹ Ipas, *South Africa*, à http://www.ipas.org/english/where_ipas_works/africa/south_africa/default.asp (dernière visite le 20 janv. 2004).
- ⁶⁰ Sanjani Jane Varkey, *Abortion Services in South Africa: Available Yet Not Accessible to All*, FAMILY PLANNING PERSPECTIVES, vol. 6, no. 2 (2000).
- ⁶¹ Division de la santé reproductive, OMS, Unsafe Abortion [Avortement à risque] 9 (3e éd. 1998).
- ⁶² Center for Reproductive Rights, *King of Nepal Signs Historic Law Legalizing Abortion*, disponible à http://www.reproductiverights.org/rfn_02_10.html#1.
- ⁶³ AGI, *The Guttmacher Report on Public Policy*, vol. 5, no. 2 (2002).
- ⁶⁴ CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, CLAIMING OUR RIGHTS: SURVIVING PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN MALI 64 (2003).
- ⁶⁵ FNUAP, Millenium Development Goals (MDGs) [Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)], à <http://www.unfpa.org/icpd/mdgs.htm> (dernière visite le 20 jan. 2004).
- ⁶⁶ *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, le Caire, Égypte, 5-13 sept. 1994, para. 8.22, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [ci-après *Programme d'action de la CIPD*].
- ⁶⁷ *Id.*, para. 8.21; *Déclaration et Programme d'action de Beijing, Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*, Beijing, Chine, 4-15 sept. 1995, para. 107(i), U.N. Doc. DPI/1766/Wom (1996).
- ⁶⁸ *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, U.N. GAOR, 21^{ème} Sess. spéciale, New York, États Unis, 30 juin – 2 juillet 1999, para. 62(b), U.N. Doc. A/S-21/5/Add.1 (1999).
- ⁶⁹ Voir Safe Motherhood Inter-Agency Group, *Safe Motherhood Fact Sheet: The Safe Motherhood Initiative*, note 19 ci-dessus.
- ⁷⁰ Voir OMS, *Making Pregnancy Safer Initiative: Document for Discussion 3* (dans les archives du CRR).
- ⁷¹ NILS DAULAIRE ET AL., GLOBAL HEALTH COUNCIL, PROMISES TO KEEP: THE TOLL OF UNINTENDED PREGNANCIES ON WOMEN'S LIVES IN THE DEVELOPING WORLD 7 (2002).
- ⁷² *Id.*, à 8.
- ⁷³ *Id.*