



Assemblée générale

Distr. générale
13 juillet 2020
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Quarante-cinquième session

14 septembre-2 octobre 2020

Points 2 et 3 de l'ordre du jour

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

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

Bonnes pratiques et difficultés qui se posent s'agissant de respecter, de protéger et de réaliser tous les droits de l'homme dans l'action menée en vue d'éliminer la mortalité et la morbidité maternelles évitables

Rapport de suivi de la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme

Résumé

Dans le présent rapport, soumis conformément à la résolution 39/10 du Conseil des droits de l'homme, la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme donne un aperçu des initiatives tendant à mettre en pratique le guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de la personne à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Le rapport comprend également une analyse de la morbidité maternelle en tant que préoccupation relevant des droits humains, ainsi que des conclusions et des recommandations.



Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	3
II. Application d'une approche fondée sur les droits de la personne à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables	3
A. Processus multipartites au niveau national	4
B. Législation, planification et budgétisation	5
C. Programmes et renforcement des capacités	6
D. Suivi, examen, contrôle et recours	7
III. Difficultés rencontrées dans l'application du guide technique	8
IV. La morbidité maternelle en tant que problème relevant des droits humains	10
A. Généralités sur les morbidités maternelles.....	10
B. Morbidité maternelle et droits humains	11
C. Gros plan sur les morbidités maternelles	11
D. Causes et conséquences des morbidités maternelles relevant des droits humains	13
E. Approche fondée sur les droits de la personne des politiques et programmes de lutte contre la morbidité maternelle	16
V. Recommandations	17

I. Introduction

1. En septembre 2012, le Conseil des droits de l'homme a adopté sa résolution 21/6, dans laquelle il a accueilli avec satisfaction le guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de la personne à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Des rapports de suivi ont été établis en 2014 (A/HRC/27/20), en 2016 (A/HRC/33/24) et en 2018 (A/HRC/39/26), comme demandé par le Conseil. En septembre 2018, dans sa résolution 39/10, le Conseil a prié la Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'établir un rapport sur les bonnes pratiques et les difficultés qui se posent s'agissant de respecter, de protéger et de réaliser tous les droits de l'homme dans l'action menée en vue d'éliminer la mortalité et la morbidité maternelles évitables, y compris au moyen de l'utilisation du guide technique. Le présent rapport fait suite à cette demande.

2. Le présent rapport recense les initiatives, les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées dans l'application du guide technique et, plus généralement, dans la mise en œuvre d'une approche fondée sur les droits de la personne. Il s'appuie sur les contributions reçues en réponse à une note verbale diffusée le 11 novembre 2019, ainsi que sur les résultats de recherche et les informations obtenues des parties prenantes concernées¹. La section IV, qui s'inspire également des communications reçues, ainsi que des résultats de recherche, présente une analyse de la morbidité maternelle en tant que préoccupation relevant des droits humains, aspect qui a souvent été négligé dans les politiques et programmes de prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles. La Haute-Commissaire conclut par des recommandations sur la mise en œuvre d'une approche de la mortalité et de la morbidité maternelles fondée sur les droits de la personne, en mettant particulièrement l'accent sur la morbidité maternelle.

II. Application d'une approche fondée sur les droits de la personne à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables

3. Le guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de la personne à la mise en œuvre des politiques et des programmes de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables fournit des conseils détaillés concernant les différentes étapes de l'élaboration, de l'application et de l'évaluation des politiques et des programmes relatifs à la santé maternelle. Il suit le cycle d'élaboration des politiques, à savoir planification, budgétisation, mise en œuvre, suivi, examen et contrôle, recours. L'approche fondée sur les droits de la personne, en recensant les détenteurs de droits et leurs droits, ainsi que les responsables correspondants et leurs obligations, a pour objectif de déceler les préoccupations potentielles en matière de droits humains, d'établir qui a la responsabilité de prendre des mesures correctives et de déterminer la manière d'agir la plus appropriée. Les exemples fournis dans les communications et repris ci-dessous illustrent bien la manière dont cette approche peut être mise en œuvre.

4. Depuis 2018, on a relevé de nombreux efforts visant à mettre en œuvre une approche fondée sur les droits de la personne en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables, notamment par la mise en œuvre du guide technique. Les outils élaborés sur la base de ce guide, tels que les guides de réflexion, ont été largement diffusés à l'occasion de réunions avec les ministères, les organisations de la société civile et les entités des Nations Unies concernées, ainsi qu'avec des groupes ciblés de parties prenantes telles que les institutions nationales des droits de l'homme ou les représentants du pouvoir

¹ www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/TechnicalGuidanceMMM.aspx pour la liste complète des contributions.

judiciaire². Au niveau mondial, de nombreuses publications et d'autres documents ont fait référence au guide, facilitant ainsi son usage³.

5. Des organes créés en vertu d'un instrument international tels que le Comité des droits économiques, sociaux et culturels et le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes continuent de conseiller aux États d'utiliser le guide technique pour leurs politiques et programmes de santé sexuelle et procréative, y compris la santé maternelle⁴.

6. Dans son plan de gestion pour la période 2018-2021, le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) a pour la première fois érigé en priorité son engagement à œuvrer pour que les stratégies de santé publique soient conformes aux principes et aux normes internationales en matière de droits humains⁵. Pour atteindre ce résultat, le HCDH a donné la priorité aux partenariats avec les principales parties prenantes, notamment les États, la société civile et d'autres entités des Nations Unies.

7. Le HCDH a également souligné toute l'importance d'une approche de la santé maternelle et de la santé sexuelle et procréative fondée sur les droits de la personne dans le cadre des travaux menés durant la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19). Dans plusieurs pays, il collabore avec les autorités publiques sur les moyens de réduire le risque d'une élévation des taux de mortalité et de morbidité maternelles⁶. De nombreux États Membres ont également confirmé la nécessité de garantir des services de santé sexuelle et procréative conformes aux obligations en matière de droits humains afin de prévenir une augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelles dans le contexte de la pandémie de COVID-19⁷.

A. Processus multipartites au niveau national

8. Les processus participatifs multipartites sont une composante importante des approches fondées sur les droits de la personne. Ils sont l'occasion de procéder à une analyse de la situation, ce qui facilite la compréhension des manques en matière de droits humains liés à la santé sexuelle et procréative, y compris la santé maternelle. Les conclusions devraient faire l'objet de délibérations dans le cadre d'un processus associant toutes les parties et tous les secteurs ; les résultats de ces discussions, y compris la hiérarchisation des principales actions nécessaires à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, devraient être pris en compte dans les politiques et plans nationaux.

9. Des pays tels que l'Australie, l'Éthiopie, la Lettonie, le Mexique, le Népal et la Nouvelle-Zélande ont indiqué avoir organisé des processus multipartites consacrés à l'examen des mesures en faveur des droits de l'homme liés à la santé sexuelle et procréative, et à la définition des priorités dans ce domaine. Par exemple, le Mexique a noté les efforts de collaboration déployés par les différents secteurs aux fins de la mise en œuvre

² Voir www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx (en anglais seulement).

³ Voir A/74/137 ; Alicia Ely Yamin et Paola Bergallo, "Narratives of essentialism and exceptionalism : the challenges and possibilities of using human rights to improve access to safe abortion", *Health and Human Rights Journal*, vol. 19, n° 1 (juin 2017) ; Uchenna Emelonye, Abigail Uchenna Emelonye et Uchenna Ponfa Emelonye, "Preventing maternal mortality in Nigeria : a human rights imperative", *US-China Law Review*, vol. 16, n° 4 (2019) ; Agegnehu Bante *et al.*, "Respectful maternity care and associated factors among women who delivered at Harar hospitals, eastern Ethiopia : a cross sectional study", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2020) ; R. Rima Jolivet *et al.*, "Ending preventable maternal mortality : phase II of a multi-step process to develop a monitoring framework, 2016-2030", *BMC Pregnancy and Childbirth* (2019).

⁴ E/C.12/MLI/CO/1, par. 49 a) ; CEDAW/C/BFA/CO/7, par. 37 e) ; CEDAW/C/NER/CO/3-4, par. 33 b).

⁵ Voir https://www2.ohchr.org/english/OHCHRReport2018_2021/OHCHRManagementPlan2018-2021.pdf, p. 22.

⁶ Voir www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf.

⁷ Voir www.government.se/statements/2020/05/joint-press-statement-protecting-sexual-and-reproductive-health-and-rights-and-promoting-gender-responsiveness-in-the-covid-19-crisis/.

de la stratégie nationale de prévention des grossesses chez les adolescentes et de la mise en place de services adaptés aux adolescentes et aux adolescents. La Lettonie a indiqué que lors de l'élaboration des directives de santé publique pour 2014-2020, une analyse complète de la situation avait été réalisée et que des lacunes avaient été repérées en matière de santé maternelle et infantile. Pour y remédier, un plan d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant pour la période 2018-2020 a été élaboré en coopération avec les professionnels de la santé et les représentants des patients.

10. En Ouganda, le ministère de la santé a collaboré avec divers partenaires pour élaborer une stratégie multisectorielle visant à réduire la mortalité maternelle évitable. Ce projet de stratégie, qui doit être adopté courant 2020, comporte des recommandations clés, adressées aux acteurs nationaux et locaux, qui visent à prévenir la mortalité et la morbidité maternelles : renforcement des systèmes de santé, établissement d'une réponse multisectorielle en matière de planification, de financement et de mise en œuvre, renforcement de la participation des populations grâce à une approche fondée sur les droits de la personne. Dans ce cadre, une attention particulière a également été accordée à la santé et aux droits sexuels et procréatifs des femmes qui vivent avec le VIH. Grâce à une initiative multipartite organisée par le HCDH en collaboration avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), et avec le soutien du Ministère de la santé, des femmes vivant avec le VIH venues de tout le pays ont été réunies et invitées à exprimer leurs préoccupations en matière de droits humains concernant leur santé sexuelle et procréative, y compris la santé maternelle, et pour dialoguer avec les responsables sur les mesures correctives envisageables.

B. Législation, planification et budgétisation

11. Un autre élément important de l'application d'une approche fondée sur les droits de la personne consiste à veiller à ce que les lois et les politiques soient conformes aux normes en matière de droits humains et dotées de ressources suffisantes. Il importe tout d'abord d'inscrire dans la loi le droit à la santé, y compris la santé sexuelle et procréative, notamment grâce à des garanties constitutionnelles, ce qui est le cas dans de nombreux pays.

12. Certains États ont pour pratique établie de vérifier que les lois et politiques proposées sont conformes à leurs obligations en matière de droits humains. Ainsi, la Nouvelle-Zélande a expliqué qu'elle s'assurait que toutes les propositions politiques débouchant sur un projet de loi devaient faire l'objet d'une évaluation visant à vérifier leur conformité à la Charte néo-zélandaise des droits de 1990 et à la loi de 1993 sur les droits de la personne.

13. Grâce à ce type de vérification, l'utilisation d'une approche fondée sur les droits de la personne influe sur le contenu des lois et des politiques, permettant par exemple d'accorder la priorité aux populations les plus marginalisées. Par exemple, l'Australie a indiqué qu'elle s'était appuyée sur le guide technique pour l'élaboration de la stratégie nationale pour la santé des femmes 2020-2030 en ce qui concerne la prise en compte des principes fondamentaux des droits humains, la définition des priorités, notamment la santé maternelle, sexuelle et procréative et les déterminants fondamentaux de la santé, et la reconnaissance des populations prioritaires, telles que les aborigènes et les peuples insulaires du détroit de Torres. L'Éthiopie a expliqué comment le Ministère de la santé a utilisé ce guide pour parvenir à un consensus au niveau régional quant à l'importance de l'utilisation d'une approche fondée sur les droits de la personne afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et d'utiliser les ressources disponibles pour garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la bonne qualité des services. Les mesures prises ont consisté notamment à travailler en priorité dans les régions pastorales, qui concentrent environ 20 % de la population, afin de remédier aux disparités en matière de services de santé maternelle, de disponibilité, d'accès et d'utilisation de ces services, et de revitaliser le soutien aux programmes de vulgarisation sanitaire afin d'atteindre les femmes

et les filles vivant dans les zones rurales, où l'accès aux services de santé maternelle est plus difficile.

C. Programmes et renforcement des capacités

14. L'application d'une approche fondée sur les droits de la personne passe aussi par des programmes spécifiques visant à répondre à des préoccupations particulières en matière de droits humains. Par exemple, le renforcement des capacités nécessaires à l'application de telles approches est essentiel pour garantir que les porteurs de devoirs disposent des informations et des ressources dont ils ont besoin pour s'acquitter de leurs obligations. Il existe également de nombreux programmes visant à garantir la disponibilité, l'accessibilité financière, l'acceptabilité et la qualité des services, comme l'exige le droit des droits de l'homme.

15. Le Népal a expliqué s'être attaché au renforcement des capacités allouées à la mise en œuvre d'approches fondées sur les droits de la personne et à la bonne compréhension de ces approches, avec le soutien de l'Organisation des Nations Unies, ce qui s'est traduit par l'engagement de placer les soins de santé maternelle respectueux au cœur de sa politique de santé. En Ouganda, le HCDH a travaillé avec le Ministère de la santé pour renforcer les capacités des fonctionnaires locaux et des médecins à appliquer une approche fondée sur les droits de la personne, en mettant l'accent sur la santé maternelle.

16. En Argentine, le Centro de Estudios de Estado y Sociedad⁸ et le REDAAS (Réseau d'accès à l'avortement sans risque)⁹ organisent le renforcement des capacités, le premier depuis 2007, le second depuis 2011, grâce à un projet interdisciplinaire élaboré par un groupe de juristes, de professionnels de la santé, de chercheurs et de militants et visant à permettre l'accès à l'avortement légal et sans risque dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de la personne, alors que l'avortement à risque reste l'une des principales causes de mortalité et de morbidité maternelles dans le pays. Ces travaux, qui sont toujours en cours, s'accompagnent de conseils juridiques personnalisés afin de permettre aux professionnels de santé de mieux comprendre dans quels cas les services d'avortement sont autorisés par la législation actuelle. Ils encouragent également les professionnels de la santé à s'engager publiquement au sujet de la proposition législative visant à libéraliser l'avortement en Argentine.

17. Marie Stopes International a présenté l'action qu'elle mène auprès des professionnels de la santé concernant les principes des droits humains et qui consiste à mener un exercice de clarification des valeurs afin de déceler les éventuels préjugés sous-jacents, et à mettre l'usagère au cœur de sa programmation. Pour ce qui est de garantir la qualité des services, Marie Stopes International a fait état d'une formation dispensée au Yémen aux agents de santé publics pour appuyer l'organisation de l'assurance de la qualité des services de santé sexuelle et procréative. Cela a permis à l'organisation de maintenir des normes de qualité élevées tout en contribuant à renforcer le système de santé.

18. Plusieurs communications insistent également sur les efforts déployés pour garantir l'accessibilité financière des services. Ainsi, au Yémen, Marie Stopes International a mis en place un système de bons pour permettre aux femmes d'accéder à des services de santé maternelle et de contraception. Le FNUAP a expliqué qu'en Inde, il existe différents filets de sécurité destinés à permettre aux femmes les plus pauvres d'avoir accès aux soins prénatals et néonataux. Au Burundi, le FNUAP a amélioré la disponibilité des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence par la fourniture d'équipement et l'organisation de formations dans les établissements de santé.

1. Programmes déployés dans des situations de crise humanitaire

19. On sait que la majorité des décès maternels surviennent dans les situations de crise, aussi a-t-on également veillé à garantir les droits humains dans ces contextes. Le Conseil des droits de l'homme, qui a fait de cette question une priorité, a demandé à la

⁸ Voir www.cedes.org.

⁹ Voir www.redaas.org.ar.

Haute-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme d'organiser une réunion à ce sujet¹⁰. Dans le prolongement de la réunion du groupe d'experts, des efforts sont menés afin de mieux faire comprendre les approches fondées sur les droits de la personne et de renforcer les capacités de les appliquer dans ce type de contextes, en tenant compte des situations particulières. Il s'agit notamment de clarifier ce qu'exige le respect des droits humains et de dissiper les malentendus, mais aussi de tenir compte de la complexité des situations de crise, qui retentit sur le recensement des porteurs de devoirs, la disponibilité des services de santé et l'existence de mécanismes de la responsabilité (voir A/HRC/42/24). L'accent a été davantage mis sur les approches fondées sur les droits en matière de santé sexuelle et procréative dans les documents d'orientation dans les espaces humanitaires, notamment le Manuel du Projet Sphère « La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire »¹¹, le Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, y compris le Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise¹², ainsi que la résolution 2019/14 du Conseil économique et social, adoptée dans le cadre du débat consacré aux affaires humanitaires lors de la session de 2019, dans laquelle le Conseil engage vivement les États à assurer un accès fiable et sans risque aux services essentiels pour protéger les femmes et les filles contre la mortalité et la morbidité évitables liées aux situations d'urgence humanitaire.

2. Lutte contre la discrimination et programmes pour les groupes marginalisés

20. Certaines parties prenantes mettent l'accent sur des interventions en santé tout spécialement conçues pour lutter contre la discrimination et axées sur les femmes et les filles marginalisées qui sont exposées à un risque élevé de mortalité et de morbidité maternelles. Par exemple, la Nouvelle-Zélande a indiqué que les femmes maories, les femmes du Pacifique et les femmes asiatiques étaient surreprésentées dans les statistiques de morbidité maternelle. L'Australie comme la Nouvelle-Zélande ont élaboré des plans de santé visant à remédier aux inégalités résultant de la discrimination structurelle dans le système de soins de santé.

21. La Bulgarie a indiqué que les femmes et les filles de la communauté rom vivant dans des zones reculées couraient un risque relativement plus élevé de morbidité maternelle en raison de leur situation socio-économique inférieure, des grossesses précoces, lesquelles sont liées aux mariages précoces, et de leur faible niveau d'éducation. À cet égard, entre autres initiatives, l'État a mis en place des unités mobiles dans les zones reculées afin de garantir l'égalité d'accès aux soins de santé maternelle pour les femmes et les filles de la communauté rom.

22. En Ouganda, le FNUAP a encouragé les parties prenantes à accorder une attention prioritaire aux droits humains des jeunes. Il s'agit par exemple de proposer aux mères adolescentes une formation aux compétences de la vie courante et de les aider à reprendre leurs études. Le Fonds coopère également avec l'OMS en Namibie, pour fournir des conseils en matière de santé sexuelle et procréative aux adolescentes et aux adolescents en vue de prévenir les grossesses non désirées.

D. Suivi, examen, contrôle et recours

23. Le guide technique insiste sur le fait que la responsabilité joue un rôle central à chaque étape d'une approche fondée sur les droits de la personne. Suivi, examen, contrôle et recours sont des éléments essentiels de ce principe de responsabilité.

24. Des mécanismes de surveillance sont nécessaires pour suivre, analyser et publier des données et des informations ventilées sur les résultats obtenus en matière de santé

¹⁰ Résolution 39/10 du Conseil.

¹¹ Voir <https://spherestandards.org/handbook-2018/>.

¹² Voir <https://iawgfieldmanual.com/>.

maternelle, y compris la morbidité et la mortalité maternelles¹³. Dans deux pays, le FNUAP s'est attaché à faciliter l'application du principe de responsabilité en déployant le guide technique en coopération avec les institutions nationales des droits de l'homme et les ministères de la santé, en assurant le suivi des violations des droits en matière de santé sexuelle et procréative et en appuyant le processus d'examen systématique des décès maternels et périnataux¹⁴.

25. Pour faciliter le suivi, la collecte des données doit être érigée en priorité. Par exemple, la Géorgie a indiqué qu'elle procédait systématiquement à un audit clinique des cas de mortinatalité et de décès maternels et néonataux. Ce processus d'audit intégré a permis de recenser les lacunes et les insuffisances existantes dans la prestation des soins et dans le système de santé en général, ce qui a facilité la mise en place de mesures correctives concernant les politiques et les pratiques aux niveaux local et national. Au Yémen, Marie Stopes International a créé une application mobile qui fonctionne par SMS pour permettre la collecte des données nécessaires au suivi et à l'évaluation des services.

26. Les enquêtes sur les droits de la personne est une autre modalité de collecte de données sur la santé maternelle, sexuelle et procréative. Par exemple, au Nigéria, le Centre des droits reproductifs a documenté la situation des droits en matière de santé sexuelle et procréative dans le contexte d'un conflit. Ses conclusions révèlent le grave manque de disponibilité et la place insuffisante des services de santé sexuelle et procréative pour les personnes déplacées à l'intérieur du pays, notamment l'absence de soins appropriés pour les femmes enceintes et de suivi médical pour les mères allaitantes. L'analyse a permis de sensibiliser les autorités afin d'améliorer les services de santé destinés aux femmes et aux filles.

27. Les contributions reçues mettent en lumière le rôle des tribunaux, en tant qu'outil de contrôle et voie de recours potentielle, pour évaluer si les pratiques existantes sont conformes aux obligations en matière de droits de la personne. Au Guatemala, des sages-femmes mayas et des organisations autochtones, avec le soutien du HCDH, ont déposé une plainte devant la Cour constitutionnelle demandant au Ministère de la santé de se conformer à la loi en matière de santé maternelle interculturelle. Bien que le Guatemala dispose d'un cadre juridique protégeant les droits des femmes autochtones, il ne s'est pas traduit par la mise en œuvre de politiques publiques interculturelles concernant l'activité des sages-femmes. En 2019, la Cour constitutionnelle a rendu son jugement enjoignant l'État de respecter les traditions, coutumes et pratiques locales en adhérant à la perspective culturelle et sans discrimination.

28. Les mécanismes de justice transitionnelle jouent également un rôle important dans l'application du principe de responsabilité. Le Centre des droits reproductifs a présenté l'action qu'il mène en Colombie pour documenter les violations des droits humains telles que l'avortement forcé, la stérilisation forcée et les cas de contrôle de la reproduction des femmes et des filles pendant le conflit à l'appui des travaux de la commission de vérité.

III. Difficultés rencontrées dans l'application du guide technique

29. Les exemples mentionnés ci-dessus permettent de dresser un tableau encourageant de la mise en pratique du guide technique et, plus généralement, de l'application des approches fondées sur les droits de la personne. En dépit de ces avancées, il reste à relever plusieurs défis qui freinent la mise en pratique plus avant de ce guide et de ces approches. Les contributions reçues ont permis de recenser les difficultés ci-après : lois et pratiques discriminatoires, difficultés à obtenir des données de qualité, manque de ressources financières et humaines, y compris de professionnels de la santé spécialisés, et manque de connaissance des approches fondées sur les droits de la personne et de capacités de les appliquer.

¹³ Voir les communications de l'Australie, de la Bulgarie, de la Géorgie, de l'Italie, de la Lettonie, du Mexique, du Népal et de la Nouvelle-Zélande.

¹⁴ Données fournies par le FNUAP.

30. Dans de nombreux endroits, des lois et des pratiques discriminatoires continuent d'entraver la réalisation des droits fondamentaux des femmes et des filles, ce qui se répercute sur la santé maternelle, sexuelle et procréative. Par exemple, ONUSIDA s'est dit préoccupé par le fait que les femmes enceintes qui vivent avec le VIH subissent des discriminations allant du refus de soins de santé à la stigmatisation et, dans certains cas, à la violence institutionnelle, qui contribuent toutes à la morbidité maternelle et risquent de les dissuader de se faire soigner lorsqu'elles en ont besoin. Women Enabled International a souligné que les femmes handicapées pouvaient avoir des expériences particulièrement négatives pendant la grossesse et l'accouchement, ce qui avait de graves conséquences sur leur santé physique et mentale.

31. Il s'avère également difficile de répondre aux besoins de groupes particuliers. L'Australie a souligné le défi consistant à assurer la disponibilité de services prénatals et postnatals culturellement appropriés pour les femmes des peuples autochtones et des peuples insulaires du détroit de Torres. Le Népal a expliqué que s'il existe des politiques répondant aux besoins des adolescentes et des femmes vivant dans les zones rurales, il reste des lacunes dans leur mise en œuvre et dans la disponibilité des ressources.

32. La discrimination généralisée à l'égard des femmes et des filles, qui se manifeste par des taux élevés de mariages d'enfants, de mariages précoces et de mariages forcés, de mutilations génitales féminines et de violence au sein du couple, contribue à la mauvaise santé des mères, en plus de violer les droits fondamentaux des femmes et des filles. Des obstacles juridiques tels que l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers ou des lois très restrictives sur l'avortement empêchent également les femmes et les jeunes filles d'accéder aux soins de santé dont elles ont besoin et auxquels elles ont droit. Pour appliquer avec succès une approche fondée sur les droits de la personne aux politiques et programmes de santé maternelle, il faut simultanément lutter contre les discriminations bien ancrées et promouvoir l'égalité des sexes. Ces défis exigent un engagement constant et à long terme en faveur du changement social.

33. Il reste difficile d'obtenir des données de qualité sur la santé sexuelle et procréative, y compris la santé maternelle. Peu de pays ont fait état d'une procédure institutionnalisée au niveau national permettant de signaler et d'étudier la mortalité et la morbidité maternelles. Les données sur la morbidité maternelle sont particulièrement difficiles à collecter, comme expliqué plus loin dans le présent rapport. Plusieurs communications décrivent les difficultés rencontrées pour assurer la cohérence des données relatives à la morbidité maternelle et pour imposer des normes au niveau national afin d'obtenir des données comparables à l'échelle du pays¹⁵.

34. Le manque de ressources financières et humaines a également été présenté comme un défi majeur pour l'application des approches fondées sur les droits de la personne. Dans de nombreux endroits, les contraintes d'infrastructure et l'éloignement des établissements de santé continuent d'entraver la bonne application du guide technique et plus généralement, la mise en œuvre d'approches fondées sur les droits de la personne¹⁶. Les communications insistent également sur la pénurie de personnel médical spécialisé et la concentration du personnel disponible dans les zones urbaines, ce qui se traduit par une faible couverture des populations rurales¹⁷. La fragilité des systèmes de santé est également un facteur majeur d'affaiblissement des droits des femmes en matière de santé maternelle, qui se manifeste par exemple par des retards dans l'accès à des soins obstétricaux d'urgence adéquats¹⁸.

35. Une autre difficulté consiste à s'assurer que les professionnels de la santé sont en capacité d'appliquer des approches fondées sur les droits de la personne. L'Éthiopie a fait état de lacunes concernant la capacité des professionnels de la santé d'intégrer les droits des femmes dans les programmes de santé maternelle à tous les niveaux du système de santé. Dans certains endroits, il a été signalé que la mauvaise qualité des soins et les attitudes

¹⁵ Communications de l'Australie et du Paraguay.

¹⁶ Voir les communications de l'Azerbaïdjan, de la Géorgie, de l'Iraq, de l'Italie, de la Lettonie, du Mexique et du Népal.

¹⁷ Voir les communications de l'Azerbaïdjan, du Népal et du FNUAP.

¹⁸ Voir la communication du FNUAP.

partiales des professionnels de la santé entravaient la mise en œuvre d'approches fondées sur les droits de la personne.

IV. La morbidité maternelle en tant que problème relevant des droits humains

A. Généralités sur les morbidités maternelles

36. Pour appréhender la mortalité et la morbidité maternelles en tant que problème relevant des droits humains, il importe de reconnaître que les décès et les blessures graves subis par les femmes pendant la grossesse et l'accouchement ne sont pas des événements inévitables, mais plutôt le résultat direct de lois et de pratiques discriminatoires, de l'incapacité à établir et à maintenir des systèmes et des services de santé fonctionnels et d'une application insuffisante du principe de responsabilité.

37. Les efforts visant à améliorer la santé maternelle à l'échelle mondiale sont souvent axés principalement sur des mesures destinées à éviter la mortalité maternelle, tandis que le problème de la morbidité maternelle reçoit moins d'attention. La morbidité maternelle est un terme général que le groupe de travail de l'OMS sur la morbidité maternelle définit comme tout état de santé attribué à la grossesse et à l'accouchement ou aggravé par la grossesse et l'accouchement et qui a des conséquences négatives sur le bien-être de la femme¹⁹.

38. Les morbidités maternelles varient en durée et en gravité et couvrent un large éventail de diagnostics nécessitant une grande variété de traitements²⁰. L'OMS a recensé 121 états pathologiques²¹ pouvant être caractérisés comme des morbidités maternelles directes ou indirectes, y compris les complications obstétricales telles que le travail prolongé ou obstrué, les complications d'un avortement à risque, l'hémorragie de la délivrance et la maladie hypertensive. Si elles ne sont pas soignées correctement ou si elles ne sont pas traitées, ces complications peuvent entraîner diverses conséquences : prolapsus utérin, fistule obstétricale, infertilité, incontinence ou encore dépression post-partum. Des facteurs de risque tels que l'anémie, le VIH, l'obésité et les mutilations génitales féminines rendent certaines femmes et filles plus vulnérables à une morbidité maternelle²².

39. On ne dispose pas de données précises sur la morbidité maternelle dans le monde. Ce manque de données montre que la question n'est pas considérée comme prioritaire. Il est aussi lié aux difficultés de définition et de mesure de la morbidité maternelle, qui posent des problèmes pour obtenir des données comparables.

40. Bien que la prévalence exacte de la morbidité maternelle ne soit pas connue, des recherches récentes suggèrent que les taux de morbidité maternelle grave augmentent dans le monde²³. On estime que les morbidités maternelles ou les incapacités touchent chaque année entre 15 et 20 millions de femmes dans le monde²⁴. Pour chaque femme qui meurt de causes liées à la grossesse, on estime que 20 à 30 autres femmes souffrent d'une morbidité

¹⁹ Tabassum Firoz *et al.*, « Measuring maternal health : focus on maternal morbidity », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* (2013), p. 795.

²⁰ La morbidité maternelle recouvre tout un spectre de pathologies allant du « décès évité de justesse » – défini par l'Organisation mondiale de la Santé comme une complication ayant failli entraîner le décès d'une femme au cours de la grossesse ou pendant les 42 jours qui ont suivi l'accouchement – à une morbidité ne mettant pas la vie en danger. *Ibid.*, p. 794.

²¹ Doris Chou *et al.*, « Constructing maternal morbidity - towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality », *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016).

²² Robert E. Black *et al.*, *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health : Disease Control Priorities, Troisième édition* (vol. 2) (Washington, Banque internationale pour la reconstruction et le développement, 2016).

²³ Stacie E. Geller *et al.*, « A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality », *Reproductive Health*, vol. 15, supplément 1 (2018), p. 31-32.

²⁴ Marge Koblinsky *et al.*, « Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health », *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 30, n° 2 (2012).

aiguë ou chronique, souvent permanente, compromettant leur santé et leur bien-être²⁵. Comme les taux de mortalité maternelle, on estime que les taux de morbidité maternelle sont les plus élevés dans les pays à faible ou intermédiaire, avec une prévalence supérieure chez les femmes marginalisées.

41. Considérer uniquement les taux de mortalité maternelle pour évaluer les progrès réalisés par un pays en matière de santé maternelle conduit à négliger l'importance de la morbidité maternelle, qui est non seulement un précurseur de la mortalité maternelle, mais qui peut aussi avoir des effets négatifs à long terme sur la santé et la qualité de vie des femmes. D'après les études dont on dispose, les décès maternels représentent la pointe de l'iceberg de la morbidité maternelle²⁶. Une approche de la santé maternelle fondée sur les droits de la personne nécessite que l'on porte une attention accrue aux morbidités maternelles afin de faire respecter un large éventail de droits fondamentaux des femmes et des filles.

B. Morbidité maternelle et droits humains

42. La morbidité maternelle a de nettes répercussions sur les droits humains des femmes et des filles. Les organes chargés des droits de l'homme ont reconnu à maintes reprises que la santé maternelle relève des droits humains et notamment des droits à la santé, à la vie privée, à l'éducation et à un recours effectif, ainsi que de l'interdiction de la discrimination et de la torture et d'autres formes de traitement cruel, inhumain ou dégradant, entre autres. Ils ont également précisé que les services de santé maternelle, qui comprennent les services de prévention et de traitement des morbidités maternelles, doivent être de bonne qualité, disponibles, accessibles et acceptables pour toutes les femmes et filles enceintes, et fournis sans discrimination. Toute approche des mortalités maternelles fondée sur les droits humains doit respecter les principes de responsabilité, de participation, de transparence, d'autonomisation, de durabilité, de coopération internationale et de non-discrimination. L'application d'une approche de la morbidité maternelle fondée sur les droits de la personne permet : a) de soutenir les efforts visant à donner aux femmes les moyens de faire valoir leurs droits ; b) de traiter des facteurs tels que les lois, politiques et pratiques discriminatoires, ainsi que des déterminants sous-jacents de la santé qui augmentent les risques de morbidité maternelle ; c) de déceler les lacunes dans la fourniture de services, le traitement et la prévention en matière de morbidité maternelle ; d) d'établir des systèmes de responsabilité pour répondre aux violations des droits humains.

C. Gros plan sur les morbidités maternelles

43. Le terme de morbidité maternelle recouvre un large éventail d'états pathologiques qui ne peuvent être décrits en détail dans le présent rapport. Les quatre exemples de morbidités maternelles énumérés ci-après sont inclus dans l'analyse car il est particulièrement manifeste que leurs causes et leurs conséquences relèvent de la problématique des droits humains. En outre, ces morbidités maternelles figurent parmi celles pour lesquelles on dispose des données et des études les plus solides, ce qui facilite l'analyse.

1. La fistule obstétricale

44. Si elle n'est pas traitée, la fistule obstétricale peut être la cause de maladies chroniques lourdes aux conséquences médicales, sociales, psychologiques et économiques graves tout au long de la vie. Elle est décrite comme une ouverture anormale entre le vagin et la vessie ou le rectum, entraînant une incontinence urinaire ou fécale permanente²⁷.

45. La grande majorité des cas de fistules obstétricales dans le monde sont dus à un travail prolongé et obstrué sans accès à un traitement médical de qualité en temps utile. La

²⁵ Firoz *et al.*, "Measuring maternal health", p. 794.

²⁶ Ibid.

²⁷ Voir www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/fistula/en/.

fistule obstétricale peut généralement être évitée grâce à des soins de santé maternelle de qualité. On estime que chaque année, entre 50 000 et 100 000 femmes développent une fistule obstétricale²⁸. Les femmes et les jeunes filles qui vivent avec une fistule obstétricale non traitée risquent de souffrir d'incontinence chronique, ce qui entraîne toute une série d'autres problèmes physiques, notamment des infections fréquentes, des maladies rénales, des plaies douloureuses et l'infertilité. Les lésions physiques peuvent également conduire à l'isolement social et à des souffrances psychologiques. Les femmes touchées sont souvent incapables de travailler et certaines sont abandonnées par leur famille, ce qui aggrave leur pauvreté (A/73/285, par. 4).

2. Le prolapsus utérin

46. Le prolapsus utérin est une autre morbidité maternelle qui a de graves répercussions sur la vie et le bien-être des femmes. Il survient lorsque les muscles et les ligaments du plancher pelvien, étirés et affaiblis, ne peuvent plus soutenir le bon positionnement de l'utérus. Dans sa forme la plus grave, l'utérus peut sortir complètement du vagin. Les symptômes physiques du prolapsus utérin dépendent de la gravité de l'affection et peuvent comprendre des douleurs lombaires, des douleurs abdominales, des douleurs lors des rapports sexuels, une incontinence urinaire d'effort et une gêne dans la région pelvienne.

47. Un certain nombre de facteurs exposent les femmes à ce risque, principalement dans les pays en développement : naissances rapprochées, grossesse précoce, nutrition inadéquate, manque de repos pendant la grossesse et immédiatement après l'accouchement, travail prolongé ou difficile, y compris le recours à des pratiques d'accouchement dangereuses²⁹. La prévalence mondiale du prolapsus utérin est estimée entre 2 et 20 % chez les femmes de moins de 45 ans³⁰. Outre la gêne physique, il peut également nuire à la santé mentale des femmes en altérant leur capacité à travailler, et les exposer à des violences psychologiques et physiques.

3. Dépression post-partum

48. La dépression post-partum est un épisode dépressif non psychotique qui commence dans la période post-partum, généralement dans les un à douze mois suivant l'accouchement³¹. Les femmes concernées décrivent des symptômes tels qu'un sentiment de culpabilité et d'anxiété, des troubles du sommeil, de la fatigue, ainsi que le sentiment d'être inadaptée et incapable de s'occuper de leur bébé, certaines femmes se considérant comme de « mauvaises » mères, inadaptées ou peu aimantes. Divers facteurs prédictifs du risque de dépression post-partum ont été mis en évidence, notamment la dépression ou l'anxiété pendant la grossesse, le fait d'avoir récemment vécu des événements stressants, le manque de soutien social, des antécédents de dépression, des complications pendant la grossesse ou l'accouchement et la violence au sein du couple³².

49. La prévalence mondiale de la dépression post-partum est estimée à 100 à 150 cas pour 1 000 naissances. Il semble que les taux soient encore plus élevés dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. L'insuffisance des ressources en matière de santé mentale, leur mauvaise répartition et leur utilisation inefficace sont les principaux obstacles à la santé mentale³³. Le traitement de la dépression post-partum est difficile, car elle

²⁸ Voir www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula. Il faut savoir que la fistule peut également être causée par la violence sexuelle. Elle est alors dénommée fistule traumatique et constitue une grave préoccupation en matière de droits humains. Voir, par exemple, Mission des Nations Unies au Soudan du Sud et HCDH, "Access to health for survivors of conflict-related sexual violence in South Sudan" (mai 2020), par. 37.

²⁹ Amnesty International, *Unnecessary Burden: Gender Discrimination and Uterine Prolapse in Nepal* (Londres, 2014), p. 18.

³⁰ Karen Hardee, Jill Gay et Ann K. Blanc, "Maternal morbidity: neglected dimension of safe motherhood in the developing world", *Global Public Health*, vol. 7, n° 6 (2012), p. 610.

³¹ Donna E. Stewart *et al.*, *Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions* (University Health Network Women's Health Program, 2003), p. 21.

³² *Ibid.*, p. 2 et 19.

³³ Ravi Prakash Upadhyay *et al.*, "Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 95, n° 10 (2017). Voir également Jane

échappe souvent au diagnostic. Par exemple, dans de nombreux endroits, les femmes ne bénéficient pas forcément de consultations postnatales ; lorsque tel est le cas, la consultation est souvent axée sur la santé du nouveau-né plutôt que sur celle de la mère et les professionnels de la santé ne remarquent pas toujours les signes et symptômes de la dépression post-partum.

50. Une dépression post-partum non traitée peut avoir des conséquences néfastes pour les femmes, leurs enfants et leur famille. Elle peut être le précurseur d'une dépression chronique récurrente et, dans les cas les plus graves, peut conduire au suicide. Comme, dans la plupart des sociétés, les problèmes de santé mentale sont stigmatisés, cette pathologie a des répercussions sur de nombreux aspects de la vie des femmes, y compris dans la famille, au sein de la communauté et au travail. Elle peut également avoir un effet négatif sur la relation mère-enfant et le développement du nourrisson.

4. Infertilité

51. L'infertilité peut également être associée à des morbidités maternelles, car elle peut résulter de complications d'un avortement non médicalisé et d'autres morbidités maternelles comme la septicémie. L'OMS définit l'infertilité par l'absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception³⁴. L'OMS a également estimé que 34 millions de femmes, principalement originaires de pays en développement, sont devenues infertiles à la suite d'une septicémie maternelle ou d'un avortement pratiqué dans des conditions dangereuses³⁵. Des pratiques coercitives telles que la stérilisation forcée conduisent également à l'infertilité. Elles ont été documentées en particulier chez les femmes et les filles handicapées, chez celles qui vivent avec le VIH, chez les femmes et les filles autochtones ou issues de minorités ethniques et chez celles qui vivent dans la pauvreté³⁶.

52. L'infertilité peut avoir de graves conséquences. Ce sont souvent les femmes que l'on blâme pour les problèmes de fertilité, que le problème vienne d'elles ou de leur partenaire. Elles peuvent être stigmatisées, mises au ban de leur famille et de leur communauté, et risquent également d'être davantage exposées à la violence.

D. Causes et conséquences des morbidités maternelles relevant des droits humains

1. Discrimination fondée sur le genre

53. La discrimination fondée sur le genre est à la fois une cause et une conséquence de la morbidité maternelle. Il existe un lien entre la capacité des femmes et des jeunes filles de décider quand et avec qui elles ont des rapports sexuels et la sécurité de la grossesse et de l'accouchement. La discrimination à l'égard des femmes et des filles influe également sur leur accès, ou absence d'accès, aux services de santé.

54. Les pratiques préjudiciables sont une violation des droits humains qui constitue une discrimination à l'égard des femmes et des filles³⁷ et elles sont liées à un risque plus élevé de morbidité maternelle. Les filles victimes de mariages d'enfants et de mariages forcés sont plus susceptibles d'avoir davantage d'enfants et de les avoir plus tôt, ce qui augmente leur risque de souffrir d'une morbidité maternelle. De même, les filles qui subissent des mutilations génitales féminines sont confrontées à une probabilité plus élevée de

Fisher *et al.*, "Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and lower-middle-income countries: a systematic review", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, vol. 90, n° 2 (2012).

³⁴ Voir www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/.

³⁵ Ibid.

³⁶ HCDH *et al.*, *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: an Interagency Statement* (Organisation mondiale de la santé, 2014). Voir également A/73/161.

³⁷ Recommandation générale n° 31 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et observation générale n° 18 du Comité des droits de l'enfant (2019) sur les pratiques préjudiciables, adoptées conjointement, par. 16.

complications lors de la grossesse et de l'accouchement, et à un risque particulier de souffrir de fistules obstétricales. L'OMS considère que l'arrêt des pratiques préjudiciables et le report de l'âge des premières grossesses sont des mesures fondamentales pour prévenir les morbidités maternelles³⁸.

55. Pour permettre aux femmes et aux jeunes filles de vivre leur grossesse et leur accouchement en toute sécurité, il est essentiel de veiller à ce qu'elles puissent prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et procréative et qu'elles aient accès aux informations dont elles ont besoin pour prendre des décisions rationnelles. Les lois et pratiques discriminatoires, y compris celles fondées sur l'âge ou la situation matrimoniale, qui empêchent les femmes et les filles de prendre de telles décisions contribuent à les rendre vulnérables aux morbidités maternelles. Les lois qui portent atteinte à la santé et aux droits des femmes en matière de sexualité et de procréation, notamment pour ce qui est de la planification familiale et de l'avortement, influent à la fois sur le risque de morbidité et sur les chances de rétablissement post-partum³⁹. Par exemple, les lois restrictives sur l'avortement entraînent des taux plus élevés d'avortement non sécurisé⁴⁰. Les avortements non médicalisés sont l'un des principaux facteurs de morbidité maternelle et entraînent chaque année l'hospitalisation d'environ 7 millions de femmes dans les pays en développement. Ils peuvent entraîner diverses morbidités telles qu'un avortement incomplet, une infertilité, une hémorragie ou une infection ; certaines femmes subissent des complications qui mettent leur vie en danger⁴¹.

2. Discrimination croisée et morbidité maternelle

56. Lorsque les femmes sont victimes de discrimination, notamment en raison de leur âge, de leur situation socio-économique, d'un handicap, de leur origine raciale ou ethnique, de leur langue, de leur religion, de leur origine nationale ou sociale, de leur santé ou de toute autre motif, elles font systématiquement l'objet d'une discrimination multiple ou croisée, ce qui augmente considérablement le risque de souffrir de morbidité maternelle.

57. Les femmes issues de groupes marginalisés sont non seulement confrontées à la discrimination sexuelle, mais ont généralement moins de chances d'avoir accès à des soins de santé adéquats et à des interventions et services en temps utile en raison de nombreux facteurs, notamment la distance, le coût, le manque d'information ou l'insensibilité aux différences culturelles. En outre, elles peuvent également être réticentes à accéder à des soins de santé maternelle en raison de la barrière de la langue ou d'expériences antérieures de mauvais traitements et d'abus dans les établissements de soins. Du fait de stéréotypes de genre malveillants, certains groupes de femmes, notamment les femmes handicapées, les femmes vivant avec le VIH, les femmes autochtones et celles appartenant à des minorités, sont particulièrement vulnérables aux mauvais traitements pendant la grossesse et l'accouchement, ce qui les expose à de potentielles morbidités.

3. Manque d'informations et de services généraux et de qualité en matière de santé sexuelle et procréative

58. Des services de santé sexuelle et procréative de qualité sont essentiels pour prévenir et traiter les morbidités maternelles. Lorsque les systèmes de santé manquent de ressources, connaissent des pénuries de médicaments et de fournitures de base et manquent de professionnels de la santé qualifiés et spécialisés, comme c'est le cas dans de nombreuses régions du monde, le risque de morbidité maternelle augmente. Par exemple, le manque de personnel spécialement formé pour traiter certaines morbidités peut entraîner de longues périodes d'attente avant traitement, ce qui peut entraîner d'autres complications.

³⁸ Voir www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula.

³⁹ Véronique Filippi *et al.*, "A new conceptual framework for maternal morbidity", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 141, n° S1 (2018), p. 7.

⁴⁰ Organisation mondiale de la Santé, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2^e éd. (2012).

⁴¹ Organisation mondiale de la Santé, « Prévention des avortements à risque », fiche d'information (2019).

59. Même lorsque des soins de santé sont disponibles, le manque d'information fait que de nombreuses femmes ne savent pas à quelle prise en charge elles peuvent avoir accès ni à quels symptômes elles doivent être attentives. Par exemple, Amnesty International a rapporté qu'au Népal, la majorité des femmes qui avaient eu un prolapsus utérin avec lesquelles elle s'est entretenue n'avaient jamais entendu parler de cette pathologie avant d'en faire l'expérience⁴². De même, au Zimbabwe, de nombreuses femmes atteintes de fistules obstétricales ne savaient pas de quoi elles souffraient et se battaient pour trouver des informations sur les causes de leur état et les traitements possibles⁴³.

60. Les mauvais traitements et les violences dont sont victimes les femmes pendant la grossesse et l'accouchement peuvent également entraîner des morbidités maternelles (voir A/74/137). Dans certains cas, les violations des droits humains commises dans les établissements de santé sont directement à l'origine de morbidités maternelles, comme lorsque les femmes sont stérilisées de force pendant le travail ou d'autres procédures liées à la grossesse⁴⁴. Outre leur effet direct sur les droits humains des femmes concernées, ces pratiques contribuent également au risque de morbidités maternelles en créant un environnement dans lequel les femmes auront davantage de réticence vis-à-vis d'autres types de services de santé sexuelle et procréative, y compris les traitements antirétroviraux, et seront plus enclines à se tourner vers des personnes non qualifiées pour obtenir une assistance médicale⁴⁵.

4. Déterminants fondamentaux

61. La santé des femmes et des jeunes filles pendant la grossesse et l'accouchement dépend largement de facteurs sociaux et économiques qui sont également influencés par la discrimination fondée sur le genre. Le milieu de vie d'une femme a une influence directe sur son état de santé général, lequel est corrélé à la probabilité de souffrir d'une morbidité maternelle pendant la grossesse ou l'accouchement⁴⁶.

62. Généralement, les femmes des ménages les plus aisés, qui ont fait des études supérieures ou qui vivent en zone urbaine ont des niveaux de morbidité plus faibles et ont davantage recours à des soins de santé maternelle adéquats que celles qui vivent dans la pauvreté, qui ont un niveau d'éducation plus faible ou qui vivent en zone rurale. Partout dans le monde, les faibles taux d'alphabétisation et d'éducation des femmes sont étroitement liés à des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle et sont préjudiciables aux autres critères de la santé maternelle, notamment le taux de fertilité, le recours aux soins prénatals, les besoins en matière de contraception et l'âge à la première naissance⁴⁷. En outre, des pratiques discriminatoires telles que le refus de l'égalité d'accès à la nourriture pour les femmes et les filles, combinées à la réalité des pénuries alimentaires à certaines périodes de l'année, entraînent une sous-alimentation ou une malnutrition qui peut conduire à un risque accru de complications de la grossesse⁴⁸.

5. Conséquences sociales et économiques de la morbidité maternelle

63. La stigmatisation, la honte et l'isolement sont souvent associés à des formes spécifiques de morbidité maternelle et peuvent se manifester par l'ostracisme ou un changement de statut social des femmes concernées, entraînant des effets négatifs sur leur

⁴² Amnesty International, *Unnecessary Burden*, p. 46.

⁴³ Voir la communication d'Amnesty International.

⁴⁴ Voir, par exemple, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, A. S. c. Hongrie (CEDAW/C/36/D/4/2004). Le Comité a conclu à une violation de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes lorsqu'une femme a été stérilisée sans son consentement éclairé alors qu'elle subissait une opération chirurgicale liée à une fausse couche.

⁴⁵ R. Yates, T. Brookes et E. Whitaker, « Hospital Detentions for Non-payment of Fees: A Denial of Rights and Dignity », (Chatham House, 2017), p. 5.

⁴⁶ PNUD, « A social determinants approach to maternal health » (2011).

⁴⁷ FNUAP, « Rich mother, poor mother: the social determinants of maternal death and disability » (2012).

⁴⁸ Isabelle Lange *et al.*, « What maternal morbidities are and what they mean for women: a thematic analysis of twenty years of qualitative research in low and lower-middle income countries », *PLOS ONE* (2019), p. 10 ; Amnesty International, *Unnecessary Burden*, p. 44.

bien-être psychologique, économique et social⁴⁹. Par exemple, les femmes atteintes de fistules obstétricales souffrent d'incontinence permanente, ce qui les isole souvent de leur famille et de leur communauté et entraîne des problèmes de santé mentale tels que la dépression et une faible estime de soi (A/73/285, par. 4). Des effets similaires ont été documentés chez les femmes qui souffrent de prolapsus utérin⁵⁰. En outre, la peur de ne pas être comprise ou d'être perçue comme « déficiente » peut dissuader les femmes souffrant de dépression post-partum de se faire soigner. L'infertilité résultant de complications pendant la grossesse et l'accouchement est une morbidité maternelle fortement stigmatisée, qui conduit à la discrimination, à l'ostracisme et même à la violence. La stigmatisation peut être extrême dans certains pays, où les femmes stériles sont considérées comme un fardeau pour le bien-être socio-économique d'une communauté. La culpabilité et la honte ressenties par la femme s'en trouvent décuplées⁵¹. Ces différentes formes de morbidité maternelle ont pour point commun que les femmes sont accusées d'être à l'origine de leur propre pathologie, ce qui conduit à une stigmatisation accrue.

64. Divers facteurs peuvent affecter la volonté et la capacité des femmes de se faire soigner, ce qui entraîne une aggravation des pathologies non traitées⁵². Par exemple, la plupart des cas de fistules obstétricales peuvent être traités par la chirurgie ; toutefois, la pauvreté, la stigmatisation sociale, les idées fausses sur cette pathologie et le manque de capacités chirurgicales rendent ce traitement inaccessible pour la plupart des femmes qui en souffrent⁵³.

65. Les liens entre morbidités maternelles et charges économiques personnelles relèvent de trois catégories : les conséquences d'un manque de moyens pour soigner et se faire soigner ; le coût prohibitif des soins de santé ; les conséquences de la maladie sur la capacité de gagner sa vie⁵⁴. La situation financière personnelle des femmes peut les empêcher de se faire soigner, ce qui peut ensuite aggraver la situation et augmenter les risques de complications. Les difficultés financières résultant de traitements onéreux contribuent à l'incertitude, à la stigmatisation, à la douleur, à l'inquiétude et à l'interruption des traitements⁵⁵.

E. Approche fondée sur les droits de la personne des politiques et programmes de lutte contre la morbidité maternelle

66. Pour garantir les droits humains des femmes en matière de santé maternelle, il ne suffit pas de leur éviter la mort. Il faut porter une attention accrue aux morbidités maternelles pour assurer une approche plus holistique de la santé des femmes, conformément aux obligations en matière de droits de la personne. Les taux élevés de morbidité maternelle dans le monde entier sont le résultat de multiples facteurs, dont les inégalités dont souffrent les femmes tout au long de leur vie. L'application à la morbidité maternelle évitable d'une approche fondée sur les droits de la personne devrait notamment consister à veiller à la disponibilité, à l'accessibilité, à l'acceptabilité et à la qualité des traitements, ainsi que des services et mesures de prévention ; à améliorer la collecte des données pour comprendre l'ampleur du problème ; à adopter des approches participatives qui mobilisent directement les femmes et les filles qui sont touchées ; et à renforcer les systèmes de responsabilité pour faire face aux négations des droits de la personne. Une telle approche doit aussi garantir qu'une attention systématique soit accordée aux causes et aux conséquences discriminatoires des morbidités maternelles.

⁴⁹ Lange *et al.*, "What maternal morbidities are", p. 14.

⁵⁰ Voir, par exemple, Amnesty International, *Unnecessary Burden*.

⁵¹ OMS, "Mother or nothing: the agony of infertility", *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 88, n° 12 (2010).

⁵² Lange *et al.*, "What maternal morbidities are", p. 15.

⁵³ Voir par exemple W. Murk, "Experiences with obstetric fistula in rural Uganda", *Yale Journal of Biology and Medicine*, vol. 82, n° 2 (juin 2009).

⁵⁴ Lange *et al.*, "What maternal morbidities are", p. 14.

⁵⁵ *Ibid.*

67. De nombreuses parties prenantes ont fait beaucoup d'efforts pour améliorer le traitement des morbidités maternelles graves. Ces efforts doivent être encouragés et il faut veiller à ce que toutes les femmes qui en ont besoin bénéficient d'un traitement, sans discrimination, en mettant l'accent sur l'accessibilité et le caractère abordable de ce traitement. Il est également essentiel de veiller à ce que le personnel de santé soit en mesure de traiter les morbidités maternelles, ce qui peut nécessiter une formation spécialisée, compte tenu du grand nombre d'affections participant des morbidités.

68. Outre le traitement, il est essentiel que les États et les autres parties prenantes mettent en place des mesures de prévention solides, efficaces et complètes qui s'attaquent explicitement à la discrimination fondée sur le sexe et aux autres déterminants de la santé. Grâce à la mise en œuvre de stratégies de prévention holistiques, incluant la suppression de tous les obstacles à des services complets en matière de santé sexuelle et procréative, ainsi que des mesures spécifiques pour garantir que les femmes et les jeunes filles puissent faire valoir leurs droits et accéder à des informations fiables leur permettant de prendre des décisions éclairées concernant leur santé, il est possible de faire baisser les taux de morbidité maternelle.

69. La lutte contre les morbidités maternelles nécessite de disposer d'informations plus fiables afin d'appréhender la prévalence et la typologie des pathologies, ainsi que les disparités entre les groupes de femmes et de filles. Grâce à une analyse de la situation des droits de l'homme, les parties prenantes sont en mesure de recenser et de traiter les motifs pouvant expliquer l'incapacité accrue de certaines femmes à bénéficier en temps voulu d'interventions et de services de soins de santé appropriés, ce qui entraîne des complications pendant la grossesse et l'accouchement. L'obtention de ces données nécessite des systèmes solides de documentation et de suivi sur lesquels fonder des mesures correctrices : changements de pratiques, de politiques ou même réformes législatives.

70. Pour aborder la morbidité maternelle sous l'angle des droits humains, il est également essentiel de s'engager directement auprès des femmes et des filles dans le cadre de la prévention et du traitement de ces morbidités. Grâce à des approches participatives, les femmes auront accès à des informations pertinentes pour leur permettre de prendre des décisions sur des questions touchant à leur santé, leur grossesse et leur accouchement. Le suivi des femmes après l'accouchement est également important pour le suivi des morbidités potentielles et l'augmentation de la probabilité de leur traitement. Il est également essentiel d'accorder une attention particulière à certains groupes de femmes et de filles qui sont plus susceptibles de souffrir de morbidités maternelles, en veillant à ce que leur voix soit entendue lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes et des politiques liés aux morbidités.

71. En s'appuyant sur la notion de « cercle de responsabilisation », les États peuvent mettre en place des moyens de responsabilisation tout au long du cycle politique pour lutter contre les morbidités maternelles. Il s'agit notamment de définir clairement les responsables de l'application des mesures visant à faire respecter les droits de la personne, et de veiller à ce que les femmes et les jeunes filles sachent à qui s'adresser si elles sont touchées par la morbidité pendant la grossesse et l'accouchement. Pour ce faire, on peut mettre en place des systèmes de responsabilité qui transcendent les différentes sphères, notamment les sphères sociale, professionnelle, politique, juridique, judiciaire et internationale. Les mécanismes de responsabilité permettent de révéler des informations essentielles pour la prise de mesures correctrices visant à résoudre des problèmes systémiques et de mettre au jour des cas individuels nécessitant des recours particuliers.

V. Recommandations

72. **Les parties prenantes ont pris de nombreuses initiatives pour mettre en œuvre une approche fondée sur les droits de la personne afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Il demeure essentiel d'évaluer l'effet de l'utilisation du guide technique et de poursuivre la réflexion sur l'application d'approches de la mortalité et de la morbidité maternelles fondées sur les droits de la personne. À cet égard, il est recommandé que le Conseil des droits de l'homme reste saisi de cette**

importante question et continue à recevoir des informations sur la mise en œuvre du guide technique.

73. Les recommandations ci-après sont adressées aux États et à d'autres parties prenantes, selon qu'il convient :

a) Favoriser la reconnaissance aux niveaux national et international du fait que la mortalité et la morbidité maternelles évitables sont un problème crucial relevant des droits humains et sensibiliser toutes les parties prenantes à l'indivisibilité des droits de la personne ;

b) Diffuser aussi largement que possible le guide technique et les outils associés et en promouvoir la mise en œuvre auprès de tous les ministères, en particulier ceux chargés de la santé, ainsi que des institutions publiques compétentes à tous les niveaux, ainsi que des porteurs de devoirs, des organisations de la société civile et des institutions nationales des droits de l'homme qui œuvrent dans des domaines connexes ;

c) Sensibiliser davantage les diverses parties prenantes et renforcer les capacités de ces parties prenantes, notamment les professionnels de la santé, les décideurs, les législateurs, les institutions nationales des droits de l'homme et les membres de l'appareil judiciaire à tout ce qui concerne l'application d'une approche fondée sur les droits de la personne à la santé sexuelle et procréative, en organisant, entre autres, des séances d'information et des activités de formation ;

d) Organiser et faciliter des réunions des différentes parties prenantes à de multiples niveaux, en y invitant des professionnels de la santé et des femmes et des filles marginalisées, pour traiter de l'application d'une approche fondée sur les droits à la santé sexuelle et procréative et déterminer les possibilités qu'offrent les processus nationaux et définir les domaines et plans concrets revêtant un caractère prioritaire ;

e) Assurer la coordination des processus multisectoriels et interdisciplinaires au niveau national afin de parvenir à une approche globale de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation, y compris la santé maternelle, comme l'exige une approche fondée sur les droits de la personne ;

f) Œuvrer au renforcement des capacités des titulaires de droits pour leur permettre de faire valoir leurs droits et contribuer à une culture de responsabilité pour la préservation de la santé et la réalisation des droits en matière de sexualité et de procréation ;

g) Mieux faire connaître la morbidité maternelle en tant que préoccupation relevant des droits de la personne, notamment par une recherche plus ciblée dans ce domaine, l'allocation de ressources suffisantes et l'adoption de mesures visant à garantir la disponibilité d'informations, en particulier pour les femmes et les filles, sur les causes de certaines morbidités maternelles et les moyens de les prévenir ;

h) Donner la priorité à la collecte fiable, transparente et participative de données ventilées sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de soins de santé sexuelle et procréative pour toutes les femmes et les filles, afin d'appuyer des politiques plus globales visant à prévenir et à traiter les morbidités maternelles ;

i) Veiller à ce que les professionnels de la santé soient en mesure de traiter les morbidités maternelles, notamment grâce à la formation, en accordant une attention particulière à la situation des femmes et des filles marginalisées ;

j) Élaborer des stratégies et des programmes globaux de prévention de la morbidité maternelle, incluant des mesures visant à améliorer les connaissances relatives aux droits et à la santé en matière de sexualité et de procréation, notamment par une éducation sexuelle complète, ainsi que des mesures portant sur les déterminants sous-jacents de la santé, tels que la discrimination sexuelle et les facteurs socio-économiques qui rendent certaines femmes et filles plus vulnérables à la morbidité maternelle ;

k) Mettre en place des mécanismes de responsabilisation à différents niveaux afin de lutter contre les atteintes aux droits humains concernant la mortalité et la morbidité maternelles, et plus généralement la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation.
