



Conseil économique et social

Distr. générale
19 décembre 2013
Français
Original : anglais

Commission de la condition de la femme

Cinquante-huitième session

10-21 mars 2014

Point 3 c) de l'ordre du jour provisoire*

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

Mesures prises pour renforcer les liens entre l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles, et l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables

Rapport du Secrétaire général

Résumé

En application de la résolution 56/3 de la Commission de la condition de la femme, le présent rapport examine les mesures prises pour renforcer les liens entre les programmes, les initiatives et les activités qui existent dans l'ensemble du système des Nations Unies visant à favoriser l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des filles, la protection de tous leurs droits humains et l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables. Le rapport s'inspire des exposés et des contributions de 15 États Membres et de 12 organismes des Nations Unies, et conclut par des recommandations à l'intention de la Commission.

* E/CN.6/2014/1.



I. Introduction

1. Dans sa résolution 56/3 sur l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles grâce au renforcement du pouvoir d'action des femmes, la Commission de la condition de la femme se déclare profondément préoccupée par la situation de plus de 350 000 femmes et adolescentes qui continuent de mourir chaque année de complications en grande partie évitables de la grossesse et de l'accouchement; exprime son inquiétude au sujet de la lenteur des progrès réalisés dans l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et de l'insuffisance des ressources consacrées à leur santé; note les inégalités persistantes entre les États Membres et en leur sein et la nécessité persistante de faire face aux inégalités entre les sexes; et exhorte les États Membres à accélérer les progrès vers la réalisation du cinquième des objectifs du Millénaire pour le développement. Les cibles à l'horizon 2015 de cet objectif consistent à réduire de 75 % le taux de mortalité maternelle et à réaliser l'accès universel à la santé procréative. De ce fait, il a été demandé au Secrétaire général de présenter à la Commission, à sa cinquante-huitième session, un rapport prenant en compte les résolutions pertinentes des Nations Unies, pour consolider les liens entre les programmes, initiatives et activités qui existent dans l'ensemble du système des Nations Unies visant à favoriser l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des filles, la protection de tous leurs droits fondamentaux et l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables.

2. Dans le présent rapport, le Secrétaire général prend en compte la résolution 18/2 du Conseil des droits de l'homme sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme, dans laquelle le Conseil encourageait les États et d'autres parties intéressées à prendre des mesures à tous les niveaux pour s'attaquer aux causes premières, qui sont interdépendantes, de la mortalité et de la morbidité maternelles, dont la pauvreté, la malnutrition, les pratiques nocives, l'inaccessibilité des soins et le défaut de services de santé, le manque d'information et d'éducation et l'inégalité des sexes, en accordant une attention particulière à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles. Le rapport met en évidence la pertinence de la mortalité maternelle en tant qu'un problème de santé, de développement et de droits humains, en récapitulant les initiatives et les informations courantes sur l'évolution des mesures prises à tous les niveaux par les États Membres¹, les organismes des Nations Unies² et les organisations de la société civile durant la période de septembre 2012 à novembre 2013.

¹ Les États Membres comprennent l'Allemagne, l'Argentine, le Burkina Faso, le Cameroun, la Colombie, l'Équateur, la Lettonie, la Norvège, les Pays-Bas, le Pérou, les Philippines, la Pologne, le Qatar, le Togo et la Turquie.

² Les organismes des Nations Unies comprennent la Commission sociale et économique des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), l'Union internationale des télécommunications (UIT), le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUUDI), l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD), le Programme alimentaire mondial (PAM), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme (ONU-Femmes).

II. Situation mondiale de la mortalité et de la morbidité maternelles

3. La mortalité maternelle se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite³. La morbidité maternelle est une complication ou une maladie survenant durant la grossesse, l'accouchement ou la période suivant l'accouchement et qui affecte l'intégrité et la santé physique ou mentale de la femme⁴.

4. D'après le *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement, 2013*, le taux de mortalité maternelle a diminué de 47 % au plan mondial, correspondant à une diminution 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (voir le tableau ci-dessous). Il subsiste cependant de grandes disparités des taux de mortalité maternelle entre les pays et en leur sein. Les décès maternels surviennent dans une large majorité dans les pays en développement. Dans la publication intitulée « Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010 – WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates », l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte que plus de la moitié des décès maternels annuels (240 000) survient en Afrique subsaharienne (56 %) et un tiers en Asie du Sud (29 %), les deux régions représentant ensemble 85 % du chiffre mondial, suivies de l'Océanie, de l'Asie du Sud-Est, de l'Amérique latine et des Caraïbes, de l'Afrique du Nord, de l'Asie de l'Ouest et du Caucase et de l'Asie centrale. Le taux de mortalité maternelle des pays en développement est 15 fois supérieur à celui des pays à revenu élevé⁴. Parmi les 75 pays qui ont les taux de mortalité maternelle les plus élevés, deux représentent un tiers des décès maternels dans le monde: l'Inde avec 19 % (56 000) et le Nigeria avec 14 % (40 000).

5. Dans la même publication, l'OMS rapporte qu'à l'échelle mondiale, 30 pays ont réalisé des niveaux de réduction de 50 % ou davantage du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2010 et trois pays (Guinée équatoriale, Népal et Viet Nam) ont obtenu des réductions d'au moins 75 %. Plus de 50 pays ont réduit la mortalité maternelle durant la période 2000-2010 d'un taux supérieur à celui enregistré la décennie précédente, ce qui indique que le rythme du progrès s'améliore⁴. Neuf pays d'Afrique subsaharienne caractérisés par une forte prévalence du VIH, un conflit armé prolongé et l'instabilité économique ont enregistré des augmentations du taux de mortalité maternelle au cours des 20 dernières années⁵.

³ Organisation mondiale de la santé.

<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/> (consulté le 15 novembre 2013).

⁴ Groupe interinstitutions d'estimation de la mortalité maternelle, *Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale*, p. 19 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010), disponible sur le site http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.

⁵ [[change to footnote n° 5) OMS et UNICEF, *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival – Accountability for Maternal, Newborn and Child Survival: the 2013 Update* (Genève, 2013).

Estimations des taux de mortalité maternelle, du nombre de décès maternels et du risque de mortalité maternelle sur la vie entière par région/zone des objectifs du Millénaire pour le développement, 2010

Région/zone	Taux de mortalité maternelle ^a	Nombre de décès maternels ^a	Risque de mortalité maternelle sur la vie entière (taux) ^a
Mondial	210	287 000	1/180
Régions développées ^b	16	2 200	1/3 800
Régions en développement	240	284 000	1/150
Afrique du Nord ^c	78	2 800	1/470
Afrique subsaharienne ^d	500	162 000	1/39
Asie de l'Est ^e	37	6 400	1/1700
Asie du Sud ^f	220	83 000	1/160
Asie du Sud-Est ^g	150	17 000	1/290
Asie occidentale ^h	71	3 500	1/430
Caucase et Asie centrale ⁱ	46	750	1/850
Amérique latine ^j	72	7 400	1/580
Caraïbes ^k	190	1 400	1/220
Océanie ^l	200	510	1/130

Source : Groupe interinstitutions d'estimation de la mortalité maternelle, Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2010 : estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale (OMS, Genève, 2012)

Note : Les estimations déduites des enquêtes auprès des ménages présentent des intervalles de confiance importants et des taux portant sur de longues périodes (souvent de 10 ans). Les estimations mondiales et régionales de mortalité maternelle sont élaborées tous les cinq ans, à l'aide d'un modèle de régression.

^a Le taux de mortalité maternelle, le nombre de décès maternels et le risque de décès maternel sur la durée de vie ont été arrondis ainsi qu'il suit: moins de 100, chiffres non arrondis; 100-999, niveau arrondi à la dizaine la plus proche; 1 000-9 999, arrondis à la centaine la plus proche 100; et plus de 10 000, arrondi au plus proche millier.

^b Albanie, Allemagne, Australie, Autriche, Belarus, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Canada, Croatie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monténégro, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse et Ukraine.

^c Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Tunisie.

^d Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Swaziland, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

^e Chine, République populaire démocratique de Corée.

^f Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Inde, Iran (République islamique d'), Maldives, Népal, Pakistan, Sri Lanka.

(Voir notes page suivante)

(Suite des notes du tableau)

- ^g Cambodge, Indonésie, Malaisie, Myanmar, Philippines, République démocratique populaire lao, Singapour, Thaïlande, Timor-Leste, Viet Nam.
- ^h Arabie Saoudite, Bahreïn, Cisjordanie et bande de Gaza, Émirats arabes unis, Irak, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Turquie et Yémen.
- ⁱ Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan.
- ^j Argentine, Belize, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Guatemala, Guyane, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Suriname, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du).
- ^k Bahamas, Barbade, Cuba, Grenade, Haïti, Jamaïque, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Trinité-et-Tobago, Porto Rico.
- ^l Fidji, Îles Salomon, Micronésie (États fédérés de), Papouasie-Nouvelle-Guinée, Tonga, Vanuatu.

6. Au niveau mondial, les principales causes de décès maternels sont les hémorragies, les infections/septicémies, les avortements dangereux, la prééclampsie et l'éclampsie et le travail prolongé ou entravé⁶. D'après le *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement, 2013*, de nombreuses femmes enceintes dans les pays en développement ne reçoivent toujours pas la norme minimum de soins prénatals et ne bénéficient pas de services d'un personnel médical qualifié pendant l'accouchement. En 2011, les femmes ont accouché seules ou ont reçu des soins insuffisants dans le cas de près de 46 millions des 135 millions de naissances vivantes enregistrées dans les pays en développement. Les femmes enceintes sont dans une situation encore plus difficile dans les zones reculées et rurales, où 53 % seulement des femmes rurales et autochtones reçoivent des soins d'un personnel qualifié lors de l'accouchement, contre 84 % dans les zones urbaines.

7. D'après les estimations, 13 % de tous les décès maternels résultent des avortements dangereux⁷. Le risque de décès maternel imputable à l'avortement dangereux reste élevé en Afrique et en Asie⁸. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement considère les avortements dangereux comme un important sujet de préoccupation en matière de santé publique, au vu des graves risques que peuvent courir les femmes à la suite d'une procédure d'avortement dangereux. Pour assurer le droit des femmes à la santé et à la vie, lorsque l'accès à l'avortement est juridiquement limité, la fourniture des soins après l'avortement est indispensable pour éviter les résultats médiocres en matière de santé (voir [A/HRC/18/27](#)).

8. Dans de nombreux pays, les taux de fécondité élevés continuent d'être la cause de la mortalité maternelle élevée. Sur les 75 pays qui ont un niveau élevé de mortalité et de morbidité maternelles, plus de la moitié a un taux de fécondité de 4,0 enfants par femme ou davantage; 35 de ces pays sont situés en Afrique subsaharienne, dont 21 en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale et 14 en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Une telle concentration de forts taux de fécondité s'accompagne généralement de faibles niveaux d'utilisation des contraceptifs⁹.

⁶ Contribution du FNUAP.

⁷ Lisa B Haddad et Nawal M Nour, « Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality », *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, vol. 2, n° 2 (printemps 2009), p. 122 à 126.

⁸ OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008* (Genève, 2011).

⁹ *Countdown to 2015: 2013 Update* (voir note de bas de page 5 plus haut), p. 22.

9. L'accès aux services de planning familial réduit les grossesses non désirées et à haut risque et d'avortements dangereux, et réduit de ce fait la mortalité maternelle. Le *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement, 2013* indique que la proportion de couples utilisant la contraception a augmenté dans de nombreux pays, notamment les pays en développement. Cependant, les besoins mondiaux de planning familial (définis comme le pourcentage de femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant en couple, qui font état du désir de retarder ou d'éviter la grossesse mais n'utilisent de contraception) n'ont diminué que légèrement, de 15 % en 1990 à 12 % en 2011, ce qui représente plus de 140 millions de femmes.

10. Le VIH/sida et le paludisme demeurent les causes principales des décès maternels, et ils contribuent individuellement ou conjointement à près de 20 % des décès maternels. Dans 15 pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5 %, les décès maternels indirects attribuables au sida s'échelonnent entre 8 % et 67 %¹⁰. Jusqu'en décembre 2012, un nombre cumulé de plus de 900 000 femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde a bénéficié de la prophylaxie ou du traitement antirétroviral¹¹. Le taux de couverture varie considérablement entre les pays et au sein des pays. Le paludisme, qui cause environ 10 000 décès maternels chaque année dans le monde, est une grave maladie qui prédispose les femmes enceintes à une anémie grave et à la mort et elle est associée à un faible poids à la naissance et à la mortinatalité¹². Dans les régions de paludisme endémique, on estime que 25 % au moins des femmes enceintes sont infectées. Quelque 32 millions de femmes enceintes pourraient bénéficier chaque année du traitement préventif du paludisme. D'après le *Rapport mondial sur le paludisme 2013*, 64 % des femmes enceintes en 2012 ont reçu une dose de traitement préventif intermittent durant la grossesse, alors que 23 % seulement ont reçu les trois doses recommandées par l'OMS, ce qui indique qu'il y a lieu d'améliorer la protection des femmes enceintes contre le paludisme.

III. La mortalité et la morbidité maternelles en tant que problème de droits humains

11. Des traités internationaux comme le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Programme d'action de Beijing, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, prescrivent des droits précis liés à la santé des femmes, notamment la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles. Dans sa résolution 11/8, le Conseil des droits de l'homme détermine un éventail de droits de l'homme directement impliqués par la mortalité et la morbidité maternelles, à savoir, les droits à la vie, à une égale dignité, à l'éducation, à la liberté de rechercher, recevoir et partager l'information, de bénéficier des fruits du progrès scientifique, d'être à l'abri de la discrimination, et de jouir du meilleur état de santé physique et mentale

¹⁰ OMS et UNICEF, *Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival – Building a Future for Women and Children: The 2012 Report* (Genève, 2012).

¹¹ ONUSIDA, *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013* (Genève, 2013), p. 38.

¹² Julianna Schantz-Dunn et Nawal M. Nour, « Malaria and pregnancy: a global health perspective », *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, vol. 2, n° 3 (été 2009), p. 188.

possible, notamment la santé sexuelle et procréative, le droit de ne pas être soumis à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, le droit au respect de la vie privée et le droit à un recours utile. Ces droits ne peuvent être garantis que lorsque les principes d'égalité des sexes, de participation, de transparence et de responsabilité sont respectés.

12. Il est de plus en plus admis que l'incapacité à réduire les invalidités et les décès maternels évitables constitue l'une des plus grandes injustices sociales actuelles et que les risques en matière de santé procréative encourus par les femmes constituent des injustices que les sociétés peuvent et devraient résoudre. La réduction continue de la mortalité et de la morbidité maternelles est considérée non pas seulement comme un problème de développement, mais comme une question des droits humains. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH), en collaboration avec l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), a élaboré un guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Le guide met en évidence des groupes précis de femmes qui souffrent de formes multiples de discrimination et sont, en conséquence, exposés à des taux plus élevés de mortalité et de morbidité maternelles, et souligne le droit des femmes de participer à la prise de décisions touchant leur santé et leurs droits sexuels et procréatifs. Il souligne en outre la nécessité de la responsabilité de l'État en indiquant que les États sont obligés de veiller à ce que les tierces parties n'entravent pas l'exercice des droits sexuels et procréatifs (voir [A/HRC/21/22](#)).

IV. Les causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles

13. Dans sa résolution 56/3, la Commission de la condition de la femme admet que les causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables englobent toute une série de facteurs sous-jacents et interdépendants liés au développement, aux droits de l'homme et à la santé, notamment la pauvreté, l'analphabétisme, la discrimination à l'égard des femmes et des filles, la violence sexiste, l'absence de participation à la prise de décision, la mauvaise infrastructure sanitaire et la formation insuffisante du personnel de santé.

14. De solides corrélations existent entre les faibles taux de mortalité maternelle et l'éducation, ainsi que la présence d'un agent de santé qualifié à l'accouchement et l'accès aux ressources et aux dépenses de santé¹³. Dans les pays où les femmes occupent une proportion plus élevée de sièges au parlement et où une proportion plus élevée de filles terminent le cycle de l'enseignement primaire, les niveaux de mortalité maternelle sont moins élevés¹³. Cela donne à penser que des environnements favorables à l'égalité des sexes sont inextricablement liés à un meilleur état de santé procréative¹³. En outre, il est démontré que l'impact de la couverture des interventions sanitaires, comme la présence d'un agent médical qualifié à l'accouchement, est plus important parmi les femmes qui ont terminé le

¹³ Karen A. Grépin et Jeni Klugman: « Investir dans la santé reproductive des femmes : combler le fossé mortel entre ce que nous savons et ce que nous faisons », document de travail de la Banque mondiale, Women Deliver 2013.

cycle de l'enseignement secondaire ou supérieur¹³. Cela démontre que l'éducation est un puissant outil d'autonomisation des femmes et des filles, qui leur permet de faire des choix éclairés concernant leur santé procréative et de chercher des soins de santé appropriés.

15. Les normes et les inégalités des sexes jouent un rôle de premier plan dans les vulnérabilités et les résultats négatifs associés à la santé maternelle. Dans de nombreux contextes, le manque de moyens d'action chez les femmes, exacerbé par le niveau d'instruction limité, peut être attribué aux normes sociales et à la manière dont le système juridique officiel et coutumier est conçu et administré. Des lois exigeant la notification parentale et/ou permettant aux maris ou partenaires d'interdire l'utilisation de la contraception et des services de santé procréative limitent l'accès des filles et des femmes aux services de contraception, de planning familial, d'avortement sans risque, lorsqu'il est légal, et à d'autres services essentiels de santé procréative¹⁴.

16. Des pratiques comme les mariages des enfants et les mariages précoces et forcés représentent de puissants inducteurs de la mortalité et de la morbidité maternelles. Le mariage des enfants est statistiquement associé au faible niveau d'utilisation de contraceptifs, à une fécondité élevée, à de multiples grossesses non désirées, à l'accouchement en l'absence d'un agent de santé qualifié et au faible espacement des naissances, autant de facteurs de risque importants pour la mortalité et la morbidité maternelles¹⁵. En outre, le mariage des enfants a une incidence sur les possibilités de progrès en matière d'éducation et limite le potentiel de gains économiques futurs. Chaque année, 14 millions de filles de moins de 18 ans sont mariées, et la proportion de toutes les filles mariées avant l'âge de 18 ans dans le monde est de 36 %¹⁶. En Asie du Sud, les taux de mariage des filles de moins de 18 ans atteignent 45 %¹⁵. Outre le mariage précoce, les jeunes femmes et les adolescentes qui sont sexuellement actives ont une connaissance et un accès limités de l'information et des services de santé procréative et sont exposées à un risque accru de grossesse (non désirée), aux complications liées à l'avortement et à l'accouchement dangereux, en particulier la fistule obstétricale, qui sont parmi les causes principales de décès chez les filles de 15 à 19 ans¹⁷.

17. Les raisons souvent citées pour ne pas rechercher les soins comprennent les difficultés financières et physiques, les restrictions sociales qui limitent la mobilité, les possibilités insuffisantes de transport, la faible qualité des services de santé et l'ignorance de l'endroit où accoucher¹⁸. En l'absence de mécanismes de protection sociale, le coût élevé des soins de santé limite l'accès des femmes aux soins

¹⁴ R.C. Pacagnella et al., « The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework », *Reproductive Health Matters*, vol. 20, n° 39 (juin 2012), p. 155 à 163.

¹⁵ Minh Cong Nguyen et Quentin Wodon, « Global trends in child marriage », Document de travail de la Banque mondiale, 2012.

¹⁶ Groupe d'examen indépendant d'experts, *Toutes les femmes, tous les enfants : renforcer l'équité et la dignité par la santé. Le deuxième rapport du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant* (Genève, OMS, 2013), p. 60.

¹⁷ FNUAP, *État de la population mondiale 2013 : la mère-enfant. Face aux défis de la grossesse chez l'adolescente* (New York, 2013).

¹⁸ Voir, par exemple, S. Gabrysch, V. Simushi et O.M.R. Campbell, « Availability and distribution of, and geographic access to emergency obstetric care in Zambia », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 114, n° 2 (août 2011), p. 174 à 179.

prénatals, intrapartum et postpartum, et pourrait avoir un effet préjudiciable sur le bien-être économique des familles¹⁹. Les réexamens systématiques des programmes nationaux qui réduisent les obstacles financiers, comme la fourniture de bons de caisse, des services gratuits et les transferts d'argent, se sont révélés efficaces pour améliorer l'état de santé, notamment la santé maternelle. Il a été démontré que les femmes bénéficiant de ces programmes, plus particulièrement les jeunes mères, sont plus susceptibles d'accéder aux soins prénatals et de choisir pour l'accouchement des prestataires de soins de santé qui sont plus qualifiés²⁰.

18. L'accès aux services de santé procréative est encore plus compliqué en période de catastrophe naturelle et de conflit armé, en raison de la destruction des installations de soins de santé et de l'insécurité générale, ce qui empêche les femmes enceintes de rechercher les soins médicaux²¹. Les traumatismes, l'exposition à la violence et à de mauvaises conditions sanitaires peuvent aussi contribuer à aggraver la mortalité et la morbidité maternelles en périodes de crise. Les femmes pourraient aussi être plus exposées au risque de violence sexuelle, pouvant se traduire par des grossesses non désirées, entraînant à leur tour des avortements dangereux.

V. Mesures prises par les États Membres et les organismes des Nations Unies

19. Au cours de l'année écoulée, les États Membres et les organismes des Nations Unies ont pris des mesures visant à autonomiser les femmes et les filles, promouvoir leurs droits et réduire la mortalité et la morbidité maternelles grâce à l'élaboration des mécanismes de protection des droits humains, des plans nationaux et des stratégies, l'octroi de financements, la fourniture de services de santé procréative, la mobilisation des ressources, l'adoption de mécanismes de responsabilisation et d'établissement de données et des évaluations des besoins obstétriques d'urgence et ceux des nouveau-nés, ainsi que la surveillance de la mortalité maternelle.

A. Élaboration de mécanismes de protection des droits de l'homme

20. Les États Membres ont réaffirmé leur attachement aux approches axées sur les droits de l'homme par le biais d'un appel en faveur d'une action dans le domaine du planning familial lors de la Conférence de 2013 sur le thème « Les femmes donnent la vie » et des consultations régionales tenues en 2012 (Bénin, Éthiopie, Nigeria, Sénégal, Soudan du Sud et Ouganda). Dans le cadre des exposés présentés lors des principales manifestations internationales, régionales et nationales, le HCDH s'emploie activement à promouvoir les orientations techniques pour l'application d'une approche axée sur les droits de l'homme dans les politiques et programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables. Une initiative

¹⁹ V. Filippi et al., « Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action » *Lancet*, vol. 368, n° 9546 (octobre 2006), p. 1535 à 1541.

²⁰ S. Dzakupasu, T. Powell-Jackson et O.M. R. Campbell, « Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review » *Health Policy Plan* (janvier 2013).

²¹ James Price et Alok Bohara « Maternal health care amid political unrest: the effect of armed conflict on antenatal care utilization in Nepal », *Health Policy Plan* (2012).

conjointe entre le HCDH, l'OMS, le FNUAP et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant existe actuellement dans une sélection de pays et vise à appliquer des approches axées sur les droits à la santé sexuelle, procréative, maternelle et infantile. Le HCDH et le FNUAP ont aussi collaboré avec des institutions nationales des droits de l'homme à la onzième conférence internationale du Comité international de coordination des institutions nationales pour la promotion et la protection des droits de l'homme, tenue à Amman en novembre 2012, en vue de sensibiliser à la santé et aux droits sexuels et procréatifs et à la mortalité et la morbidité maternelles en tant que problèmes de droits humains, et ont adopté la Déclaration d'Amman.

B. Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques

21. Les États Membres ont rendu compte des principales stratégies de planification nationales portant sur l'élaboration de mécanismes juridiques et stratégiques, les programmes de promotion sociale, la prestation de services de santé sexuelle et procréative, le planning familial, la sensibilisation et l'éducation sexuelle. En outre, ils ont mené des initiatives ciblant les questions spécifiques de santé maternelle ainsi que des groupes particuliers de femmes, de même que certaines parties de la population (Argentine, Burkina Faso, Cameroun, Équateur, Lettonie, Pérou, Philippines, Pologne, Qatar, Togo et Turquie). Les innovations introduites dans les plans nationaux comprenaient des maisons d'attente de maternité, où les femmes enceintes attendent d'accoucher pour s'assurer de l'accès au personnel de santé qualifié (Burkina Faso et Pérou).

22. Les hommes peuvent jouer un rôle de premier plan dans l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables. Par exemple, les dirigeants religieux et des collectivités peuvent être des partenaires essentiels dans la promotion de l'égalité des sexes et la prévention de la violence à l'égard des femmes, ainsi que l'élimination des pratiques et normes culturelles préjudiciables qui affectent la santé maternelle. Les États Membres et les organismes des Nations Unies amplifient les efforts en vue d'impliquer les hommes par le biais des « écoles pour maris », qui fournissent des informations, l'éducation et des possibilités de participation communautaire pour permettre aux maris d'acquérir des connaissances sur la santé maternelle et infantile (Burkina Faso, Guinée et Niger)²².

23. Des services nationaux de financement et de suivi des soins de santé, qui contrôlent l'allocation des ressources aux services de santé procréative ont été mis en place dans des États Membres (Afghanistan, Liberia, Rwanda, République-Unie de Tanzanie et Ukraine) et sont appuyés par l'United States Agency for International Development (USAID). Les comptes nationaux de santé permettent aux gouvernements de contrôler les résultats du secteur de la santé et de fournir aux parties prenantes des informations sur l'allocation globale des ressources.

24. Il est indispensable de disposer de directives régionales et mondiales pour l'élaboration des plans d'action nationaux. Dans cette perspective, le plan d'action pour la santé maternelle et infantile de la Commission de l'Union africaine donne

²² OMS, *The H4+ Partnership: Joint Country Support to Improve Women's and Children's Health* (Genève, 2013), p. 14.

des orientations par le biais de la sensibilisation, du leadership technique et des mécanismes de responsabilisation et de gouvernance, et en abordant des questions essentielles comme le financement des soins de santé.

25. Dans le cadre du mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants », le Partenariat Health Four Plus – comprenant l’OMS, le FNUAP, l’UNICEF, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l’Entité des Nations Unies pour l’égalité des sexes et l’autonomisation de la femme (ONU-Femmes) et la Banque mondiale – appuie également les efforts déployés par les États en vue d’élaborer et de mettre en œuvre des plans nationaux, notamment par le biais des diverses initiatives au plan mondial visant à améliorer la santé maternelle, renforcer les services de planning familial et mettre fin à la transmission du VIH de la mère à l’enfant.

C. Services de santé procréative

26. Les États Membres ont élargi l’accès aux services de qualité de santé maternelle, néonatale et infantile grâce à des approches sectorielles et des interventions ciblées.

27. Dans le domaine des ressources humaines pour la formation sanitaire et celle des agents de santé, des États (Afghanistan, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d’Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Ghana, Inde, Madagascar, Mali, Mozambique, Nigeria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie Soudan, Soudan du Sud, et Togo), des organismes des Nations Unies (FNUAP, OMS) et d’autres partenaires, par l’intermédiaire du Fonds thématique d’affectation spéciale pour la santé maternelle établi en collaboration avec la Confédération internationale des sages-femmes, ont formé plus de 1 500 formateurs de sages-femmes, construit de nouveaux sites de formation, renforcé plus de 175 écoles de sages-femmes, amélioré les compétences des fournisseurs pour leur permettre de gérer des cas de fistule et créé des solutions multimédia d’apprentissage en ligne²².

28. Les États Membres ont redoublé d’effort en vue d’améliorer la disponibilité des services de planning familial, notamment par l’adoption de lois permettant aux femmes d’accéder aux services sans le consentement de leur époux, et des mesures de subvention des coûts (Bénin, Burkina Faso, Éthiopie, Guinée, Niger, Nigeria, Ouganda, Sénégal et Soudan du Sud). Au Sommet de Londres sur le planning familial tenu en 2012, à l’appui de l’initiative « Toutes les femmes, tous les enfants », 24 gouvernements se sont engagés à augmenter les ressources et à élargir la portée des services de planning familial pour atteindre 120 millions de femmes dans les pays en développement à l’horizon 2020.

29. Les organismes des Nations Unies collaborent activement avec les États en vue de renforcer les services de santé, comme le démontrent les programmes Health Four Plus. Afin d’améliorer la qualité des interventions en matière de soins de santé, l’UNICEF, en partenariat avec le FNUAP et Columbia University (New York), a réalisé des évaluations des besoins dans 30 pays. Les principales stratégies mises en évidence consistaient notamment à générer la demande et le soutien communautaire des services de santé et la sensibilisation, à mettre en place de solides systèmes d’aiguillage, à informer les populations vulnérables et difficiles à atteindre, à

améliorer les infrastructures de transport et l'aide financière²³. D'autres interventions liées à la qualité des soins comprenaient des conseils améliorés sur le traitement du paludisme durant la grossesse (OMS) et l'élaboration de trousseaux d'outils par Pathfinder International pour aider les agents de santé dans le traitement des hémorragies postpartum.

30. Le Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security a mobilisé, depuis 2007, quelque 565 millions de dollars pour garantir l'accès aux produits de santé procréative et élaborer des approches viables en matière de passation de marchés, au profit de plus de 35 pays.

31. Afin d'améliorer l'état de santé des femmes enceintes, les programmes de nutrition du Programme alimentaire mondial ont aidé 3,9 millions de femmes enceintes et allaitantes dans le monde et 250 000 femmes au Niger et au Kenya, afin de prévenir la malnutrition aiguë²⁴.

32. En vue d'assurer la prestation de soins de santé maternelle en périodes de crises humanitaires, le FNUAP expédie régulièrement des trousseaux de planning familial, de soins prénatals et d'accouchement hygiénique dans les heures qui suivent le déclenchement des situations d'urgence²⁵.

D. Hiérarchisation et mobilisation de ressources pour la santé maternelle

33. L'Allemagne, le Canada, la Norvège et la Suède ont intégré la santé maternelle dans leurs programmes de coopération au développement. L'Allemagne a, par exemple, lancé une initiative axée sur les droits concernant le planning familial et la santé maternelle, en fournissant des services d'éducation et de renforcement des capacités pour les sages-femmes et au personnel médical formé pour leur permettre d'apporter une assistance qualifiée lors de l'accouchement. Au nombre des bénéficiaires prévus de ce programme figurent des États comme le Bangladesh, le Burundi, le Cambodge, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Kirghizistan, le Malawi, le Niger, le Pakistan, le Rwanda, la Sierra Leone, le Sri Lanka, le Tadjikistan et le Yémen, en plus de la Communauté des Caraïbes, de la Communauté d'Afrique de l'Est, de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest et de la Communauté économique et monétaire d'Afrique centrale.

34. Le Fonds thématique d'affectation spéciale pour la santé maternelle, qui est géré par le FNUAP, a accompagné 43 pays dans la formation des ressources humaines pour la santé, en particulier les sages-femmes, ce qui est indispensable pour lutter contre la mortalité et la morbidité maternelles. La Campagne pour éliminer les fistules a aidé plus de 50 pays dans le cadre de la prévention, du traitement et de la réinsertion sociale des femmes et des filles souffrant ou récupérant de la fistule obstétrique²⁵. Par ailleurs, la Banque mondiale, l'UNICEF, l'USAID et le gouvernement norvégien ont fait de nouvelles annonces de contributions d'un montant de 1,15 milliard de dollars pour améliorer la santé maternelle et infantile. Les fonds seront utilisés au cours des trois prochaines années pour accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4

²³ Contribution de l'UNICEF.

²⁴ Contribution du PAM.

²⁵ Contribution du FNUAP.

et 5 et pour cibler les pays en développement qui ont les taux les plus élevés de décès maternels et infantiles.

E. Responsabilité dans les progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles

35. Les États Membres ont lancé d'importantes initiatives concernant la responsabilisation, notamment la mise en place de comités nationaux chargés d'étudier les cas de mortalité maternelle et de coordonner les audits périnataux (Argentine); les enquêtes confidentielles sur les décès maternels (Lettonie); les méthodologies d'examen de cas d'événements évités de justesse (Pays-Bas); et l'élaboration de recommandations à l'intention des institutions médicales, des associations du personnel médical et des décideurs (Philippines).

36. La Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant fait des recommandations pour le suivi amélioré des engagements au titre de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants et a émis 10 recommandations, qui sous-tendent le mécanisme de responsabilisation du mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants ». Conformément à la Stratégie mondiale et aux recommandations de la Commission, un groupe d'examen indépendant d'experts a été créé pour assurer le suivi et rendre compte des défis et des progrès réalisés, et effectuer des analyses au niveau des pays. Les recommandations du groupe indépendant d'experts portaient notamment sur le renforcement des mécanismes mondiaux de gouvernance et d'investissement, l'élaboration d'outils axés sur les droits de l'homme, le renforcement des systèmes nationaux de collecte de données et le renforcement des capacités des organismes d'évaluation au niveau national²⁶. Certains des défis restants concernent le renforcement de la responsabilisation des États, l'intégration des services de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant, les services de traitement du VIH et du paludisme et l'harmonisation du financement entre les initiatives²⁶. En outre, le partenariat Health Four Plus a élaboré un plan d'action mondial pour assurer le suivi des recommandations de la Commission.

37. Un système de surveillance et d'intervention pour la santé maternelle qui inclut l'identification, la notification et l'examen des décès maternels ainsi que les interventions peut fournir les informations essentielles pour la mesure de la mortalité maternelle et la prise de mesures éclairées visant à prévenir de futurs décès maternels et renforcer les statistiques et les registres nationaux de l'état civil. De nouvelles directives élaborées par l'OMS, le FNUAP, les Centers for Disease Control and Prevention et le Ministère du développement international classent le décès maternel comme un événement pouvant être notifié et encouragent la mise en place de comités nationaux d'examen de la mortalité maternelle. L'UNICEF, en collaboration avec le Ministère du développement international, a lancé une initiative concernant les enquêtes sur le décès maternel et périnatal et l'intervention dans les cas de décès maternel en Inde, en vue de déterminer les facteurs personnels, familiaux, socioculturels, économiques et environnementaux qui contribuent aux décès maternels. La mise en œuvre du projet s'est traduite par l'établissement de systèmes d'aiguillage, de services d'assistance téléphonique ainsi qu'un

²⁶ OMS. *Toutes les femmes, tous les enfants* (voir note de bas de page 16 ci-dessus), p. 68.

accroissement du nombre d'institutions pouvant offrir des services d'accouchement sans risque.

F. Données et connaissances sur la mortalité et la morbidité maternelles

38. Il n'est pas facile d'obtenir des données exactes sur la mortalité maternelle, même lorsqu'il existe des systèmes fiables de registres et de statistiques d'état civil. Dans ces situations, le statut de grossesse d'une femme peut ne pas être pris en considération dans la classification et le codage de la cause du décès, en particulier au début de la grossesse et dans la période suivant immédiatement l'accouchement. Pour les pays qui n'ont pas de systèmes fiables et complets de registres de l'état civil, des méthodes d'estimation indirectes sont utilisées pour déduire des estimations de la mortalité maternelle. Le Groupe interinstitutions d'estimation de la mortalité maternelle et un groupe indépendant de services de conseil technique produisent régulièrement des estimations et des mises à jour de la mortalité maternelle pour tous les pays, en s'inspirant des données existantes²⁷. Toutefois, des systèmes de registres de l'état civil appuyés par la certification exacte de la cause du décès, peuvent améliorer sensiblement la qualité des données disponibles. Sur les plus de 100 pays qui n'ont pas de systèmes fiables de registres de l'état civil, les trois quarts se trouvent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, là où les taux de mortalité et de morbidité maternelles sont élevés²⁸. Seulement 1 sur 75 pays qui ont des niveaux élevés de mortalité maternelle, tels qu'ils sont déterminés par le mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants », a des données sur les 11 indicateurs de base de santé maternelle et infantile adoptés par la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant au titre de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, alors que les pays ont en majorité peu de données disponibles²⁹. Dans sa publication de 2013, le Groupe d'examen indépendant d'experts a préconisé le renforcement de l'investissement et de la sensibilisation en faveur des systèmes nationaux de registres et de statistiques de l'état civil et la mise en place par les Nations Unies d'un groupe de travail de haut niveau sur cette question.

39. Ces dernières années, des progrès notables ont été enregistrés concernant les indicateurs précis des accouchements. De nombreux pays en développement continuent de participer aux efforts de collecte de données de Measure Demographic and Health Surveys, qui fournissent une importante quantité d'informations sur des questions comme les soins à l'accouchement et les soins prénatals. De ce fait et grâce à d'autres initiatives, des données sur les accouchements assistés par du personnel qualifié se sont améliorées et sont disponibles pour les cinq dernières années dans le cas de 145 pays, contre moins de 80 pays les 5 années précédentes et

²⁷ Les membres comprennent l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, la Division de la population des Nations Unies et la Banque mondiale.

²⁸ Registre et statistiques de l'état civil. Disponible à l'adresse: <http://portal.pmnch.org/downloads/high/KS17-high.pdf> (consulté le 31 octobre 2013).

²⁹ Groupe d'examen indépendant d'experts, *Toutes les femmes, tous les enfants: Renforcer l'équité et la dignité par la santé. Le deuxième rapport du Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant* (Genève, OMS, 2012).

moins de 10 pays dans les années 90³⁰. L'Ouganda a renforcé son système de collecte de données par l'introduction d'un système mobile de registre de l'état civil, qui a été appuyé par Uganda Telecom et l'UNICEF.

40. Deux événements importants en matière de collecte et d'analyse des données sont, d'une part la mise en place du Groupe d'experts interinstitutions sur les statistiques ventilées par sexe chargé de fournir des orientations sur l'inclusion des indicateurs tenant compte des sexes et l'analyse et, d'autre part, la recommandation par la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant d'intégrer les aspects d'équité comme la santé, le sexe, l'âge, l'éducation maternelle, l'appartenance ethnique et la résidence urbaine/rurale dans les stratégies nationales de collecte de données. D'après l'Union internationale des télécommunications, une autre innovation concerne l'expansion d'une plateforme mobile de santé en ligne pour l'enregistrement des naissances et l'information sur la santé maternelle et infantile par les sages-femmes et les agents de santé.

VI. Principales initiatives au plan mondial

41. Les initiatives d'envergure mondiale sont importantes pour mobiliser les principales parties prenantes afin qu'elles se concentrent sur les priorités cruciales pour la mortalité et la morbidité maternelles, mettre en place des plateformes pour accroître les financements et élaborer et diffuser des stratégies innovantes.

42. Le mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants » est un catalyseur important pour la mobilisation et l'intensification des mesures nationales et internationales visant à améliorer la santé des femmes et des enfants dans le monde et à sauver 16 millions de vies à l'horizon 2015 dans les 49 pays les plus pauvres. Il met en action la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants dont la réalisation nécessite 88 milliards de dollars d'investissements. D'après les estimations, jusqu'en 2010, 40 à 45 milliards de dollars avaient été mobilisés, dont environ 18 à 22 milliards de dollars représentant un financement nouveau et additionnel³¹. Jusqu'en juin 2013, 293 parties prenantes avaient annoncé des contributions à la Stratégie mondiale, et un montant estimé à 25 milliards de dollars a été décaissé à ce jour, en augmentation par rapport à l'année précédente. Au cours des deux années précédentes, le planning familial a reçu le plus grand nombre d'annonces de contributions à la Stratégie mondiale³².

43. À l'appui du mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants », de nombreuses initiatives de partenariat ont été mises en place. Le Global Investment Framework for Women's and Children's Health, élaboré par le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et l'OMS, donne des orientations sur l'allocation de ressources en vue d'optimiser les rendements sociaux et

³⁰ Banque mondiale et Women Deliver, « *Comblant l'écart mortel entre nos connaissances et nos actions: Investir dans la santé reproductive des femmes* », p. 19.

³¹ Groupe d'examen indépendant d'experts, *Toutes les femmes, tous les enfants* [Genève (voir note de bas de page 16 ci-dessus)], p. 27.

³² OMS et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, *The PMNCH 2013 Report. Analysing Progress on Commitments to the Global Strategy for Women and Children's Health*. Disponible à l'adresse http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/pmnch_report13.pdf. (consulté le 15 octobre 2013).

économiques. Afin d'attirer l'attention du monde sur les domaines essentiels et insuffisamment pourvus en ressources, des initiatives comme la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants, Family Planning 2020 et « Une promesse renouvelée » ont été lancées en 2012.

44. L'initiative Health Four Plus, qui s'inscrit dans le cadre du mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants », s'attache à renforcer les liens entre les interventions au niveau national et international, à mobiliser un solide engagement politique, à fournir un cadre robuste pour le suivi et l'évaluation. Les organismes des Nations Unies œuvrent de concert pour accompagner les pays dans l'élaboration de plans nationaux de santé alignés sur les objectifs du Millénaire pour le développement; mobiliser des ressources; répondre aux besoins des agents de santé, éliminer les causes profondes de la mortalité maternelle et de l'inégalité des sexes; et renforcer la collecte de données. Le partenariat devient un « guichet unique » permettant aux pays d'accéder à l'assistance technique et financière pour l'ensemble de la gamme de services de santé procréative, maternelle et infantile. Des donateurs comme le Canada, la France et la Suède considèrent le partenariat comme une plateforme utile pour la mise en œuvre de leur programme d'aide³². Au niveau des pays, les organismes des Nations Unies ont efficacement mobilisé des ressources pour accompagner la mise en œuvre des plans conjoints de l'initiative Health Four Plus dans 19 pays afin d'aider les États Membres à appliquer les plans nationaux de santé liés à la santé sexuelle, procréative et infantile³³. En 2012, l'Initiative pour les pays lourdement touchés a été lancée en vue de réaliser une évaluation détaillée des effectifs de sages-femmes dans huit pays prioritaires.

45. L'Initiative de Muskoka: Santé des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans appuie les actions nationales visant à relever les défis posés par la santé maternelle et infantile et à accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5. Les États bénéficiant de cette initiative sont l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Éthiopie, Haïti, le Malawi, le Mali, le Mozambique, le Nigeria, la République-Unie de Tanzanie et le Soudan du Sud.

46. Le Cadre d'accélération de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement a élaboré des plans d'action dans plus de 50 pays, en vue d'analyser les obstacles, consolider les efforts visant à obtenir le plus grand impact et aligner les initiatives des partenaires. Les plans qui étaient le plus communément élaborés étaient axés sur la santé maternelle, en raison des faibles progrès enregistrés dans le cadre de l'objectif 5³⁴.

47. Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie: 2011-2015 contribue à l'élimination de la mortalité maternelle. Le Plan mondial a fixé des cibles précises pour le traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH, en vue de garantir qu'elles soient maintenues en vie dans 22 pays prioritaires qui ont les taux estimatifs les plus élevés de femmes dans cette situation. Le financement du Plan mondial est assuré par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, la Fondation Bill et Melinda Gates, Chevron Corporation et Johnson and Johnson.

48. L'Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies pour la prévention et le traitement du VIH chez les femmes enceintes et les mères et leurs enfants est le

³³ OMS, *The H4+ Partnership* (voir note de bas de page 22 plus haut), p. 22.

³⁴ PNUD, « Accelerating progress, sustaining results: the MDGs to 2015 and beyond » (2013).

volet opérationnel du Plan mondial, visant à élaborer le cadre stratégique pour la prévention du VIH et des grossesses non désirées, en vue d'aider les fournisseurs des soins de santé à mener des interventions et d'atteindre la cible de 50 % de réduction des décès maternels liés au SIDA dans 22 pays prioritaires.

49. Saving Mothers, Giving Life, un partenariat entre les gouvernements des États-Unis d'Amérique et de Norvège et des organisations du secteur privé et non gouvernementales, investit dans la protection de la santé des femmes et l'élimination de la mortalité maternelle dans 10 pays sur une période de 5 ans. Le programme Healthy Baby, Healthy Mama en Ouganda et en Zambie a mis en place des structures médicales, formé des agents sanitaires des collectivités et mené de vastes campagnes de sensibilisation, qui se sont traduites par un plus grand nombre de femmes choisissant d'utiliser les services de soins prénatals et l'accouchement sans risque³⁵.

50. Des organisations de la société civile ont contribué à l'élaboration des approches et des programmes axés sur les droits de l'homme. L'International Initiative on Maternal Mortality and Human Rights et le Centre des droits de l'homme de l'Université d'Essex (Royaume-Uni), le Forum asiatique de parlementaires sur la population et le développement et le Centre pour les droits reproductifs ont publié des documents et des outils d'orientation pour élaborer des interventions sur la santé maternelle, fondées sur un cadre des droits de l'homme. Ils mènent des campagnes de sensibilisation aux niveaux mondial et national en vue de renforcer la réactivité et la responsabilité des États à l'égard de la mortalité et de la morbidité maternelles.

51. Mettant à profit les partenariats, les engagements et les réseaux mis en place grâce à ses conférences, Women Deliver favorise l'investissement dans la santé des femmes, mettant en particulier l'accent sur l'élimination de la mortalité maternelle et l'amélioration générale des conditions de vie des femmes et des filles. En 2012, Women Deliver a organisé, avec des dirigeants et des experts en Afrique, en Asie, en Amérique latine et aux Caraïbes, des consultations régionales sur l'objectif 5 et le programme de développement pour l'après-2015.

VII. Conclusions et recommandations

52. Des mesures ont été prises pour renforcer les liens entre les interventions en faveur de l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et des filles et l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables. Cela est confirmé par l'action des différents États Membres, le partenariat Health Four Plus et d'autres initiatives de collaboration mises en œuvre par les organismes des Nations Unies et d'autres partenaires mondiaux. Ces efforts se sont traduits par une plus grande mobilisation d'annonces de contributions, le renforcement de la collaboration et de l'obligation de rendre des comptes des progrès et l'accroissement des interventions portant sur les droits humains des femmes et les causes profondes de la mortalité maternelle.

53. Le niveau de compréhension et de reconnaissance de l'importance des approches fondées sur les droits de l'homme et des causes profondes de la mortalité

³⁵ Saving Mothers, Giving Life, « External evaluation of Saving Mothers, Giving Life », Final Report (octobre 2013).

et de la morbidité maternelles a augmenté aux niveaux mondial et national. Toutefois, peu d'informations et d'analyses existent sur la mise en œuvre d'interventions spécifiques dans le cadre d'une approche fondée sur les droits de l'homme qui s'intéresse aux causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles, l'efficacité de ces interventions et l'allocation de ressources suffisantes à cette fin.

54. Une action opportune et concertée est nécessaire pour accélérer l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles, réduire de 75 % les taux de mortalité maternelle et réaliser l'accès universel à la santé procréative. En dépit des progrès considérables, les taux de mortalité et de morbidité maternelles demeurent élevés au sein de nombreux pays et sous-populations dans le monde. À l'approche de la date limite de 2015 fixée pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, les pays qui ont des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles risquent de manquer la cible. Les initiatives doivent se poursuivre non seulement pour renforcer la réaction du secteur de la santé, mais aussi pour garantir l'intégration des principes essentiels d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes dans les interventions à tous les niveaux.

55. Le débat sur le programme de développement pour l'après-2015 offre une autre possibilité d'inclure des approches tenant compte de la problématique hommes-femmes et d'éliminer les causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles dans le cadre général favorisant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

56. La Commission de la condition de la femme voudra encourager les États Membres à:

a) Intensifier de toute urgence, en collaboration avec toutes les parties prenantes, les mesures visant à réduire davantage la mortalité et la morbidité maternelles dans un cadre d'égalité des sexes;

b) Éliminer les obstacles structurels à la jouissance de la santé procréative, notamment les normes sociales discriminatoires, l'exclusion des femmes de la prise de décision et le manque d'accès des femmes et des filles aux ressources;

c) Éliminer les causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles par le biais de cadres juridiques et généraux et de programmes dans les domaines de la pauvreté, des inégalités, de la violence sexiste, de l'éducation, de la participation des femmes à la prise de décision et de l'autonomisation économique des femmes;

d) Adopter et appliquer des lois pour protéger les femmes et les filles contre la violence et les pratiques préjudiciables, notamment les mariages des enfants, précoces et forcés;

e) Adopter et mettre en œuvre des plans d'action nationaux multisectoriels pleinement financés comportant des cibles précises, des échéanciers, des mécanismes de suivi et d'évaluation, ainsi que des activités visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et à répondre aux besoins spéciaux des groupes vulnérables de femmes;

f) Renforcer les mesures de responsabilisation nationales en amenant les organisations de la société civile, notamment des groupes de femmes, à

participer activement à la promotion et la protection de la santé des femmes et des enfants;

g) Adopter des mesures de protection sociale tenant compte de la problématique hommes-femmes pour aider les femmes et les filles à accéder aux services de santé procréative et autres;

h) Élargir l'accessibilité des services de santé abordables et de qualité, notamment le planning familial, les soins prénatals et postnatals, l'accouchement assisté par un personnel qualifié et les soins obstétriques d'urgence et l'intégration de la prévention, des soins et du traitement du VIH/sida et du paludisme dans ces services, en particulier pour les femmes jeunes et non mariées et les groupes vulnérables de femmes et de filles, notamment en périodes de crise humanitaire et de conflit armé;

i) Mettre en place des systèmes nationaux d'information sanitaire pleinement fonctionnels, notamment les systèmes de registres et statistiques de l'état civil, ainsi que les systèmes d'évaluation des besoins de soins obstétriques d'urgence et des systèmes d'intervention et de surveillance des décès maternels; et intégrer les indicateurs de base de mortalité et de morbidité maternelles dans les systèmes d'information sanitaire existants, comme l'a recommandé la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant;

j) Faire participer, par le biais de programmes éducatifs et des activités de sensibilisation, les collectivités, les dirigeants religieux et traditionnels, les hommes et les garçons, en tant que moyen d'encourager des comportements responsables en matière de santé sexuelle et procréative et de partager la responsabilité de l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles dans le but global de promouvoir l'égalité des sexes.

57. Le système des Nations Unies et d'autres organisations internationales et régionales sont encouragés à :

a) Continuer d'aider les États Membres, en collaboration avec d'autres parties prenantes, à réaliser les objectifs consistant à :

i) Intensifier de toute urgence les mesures visant à réduire davantage la mortalité et la morbidité maternelles;

ii) Adopter des lois et des politiques visant à éliminer les causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles;

iii) Accroître l'accessibilité des services de soins de santé, notamment les services de santé procréative;

iv) Mettre en place des systèmes nationaux d'information sanitaire pour suivre et évaluer les lois, politiques et programmes de lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles;

b) Continuer d'œuvrer, par des initiatives de collaboration avec les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes afin d'éliminer la mortalité et la morbidité maternelles, et mettre en place de solides plateformes de coordination, de responsabilisation et de connaissances techniques en vue d'étendre les interventions conjointes à d'autres pays;

c) Continuer de fournir des avis éclairés et des analyses sur la nécessité d'adopter une approche axée sur les droits de l'homme pour faire face à la mortalité et la morbidité maternelles.
