



Réponse au questionnaire du Rapporteur Spécial sur le Droit à la santé Le racisme et le droit à la santé

1 – Quelles sont les principales manifestations actuelles du racisme et des formes de discrimination qui y sont associées à l'origine du racisme qui peuvent prévaloir dans votre pays dans le domaine du droit à la santé, notamment en ce qui concerne les déterminants fondamentaux de la santé, les résultats en matière de santé et l'accès aux soins de santé ?

En tant qu'ONG en charge de défendre le statut de la mère dans la société, notre propos va se concentrer sur racisme et maternité : à travers deux indicateurs, la mortalité des femmes à l'accouchement et les violences obstétricales.

Nous n'aurons pas une approche nationale mais une approche transversale de cette situation commune à de nombreux pays développés.

« Les femmes ne meurent pas à cause de maladies incurables, mais parce que les sociétés n'ont pas encore pris la décision de sauver leur vie. »

Professeur Mahmoud Fathalla, président de la Fédération internationale des obstétriciens et gynécologues.

La majorité des décès et handicaps liés à la maternité pourraient être évités par un suivi médical pendant la grossesse et une assistance qualifiée pendant l'accouchement. La mortalité maternelle est un indicateur important de la qualité du système de santé d'un pays - et du statut des femmes dans la société.

Taux de mortalité des mères à la naissance

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Afrique sub-saharienne et l'Asie du Sud totalisent environ 80% des décès chez la mère et l'enfant à l'échelle mondiale, reflétant les inégalités dans l'accès aux services de santé et mettant en lumière l'écart entre les pays riches et les pays en voie de développement.¹

Dans les pays développés, le taux de mortalité des mères à la naissance est en moyenne nettement plus bas (1 femme sur 6500 contre 1 femme sur 37 dans l'Afrique sub-saharienne)¹. C'est un marqueur d'une société avec des services de santé de qualité.

Or, dans nombre de pays développés (France, Belgique, Canada, USA...), on peut noter que le taux de mortalité des mères à la naissance cache des disparités. Il s'avère en effet que les femmes issues des minorités liées à l'immigration ou venant de populations indigènes ont un taux de mortalité plus élevé. Dans son rapport précédemment cité, l'OMS note que : « Bien que des progrès aient été accomplis dans la réduction de la mortalité de l'enfant comme de la mère, il n'en demeure pas moins que des inégalités criantes persistent, qui reposent sur la géographie, le genre et l'appartenance ethnique »

¹ - WHO, « Mortalité maternelle », (19 septembre 2019). <https://www.who.int/fr/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>

Le taux de mortalité des mères à la naissance est une statistique globalement bien établie. Cependant, le taux de mortalité prenant en compte l'origine raciale des mères ne donne pas lieu à une déclaration statistique officielle et récurrente mais plutôt à des études ponctuelles conduites sur des groupes réduits de femmes.

Violences obstétricales

Au-delà de la mortalité à l'accouchement, les phénomènes que l'on regroupe sous le terme de violences obstétricales sont révélatrices elles-aussi d'une forme de racisme. L'ONU s'est emparé de la question des violences obstétricales dès juillet 2019² et les ont reconnues pour certains cas comme violences faites aux femmes, et dans d'autres cas, violations des droits humains.

Les violences obstétricales peuvent être classées en plusieurs catégories³:

- Pathologisation : abus de médication et de techniques de déclenchement,
- Déshumanisation : violences psychologiques, absence d'écoute, paroles déplacées,
- Absence de consentement libre et éclairé sur les actes médicaux réalisés : épisiotomie, injection d'ocytocine, césarienne,
- Préséance des protocoles sur le besoin de la patiente : monitoring en continu, non respect de la volonté de la patiente d'accoucher sous telle ou telle forme...

Ces violences obstétricales ont des impacts sur la vie future des mères : impact sur leur santé (incontinence, difficulté pour se mouvoir...), ou impact psychologique (perte d'estime, de confiance en soi...).

Des discriminations vis-à-vis de certaines communautés viennent amplifier la fréquence de ces violences obstétricales. Elles prennent la forme de commentaires déplacés, d'une déshumanisation marquée, d'une qualité de soin amoindrie et d'un sentiment de mépris de la part du personnel soignant, voire de propos ouvertement racistes comme l'homogénéisation d'un groupe de personnes et le recours aux stéréotypes. Par exemple : « Ces haïtiennes, pourquoi elles crient toutes »,

La notion de violences obstétricale et sa prise de conscience sont récentes. Les statistiques officielles dans ce domaine sont rares. Les statistiques prenant en compte l'origine raciale, ethnique ou géographique en sont d'autant plus rares. Les seules données accessibles sont liées à des études ponctuelles menées par des sociologues, des équipes soignantes ou des collectifs.

2 - Quelles sont les personnes les plus touchées et pourquoi ? Veuillez décrire les disparités existantes dans la fourniture et l'accès aux services de santé qui affectent les personnes de différentes origines raciales et ethniques, l'ascendance ainsi que d'autres groupes, tels que les migrants. Le manque de données, d'analyses ou d'indicateurs de santé à cet égard peut également être reflété.

Communautés concernées par ces discriminations de soins à l'accouchement et par un taux de mortalité plus élevé

Ces phénomènes de disparités des conditions d'accouchement des femmes, des violences obstétricales et du taux de mortalité sont particulièrement identifiables pour les populations suivantes :

² - United Nations, General Assembly, Report of the Special Rapporteur on violence against women, "A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence" - Assemblée Générale de l'ONU : A/74/137- (11 Juillet 2019).

³ - Catherine Novello-Vautour, « Discriminer le miracle de la vie : la violence obstétricale chez les personnes noires et autochtones dans les institutions de santé au Canada », (Septembre 2021).

- Mères issues de l'immigration, récente ou non : population d'origine africaine aux USA, au Canada, minorité Hmong aux USA, population d'origine turque en Belgique, sub-saharienne en France,
- Minorités indigènes : Inuits au Canada, Native American aux USA, population Sami in Norvège⁴,
- Réfugiées
- Plus généralement, femmes de conditions de vie modestes ou non lettrées.

Mortalité à l'accouchement

Ainsi, au Canada, les personnes noires sont plus à risque d'avoir un accouchement prématuré : 8,9/1000 pour les femmes noires versus 5,9/1000 pour les femmes blanches⁵.

Au Canada, les femmes noires sont plus à risque d'endurer des traitements discriminatoires, de ne pas avoir accès à des méthodes d'accouchement alternatives, d'être isolées et ignorées par le personnel médical, de ne pas être informées correctement du processus, de leurs droits et des procédures médicales, de voir leur accompagnateur ou conjoint être traité de manière irrespectueuse par le personnel médical et d'endurer du racisme dans l'établissement de soins.

Aux Etats-Unis, les femmes afro-américaines ont trois fois plus de risques de mourir que les femmes de race blanche lors d'un accouchement⁶. A New-York, le risque est 8 fois plus élevé.

Le département de la santé américaine estime que la moitié des décès des femmes noires pourrait être évitée si ces femmes étaient suivies dans des hôpitaux fréquentés par des femmes blanches. Un mouvement est né d'ailleurs dans la mouvance du *Black Live Matters* : « Black birthing lives matter » ainsi que la « Black Maternal Health Week », présidée par M. Biden lui-même. Kamala Harris : « Ce n'est pas une question d'éducation ou condition socio-économique. Il y a un parti pris implicite dans notre système de soins de santé ».

Les Etats-Unis sont également le seul pays où la mortalité maternelle est en progression constante depuis 20 ans. (+27% entre 2000 et 2014, où le chiffre atteint 28 décès pour 100,000 naissances)

En France, une étude menée entre 2013 et 2015^{7 8} montre qu'une mère née en Afrique subsaharienne a trois fois plus de risques de mourir des suites de la grossesse ou de l'accouchement qu'une femme née en France.

En Norvège, les femmes avec de faibles revenus, celles avec un niveau d'éducation limité ou les femmes immigrées ont plus de risques d'être victimes de violences obstétricales⁹.

Les origines de ce constat

Pourquoi ces populations sont-elles plus à risque vis-à-vis de la mortalité périnatale et des violences obstétricales ?

⁴ - *Discrimination of the Sami population, the national minorities and migrants in Norway/Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandre i Norge*

⁵ - Katherine Novello-Vautour, (2021) - Mitchell & Herbert, (2014) – Patychuk, (2011) ; Enang (1999)

⁶ - Emission Arte Reportage, « USA : discrimination à la maternité », (avril 2022).

⁷ - 6è rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), « Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir 2013-2015 », (6 janvier 2021).

⁸ - *Revue européenne des migrations internationales*, Priscille Sauvegrain, « La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », (2012).

⁹ - Henriksen et al.(2019). The Safe Pregnancy study - promoting safety behaviours in antenatal care among Norwegian, Pakistani, Somali pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial. BMC Public Health. 19:724 - <http://doi.org/10.1186/s12889-019-6922-y>

Pour les mères :

- Non maîtrise de la langue par la mère : difficultés à communiquer avec l'équipe soignante, à exprimer ce qu'elle ressent, ce qu'elle veut, à poser des questions.
- Conditions de santé dégradées avant même le début de la grossesse : mauvaise alimentation, mauvais suivi de santé sur d'autres maladies (hypertension, diabète, maladies cardiovasculaires, obésité...) - Ces conditions dégradées de santé sont aussi révélatrices de conditions de vie précaires et de l'inégalité d'accès à un système de santé correct.
- Manque d'informations pour ces femmes sur leurs droits, les procédures médicales,
- Une forme de défiance vis-à-vis du système médical du pays d'accueil pour les populations récemment immigrées.

Les systèmes de santé clairement mis en cause à différentes échelles :

- Infrastructures de qualités inégales : équipement obsolètes, présence ou non d'un service d'urgence néonatale, service de réanimation – Cette situation peut être liée à un choix d'investissements délibéré de la ville, à des services publics aux moyens limités et à l'absence ou impossibilité financière d'accès aux services de soins privés (clinique...)
- Accès aux infrastructures :
 - o Soit par une absence de moyens de transport dans le ménage concerné,
 - o Soit par le lieu d'habitation de la mère – sont concernées en particulier les femmes indigènes vivant dans des zones géographiques isolées
- Les équipes soignantes :
 - o Absence de formation à la lutte contre les stéréotypes d'origine raciaux sur la grossesse et l'accouchement des femmes, donc persistance de ces stéréotypes entraînant de nombreuses paroles déplacées, et des décisions d'actes médicaux faussés
 - o Absence de formation à la diversité culturelle dans les pratiques d'accouchement, non connaissance par les équipes soignantes des pratiques traditionnelles de certaines ethnies :
 - o Refus de la mère de subir tel ou tel acte (forceps, péridurale, accouchement en position allongée ...)
 - o Non compréhension de la demande de la mère liée à des pratiques propres à leur pays d'origine, leur ethnie : présence de membres autres que le père (shaman, douala, mère...), accouchement dans une position non « classique » du point de vue occidental
 - o Qualité de communication et d'écoute. Plus généralement, moins de respect pour une mère d'origine raciale différente, pauvre et non lettrée.

Dans l'ensemble, il existe très peu de données sur la santé des mères dans les maternités car dans de nombreux pays, les données raciales ne sont pas enregistrées dans les hôpitaux. Cette absence de données est un obstacle à l'équité du système de santé.