

# ACCOUCHEMENTS ET MORTALITÉ MATERNELLE

LA CRISE DE LA SANTÉ MATERNELLE  
AUX ÉTATS-UNIS : RÉSUMÉ

LA SANTÉ,  
C'EST UN DROIT HUMAIN

**AMNESTY**  
INTERNATIONAL





© Safe Motherhood Quilt Project

*Page de couverture et photo ci-dessus :*  
patchwork du Safe Motherhood Quilt Project, une action d'envergure nationale lancée à l'initiative d'Ina May Gaskin, sage-femme et auteure, pour promouvoir la maternité sans risque et rendre hommage aux femmes mortes de complications liées à la grossesse depuis 1982.

Le présent document est un résumé du rapport intitulé *Deadly delivery: The maternal health care crisis in the USA*, qui doit être consulté pour de plus amples informations.

# ACCOUchements ET MORTALITÉ MATERNELLE

## LA CRISE DE LA SANTÉ MATERNELLE AUX ÉTATS-UNIS : RÉSUMÉ

**Chaque jour, aux États-Unis, plus de deux femmes meurent de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Près de la moitié de ces décès pourraient être évités si toutes les femmes de ce pays pouvaient bénéficier de soins maternels abordables et de bonne qualité.**

De 1987 à 2006, le taux de mortalité maternelle est passé de 6,6 décès de femmes pour 100 000 naissances d'enfants vivants à 13,3. Si cette augmentation s'explique en partie par une amélioration de la collecte des données, elle n'en reste pas moins considérable.

Les États-Unis dépensent davantage que tout autre pays pour la santé, et davantage pour la santé maternelle que pour tout autre type de soins hospitaliers. Pourtant, les femmes qui vivent aux États-Unis courent un risque plus élevé de mourir de complications liées à la grossesse que celles de 40 autres pays. Ainsi, le risque qu'une femme meure en couches aux États-Unis est cinq fois plus élevé qu'en Grèce, quatre fois plus qu'en Allemagne et trois fois plus qu'en Espagne.

Pour les Afro-Américaines, la probabilité de succomber à des complications liées à la grossesse est près de quatre fois plus élevée que pour les Blanches. Cette disparité reste fixe depuis plus de 20 ans.

En 2004 et 2005, plus de 68 000 femmes ont failli mourir en couches aux États-Unis. Chaque année, 1,7 million de femmes souffrent de complications aux conséquences néfastes pour leur santé.

Il ne s'agit pas d'une simple urgence de santé publique – c'est une véritable crise des droits humains. Aux États-Unis, les femmes doivent surmonter toute une série d'obstacles pour obtenir les services dont

elles ont besoin. Le système de santé souffre de multiples dysfonctionnements : discrimination, obstacles financiers, administratifs et linguistiques, information insuffisante sur les soins maternels et les possibilités en matière de planification des naissances, manque de participation active des patientes aux décisions de santé les concernant, manque de personnel et protocoles de qualité insuffisants, enfin, manque d'obligation de rendre des comptes et de contrôles.

### SANTÉ MATERNELLE ET DROITS HUMAINS

La santé maternelle est une question de droits humains. La mortalité maternelle évitable renvoie à des violations de divers droits humains, notamment les droits à la vie, à la non-discrimination et au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Ces droits figurent parmi ceux que les États sont tenus de respecter, de protéger et de réaliser, et ceux-ci, en dernière analyse, ont pour responsabilité de garantir l'existence d'un système de santé qui permette à tous d'en jouir équitablement.

Les États-Unis ont ratifié deux traités internationaux essentiels en matière de droits humains qui garantissent ces droits : le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale. Ils ont également signé deux autres instruments internationaux qui évoquent ces droits - le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Par conséquent, ils ont pour obligation d'éviter tout acte incompatible avec l'objet et le but de ces traités.

# INÉGALITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS

« De toutes les formes d'inégalité, l'injustice en matière de soins médicaux est la plus révoltante et la plus inhumaine. »

Martin Luther King Jr., 25 mars 1966

Le gouvernement des États-Unis a pour responsabilité d'assurer à tous, sans discrimination, un accès égal à des services de santé de qualité. Cependant, leur sexe, leur couleur de peau, leur origine ethnique, leur appartenance à un peuple autochtone, leur situation au regard de la législation sur l'immigration et leur niveau de revenus sont autant de facteurs qui peuvent limiter l'accès des femmes à des soins adaptés.

La discrimination diminue considérablement les chances qu'une femme soit en bonne santé avant même d'être enceinte. Les femmes de couleur ont moins de chances de débuter une grossesse en bonne santé parce qu'elles ont plus de risques de rencontrer des difficultés dans l'accès aux soins primaires. Elles ne représentent que 32 % des femmes, mais 51 % des femmes sans assurance santé.

Les femmes de couleur ont également moins de chances d'avoir accès à des soins maternels adéquats. Les Amérindiennes et les femmes autochtones de l'Alaska ont 3,6 fois plus de risques que les Blanches de recevoir des soins prénatals tardifs, voire de ne pas en recevoir du tout ; ce risque est 2,6 fois plus élevé pour les Afro-Américaines et 2,5 fois plus élevé pour les Hispano-Américaines. Les femmes de couleur ont plus de risques de mourir pendant leur grossesse ou en couches que les femmes blanches. En cas de grossesse à risque, par rapport aux Blanches, la probabilité d'un décès est multipliée par 5,6 pour les Afro-Américaines.

Les femmes de couleur ont plus de risques de recevoir des soins de qualité inférieure et de subir des comportements discriminatoires ou une prise en charge inadaptée.

Les femmes de couleur étant surreprésentées parmi les personnes bénéficiant de soins à financement public, ce sont elles qui rencontrent le plus d'obstacles dans l'accès aux soins dépendant de ces programmes publics. Le Service de santé indien souffre depuis



© DR

En juin 2003, Inamarie Stith-Rouse, une Afro-américaine de 33 ans, a donné naissance par césarienne à une petite fille en bonne santé, Trinity, dans un hôpital du Massachusetts. Selon son mari, Andre Rouse, après l'accouchement, elle s'est sentie très mal et a eu des difficultés respiratoires, mais le personnel n'a pas tenu compte de leurs appels à l'aide. Andre Rouse s'est ouvert à Amnesty International de son sentiment : d'après lui, des préjugés raciaux ont joué un rôle dans l'absence de réaction du personnel. Selon les dépositions au tribunal remplies par la famille, il a fallu des heures avant que des examens adaptés et une intervention chirurgicale ne soient pratiqués, et il était alors trop tard. Inamarie Stith-Rouse avait fait une importante hémorragie interne et elle est tombée dans le coma. Elle est morte quatre jours plus tard. Andre Rouse se rappelle : « Les dernières paroles qu'elle m'a adressées, c'était : "Andre, j'ai peur." »

longtemps d'un grave problème de sous-financement ; il manque de ressources et de personnel. Les dépenses fédérales de santé pour les Amérindiens et la population autochtone de l'Alaska sont bien inférieures à celles destinées aux autres groupes. En 2003, selon un rapport de la Commission des droits civils des États-Unis, les dépenses nationales de santé s'élevaient en moyenne à 5 775 dollars par tête, mais n'étaient que de 1 900 dollars par tête pour le Service de santé indien.

« Oui, je parle espagnol. Mais dans cet hôpital, on ne parle qu'anglais. »

Une femme évoque la réponse d'une personne chargée des admissions à une femme demandant une échographie dans un hôpital privé du District de Columbia en 2008.

# LES OBSTACLES À LA SANTÉ MATERNELLE

« La peur de la facture [dissuade les femmes de demander ces services]. Quand elles font une échographie et qu'elles reçoivent une facture de 1 000 dollars... elles paniquent. »

Felicia Marboah, sage-femme au Mary's Center for Maternal and Child Care, Washington, DC

La manière dont le système de santé est organisé et financé ne permet pas à toutes les femmes d'avoir accès en temps opportun à des soins maternels abordables et adaptés. Les services de santé sont au-dessus des moyens de nombreuses femmes.

Les assurances privées couvrent la moitié des naissances. Cependant, les polices d'assurance excluant les soins maternels ne sont pas rares et la plupart des compagnies refusent de prendre en charge les femmes enceintes si l'assurance n'a pas été souscrite avant le début de la grossesse.

« On ne va pas assurer une maison en flammes. »

Propos attribués à un représentant d'une compagnie d'assurance opposant un refus à une demande de Tanya Blumstein. En juillet 2008, aucune compagnie privée des États-Unis n'aurait accepté d'assurer cette femme alors qu'elle était enceinte.

Environ 42 % des accouchements sont couverts par Medicaid, un programme financé par les pouvoirs publics et destiné aux personnes à faibles revenus. Cependant, du fait de la complexité des démarches administratives à accomplir, les femmes éligibles à ce programme reçoivent souvent un suivi prénatal très tardif. De plus, les migrantes en situation irrégulière ne peuvent en bénéficier.

Plus de 4 % des femmes accouchent sans assurance privée ni aide médicale publique.

## TRUDY LAGREW

Trudy LaGrew, une Amérindienne de la réserve de Red Cliff, dans le Wisconsin, est décédée le 7 janvier 2008 des suites d'un trouble cardiaque non diagnostiqué, plusieurs mois après avoir donné naissance à son second enfant. Elle présentait une grossesse à risque en raison de complications lors de sa première grossesse et de son obésité, mais Trudy LaGrew n'a pas vu d'obstétricien ni de spécialiste des risques prénatals, parce que le plus proche se trouvait à deux heures de route.

« Pour demander à bénéficier de Medicaid, il faut un "certificat de grossesse", avec la date présumée de l'accouchement, celle des dernières règles et l'âge gestationnel du bébé. Où trouver ce genre de document ? Chez un médecin. Si vous n'avez pas Medicaid, comment allez-vous payer le médecin pour qu'il vous fasse ce certificat ? »

Jennie Joseph, sage-femme diplômée, Winter Garden, Floride

## UNE COUVERTURE SANTÉ INSUFFISANTE

En 2009, quelque 52 millions de personnes n'avaient pas d'assurance santé aux États-Unis – soit plus d'une personne sur six. Ces deux dernières années, jusqu'à 87 millions de personnes se sont trouvées sans assurance santé à un moment ou à un autre.

Les personnes non assurées qui ont besoin de se faire soigner ne disposent que de possibilités limitées. Le coût des soins peut plonger des familles dans la pauvreté. Le droit fédéral interdit de refuser à toute femme « en travail actif » l'accès aux urgences hospitalières, mais ces soins peuvent lui être facturés par la suite.

Les femmes, en particulier celles disposant de faibles revenus, sont parfois confrontées à des obstacles considérables quand elles cherchent à obtenir des soins de santé maternelle, notamment dans les zones rurales et les centres urbains défavorisés. Dans certains cas, les médecins ne veulent pas ou ne peuvent pas dispenser ces soins parce que les formalités administratives à accomplir sont trop complexes et que la rémunération des services qu'ils fournissent aux femmes couvertes par Medicaid est minime.

### TRINA BACHTEL

Trina Bachtel, une femme blanche âgée de 35 ans, était assurée au moment de sa grossesse, mais la clinique locale aurait exigé une caution de 100 dollars pour la recevoir, parce qu'elle avait eu une dette médicale quelques années plus tôt – même si cette dette avait été remboursée par la suite. Dans l'incapacité de payer cette somme, Trina Bachtel a décidé de remettre sa consultation à plus tard. Elle a finalement reçu des soins dans un hôpital, mais son fils était mort-né. Elle a ensuite été transférée dans un autre hôpital de l'Ohio, où elle est décédée en août 2007, quinze jours après l'accouchement.

Les centres de soins publics, notamment les centres agréés au niveau fédéral, sont une source importante de soins pour les personnes disposant de faibles revenus. Ces centres ont accueilli plus de 16 millions de patients en 2007, dont les trois quarts environ étaient soit non assurés, soit couverts par Medicaid. Cependant, ces centres fédéraux n'existent que dans 20 % environ des zones médicalement sous-équipées, ce qui fait que de nombreuses personnes sont privées de ce filet de sécurité essentiel.

## AUTRES OBSTACLES

La disponibilité de centres de soins et de professionnels qualifiés en nombre suffisant est une composante essentielle du droit à la santé. Aux États-Unis, le manque de professionnels de la santé constitue un obstacle sérieux à un accès en temps opportun à des soins adaptés pour certaines femmes, en particulier en zone rurale et dans les centres urbains défavorisés. Il est particulièrement difficile de trouver des spécialistes pour les femmes présentant des complications ou des facteurs de risque lors de leur grossesse.

Les femmes interrogées par Amnesty International ont également cité comme obstacles importants à l'accès aux soins le manque de moyens de transport vers les centres de santé, les heures de rendez-vous peu flexibles, la difficulté de s'absenter du travail, le manque de services de garde pour les enfants, ainsi que l'absence d'interprètes et d'informations dans d'autres langues que l'anglais.

**« Certaines femmes nous disent qu'elles ont peur de s'absenter du travail lorsqu'elles ont des rendez-vous prénatals. Elles ont le choix entre aller au travail ou s'absenter et perdre leur emploi. Pour elles, c'est cela, la réalité. »**

Eleanor Hinton Hoytt, présidente du Black Women's Health Imperative, une organisation défendant le droit à la santé des femmes noires

## DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTÈME

En 1998, dans le cadre du programme Healthy People 2010, les organes fédéraux des États-Unis ont fixé des objectifs nationaux de santé. Ce programme visait à ramener la mortalité maternelle à 4,3 décès de femmes pour 100 000 naissances d'enfants vivants à l'horizon 2010. Les chiffres pour 2006 (dernières statistiques nationales disponibles) font apparaître un taux national de 13,3 pour 100 000. Cinq États seulement ont atteint l'objectif de 2010 en matière de mortalité maternelle : l'Indiana, le Maine, le Massachusetts, le Minnesota et le Vermont. Dans certaines régions, le taux est nettement plus élevé : 20,5 en Géorgie, 34,9 à Washington D.C., et dans la ville de New York, 83,6 pour les femmes noires.

### INSUFFISANCES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Aux États-Unis, près de la moitié des grossesses ne sont pas prévues. Cette proportion est nettement plus élevée pour les femmes disposant de faibles revenus et les femmes de couleur. Les femmes dont la grossesse n'est pas planifiée ont plus de risques d'avoir des complications parfois très graves, pour elles-mêmes et leurs bébés.

L'accès aux services de planning familial subit les conséquences de restrictions budgétaires, de mesures législatives et d'autres décisions politiques.

Le gouvernement fédéral n'a pas pris les mesures nécessaires pour que les services de planification familiale et les moyens de contraception soient suffisamment couverts par les assureurs privés. Seuls 27 États exigent que les polices d'assurance santé couvrant d'autres médicaments sur ordonnance incluent les contraceptifs prescrits par un médecin.

Aux États-Unis, 17,5 millions de femmes environ ont besoin de services et de moyens de planification familiale à financement public. Cependant, Medicaid et les centres de soins publics (connus sous le nom de « cliniques relevant du titre X ») ne couvrent qu'un peu plus de la moitié d'entre elles, laissant plus de 8 millions de femmes privées d'informations et de services de planning familial abordables.



© Times Union/John Carl D'Annibale

La mère et les enfants de Diane Rizk McCabe avec une photo de Diane, décédée en septembre 2007. Elle a fait une grave hémorragie après avoir donné naissance par césarienne à une petite fille en bonne santé.



© DR

Avril 2003. Julie LeMoult avec son petit garçon, peu avant la mort de la jeune femme. Une méningite due à une infection a été découverte trop tard, et Julie LeMoult a subi d'importantes lésions cérébrales. Depuis, l'hôpital a renforcé ses mesures de stérilisation.



© Amnesty International

Maria et sa fille d'un an, le 3 février 2009. La situation de Maria au regard des lois sur l'immigration l'a empêchée d'avoir accès à des soins publics pendant sa grossesse, et elle n'avait pas les moyens de financer elle-même des soins prénatals. En 2008, quand le travail a commencé, le premier hôpital auquel elle s'est rendue l'a refusée parce qu'elle n'avait pas effectué de suivi prénatal. Elle a dû accoucher dans un autre hôpital.

### TAMEKA MCFARQUHAR

En décembre 2004, Tameka McFarquhar, 22 ans, est morte d'une hémorragie dans son appartement, dans la ville de Watertown (État de New York). Le 14 décembre, elle avait donné naissance à son premier enfant, une fille : Danasia Elizabeth ; le lendemain, elle avait dû quitter l'hôpital. La mère et son bébé ont été retrouvés morts le matin de Noël. Ses amis et sa famille, ne réussissant pas à la joindre, avaient supplié la police et le propriétaire de les laisser accéder à l'appartement, mais il a fallu une semaine pour qu'ils y soient autorisés. Le médecin légiste du comté de Jefferson a indiqué que la mort était liée à la non-expulsion d'une partie du placenta, restée à l'intérieur de l'utérus. Selon un expert, une visite de contrôle après la naissance aurait pu permettre de détecter le problème et d'intervenir avant qu'il ne soit trop tard.

## UN SUIVI PRÉNATAL INSUFFISANT

Les femmes qui ne bénéficient pas de soins prénatals courent trois à quatre fois plus de risques de mourir de complications liées à la grossesse que celles qui en reçoivent. En cas de grossesse à risque, la mortalité des femmes est multipliée par 5,3 en l'absence de suivi prénatal.

Parmi les buts du programme Healthy People 2010 figure l'objectif qu'au moins 90 % des femmes reçoivent un « suivi prénatal adéquat », défini comme 13 visites prénatales commençant au premier trimestre de grossesse. Cependant, 25 % des femmes n'en bénéficient toujours pas. Cette proportion est de 32 % pour les Afro-américaines et de 41 % pour les Amérindiennes et les femmes autochtones de l'Alaska.

## DES SOINS INSUFFISANTS APRÈS LA NAISSANCE

Plus de la moitié des décès maternels se produisent entre un et 42 jours après la naissance. Les soins post-partum aux États-Unis, insuffisants, se résument généralement à une seule et unique visite chez le médecin, six semaines environ après l'accouchement. Si les femmes qui ont des complications reconnues peuvent recevoir davantage d'attention, pour les autres, des complications peuvent passer inaperçues du fait de l'absence de suivi dans les semaines suivant le retour au domicile.

## DES SOINS DE QUALITÉ VARIABLE

Il existe des différences importantes de pratique obstétrique dans le pays. Toute une série de lignes directrices en matière de soins maternels ont été élaborées par plusieurs États et instances fédérales, ainsi que par le Collège des obstétriciens et gynécologues américains. Cependant, les États-Unis ne disposent pas de lignes directrices ni de protocoles de santé maternelle d'ensemble, appliqués à l'échelle nationale, pour prévenir, identifier et gérer les urgences

obstétriques. Il est urgent que soit mis en place un système global et coordonné de soins maternels.

Selon certaines estimations, l'amélioration de la qualité des soins maternels pourrait permettre d'éviter 40 à 50 % des décès. Par exemple, des études dans d'autres domaines médicaux montrent que les embolies consécutives à une intervention chirurgicale ont été réduites d'environ 70 % grâce à des bas de contention ou des médicaments. Cependant, ces mesures simples ne sont pas systématiquement appliquées à la suite des césariennes, qui concernent 32% des naissances.

## DES EFFECTIFS INSUFFISANTS

**« La politique de l'hôpital, pour des raisons financières, est d'avoir aussi peu de personnel infirmier que possible. »**

Un membre du personnel infirmier à la retraite, Minnesota

L'insuffisance des effectifs entraîne épuisement, stress, rotation accrue du personnel et moindre disponibilité pour la formation. Les heures supplémentaires, peu réglementées, sont aussi fréquentes. Pour les patients comme pour les professionnels de la santé, le manque de personnel infirmier est l'une des causes principales des erreurs médicales et de la qualité insuffisante des soins.

## UNE PARTICIPATION LIMITÉE DES PATIENTES AUX DÉCISIONS

De nombreuses femmes n'ont pas voix au chapitre sur les soins qu'elles reçoivent et n'obtiennent pas assez d'informations sur les signes de complication et les risques des interventions, comme les accouchements déclenchés ou les césariennes. Aux États-Unis, près d'un accouchement sur trois se fait par césarienne, soit deux fois plus que ce que recommande l'Organisation mondiale de la santé. Le risque de décès à la suite d'une césarienne est plus de trois fois plus élevé que pour un accouchement par voie naturelle.



© DR

Linda Coale, une femme de 35 ans en bonne santé, a donné naissance à son fils Benjamin par césarienne le 27 septembre 2007. Une semaine après être rentrée chez elle, elle est morte d'une embolie. Elle avait reçu des informations sur la marche à suivre pour habituer les animaux domestiques à un nouveau bébé, mais aucune information détaillée sur les signes annonciateurs d'une embolie, alors qu'elle courait un risque accru en raison de son âge et de l'opération. Sa sœur Lori a déclaré : « Sachant que Linda avait été technicienne médicale d'urgence, si ses papiers de sortie d'hôpital avaient dit que tel ou tel signe pouvait indiquer une embolie, je suis profondément persuadée qu'elle aurait réagi. »

**« La politique de l'hôpital, pour des raisons financières, est d'avoir aussi peu de personnel infirmier que possible. »**

Un membre du personnel infirmier à la retraite, Minnesota

# MANQUE D'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES

« Après deux cas d'hémorragie post-partum chez des femmes hispano-américaines, il y a eu une réunion pour voir ce qui avait mal tourné. Mais on ne s'est pas vraiment demandé pourquoi c'était arrivé à des femmes non anglophones. La question, c'était : "Comment éviter pareille source de tracas à l'avenir ?" »

Jill Humphrey, infirmière agréée spécialisée en obstétrique, hôpital public, État de Washington

Aussi alarmantes qu'elles soient, les statistiques officielles de mortalité maternelle sont loin de refléter toute l'étendue du problème. En effet, il n'existe aucune obligation fédérale de signaler les décès liés à la maternité et les autorités reconnaissent que leur nombre réel pourrait être deux fois plus élevé. Le signalement dans une catégorie distincte des décès liés à la grossesse n'est obligatoire que dans six États, et malgré les efforts déployés dans d'autres États, le nombre des décès liés à la grossesse reste systématiquement sous-évalué.

**« Lorsqu'il y a un problème et que quelqu'un meurt, personne ne parle à la famille. Une chape de plomb s'abat, et le seul moyen pour les familles d'avoir des réponses, c'est de prendre un avocat et de faire un procès. »**

Marsden Wagner, ancien responsable de la santé maternelle et infantile à l'Organisation mondiale de la santé

Un autre obstacle important à l'amélioration de la santé maternelle réside dans l'absence de collecte d'ensemble des données et de systèmes efficaces pour les analyser. L'ampleur réelle de la mortalité et la morbidité maternelles s'en trouve dissimulée, et l'étude et la résolution de ces problèmes en est d'autant plus difficile.

**« La possibilité d'enquêter de manière approfondie sur ces décès n'existe pas, sauf au Massachusetts, en Californie et peut-être en Floride [...] Franchement, c'est une honte. »**

Un responsable fédéral

Les commissions d'enquête sur la mortalité maternelle s'efforcent de mettre en évidence des traits spécifiques communs aux décès évitables, et jouent un rôle important dans l'analyse des problèmes et l'élaboration de solutions pour améliorer la santé maternelle. Cependant, 29 États, ainsi que le District de Columbia, ont signalé à Amnesty International qu'ils ne disposaient d'aucun mécanisme d'étude de la mortalité maternelle. Dans les 21 États où des commissions existent, leur efficacité est variable. Elles ne sont pas conçues sur le même modèle, n'ont pas les mêmes mandats et travaillent de manière différente. Certaines s'appuient uniquement sur des bénévoles ; d'autres ont un personnel salarié. Certaines étudient tous les décès maternels, d'autres en analysent un échantillon. En outre, le travail de ces commissions n'est pas coordonné à l'échelle nationale, ce qui peut entraîner une répétition inutile des travaux accomplis.

**« Qui est responsable [lorsque les bonnes pratiques ne sont pas respectées] ? Pour faire court, la réponse est : "Tout le monde et personne". »**

Carolyn Clancy, directrice de l'Agence pour la recherche et la qualité en matière de soins de santé





New York, 2004. Manifestation de femmes militant en faveur d'une réduction du nombre de césariennes, actuellement pratiquées dans près d'un accouchement sur trois aux États-Unis.

## IL FAUT AGIR MAINTENANT

**Le gouvernement des États-Unis doit appliquer les normes relatives aux droits humains en adoptant des dispositions pour que toutes les femmes, sans discrimination, puissent bénéficier de soins abordables, accessibles et de qualité.**

Les mesures suivantes doivent être prises de toute urgence :

1. Le Congrès des États-Unis doit charger le ministère de la Santé et des Services sociaux, en lui affectant les ressources nécessaires, de créer un Bureau de santé maternelle doté d'un mandat prévoyant :

- l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données sur la santé maternelle, en collaboration avec des organes tels que les centres de contrôle et de prévention des maladies ;
- la protection du droit à la non-discrimination en matière de soins maternels, en collaboration avec le Bureau des droits civils du ministère de la Santé et des Services sociaux, et le ministère de la Justice ;
- l'élaboration de recommandations concernant des réformes réglementaires et législatives destinées à permettre à toutes les femmes de bénéficier de soins maternels de qualité.

2. Le Congrès des États-Unis doit augmenter les fonds alloués au programme des centres de santé agréés au niveau fédéral, afin que les centres de soins et les professionnels de la santé soient présents en nombre suffisant dans tout le pays, en particulier dans les zones actuellement sous-équipées en termes de personnel et d'infrastructures.

3. Les départements sanitaires, dans tous les États, doivent prendre les mesures nécessaires pour que les femmes enceintes bénéficient d'une « éligibilité présomptive » ou d'un accès temporaire à Medicaid, dans l'attente des résultats de leur demande de couverture permanente.

4. Les départements sanitaires, dans tous les États, doivent améliorer la collecte et l'analyse de données dans le domaine de la santé maternelle en :

- créant un conseil d'étude de la mortalité maternelle ;
- prévoyant une case « décès maternel » sur les certificats de décès standard ;
- rendant obligatoire le signalement des décès maternels.

LA SANTÉ, C'EST  
UN DROIT HUMAIN  
**AMNESTY**  
INTERNATIONAL



**Amnesty International** est un mouvement mondial regroupant 2,8 millions de sympathisants, membres et militants, qui se mobilisent dans plus de 150 pays et territoires pour mettre un terme aux violations des droits humains.

La vision d'Amnesty International est celle d'un monde où chacun peut se prévaloir de tous les droits énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans d'autres textes internationaux.

Essentiellement financée par ses membres et les dons de particuliers, Amnesty International est indépendante de tout gouvernement, de toute tendance politique, de toute puissance économique et de tout groupement religieux.

Mars 2010  
Index : AMR 51/019/2010

Amnesty International  
USA National Office  
5 Penn Plaza  
New York, NY 10001  
USA

[www.amnestyusa.org](http://www.amnestyusa.org)