



La santé maternelle des femmes et des filles d'ascendance africaine dans les Amériques

Analyse
Juillet 2023



Remerciements :

Le présent document a été préparé sous la direction du Fonds des Nations Unies pour la population. Les auteurs tiennent à souligner la précieuse contribution à la préparation du présent document du personnel de her, right to health and development, et à remercier chaleureusement de son implication le groupe de référence, constitué du National Birth Equity Collaborative, de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Groupe de travail d'experts des Nations Unies sur les personnes d'ascendance africaine et d'ONU-Femmes.

La santé maternelle des femmes et des filles d'ascendance africaine dans les Amériques

Analyse



Messages clés

Conclusions :

Premièrement :

Les femmes et les filles d'ascendance africaine dans les Amériques **sont défavorisées avant, pendant et après la grossesse.**

Deuxièmement :

Les décès de mères d'ascendance africaine, en particulier, sont **dramatiquement élevés**, tant en termes absolus que par rapport à ceux des femmes de la région qui ne sont ni d'ascendance africaine ni autochtones.

Troisièmement :

Le **racisme structurel^a et le sexisme** sont évidents dans les disparités en matière de santé maternelle qui sont visibles selon **le niveau du revenu**, le pays et la région au sein d'un pays donné.

Causes :

Premièrement :

Trop peu de données de qualité sur la santé, ventilées par race et par genre, sont recueillies et analysées. En conséquence, les mauvais résultats en matière de santé maternelle, sexuelle et reproductive des femmes et des filles d'ascendance africaine **restent ignorés** dans de nombreux pays des Amériques.

Deuxièmement :

Les politiques, plans et programmes nationaux et locaux **négligent les vulnérabilités particulières liées à la santé auxquelles sont confrontées les personnes d'ascendance africaine.**

Troisièmement :

Les effets conjugués du **racisme structurel et du sexisme** sur les prestations de services de santé et l'enseignement médical **font obstacle**, pour les femmes et filles d'ascendance africaine dans les Amériques, **à l'accès et à la fourniture de soins de santé maternelle, sexuelle et reproductive qui soient à la fois de qualité et complets.**

Recommandation :

Générale :

Les gouvernements nationaux, les organisations internationales et les prestataires de soins de santé de la région **peuvent répondre** aux besoins de santé maternelle, sexuelle et reproductive des femmes et des filles d'ascendance africaine en s'attaquant aux **causes profondes du racisme structurel, du sexisme et de la discrimination.**

Introduction

Ne laisser personne de côté : telle est la promesse centrale et transformatrice qui sous-tend le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses objectifs de développement durable. Ce programme traduit l'engagement sans équivoque de l'ensemble des États membres des Nations Unies à éradiquer la pauvreté sous toutes ses formes, à mettre fin à la discrimination et à l'exclusion, et à réduire les inégalités et les vulnérabilités qui conduisent à la marginalisation. Pourtant, en dépit de cet engagement, la discrimination, le racisme, le sexisme et l'intolérance continuent d'exister dans toutes les sociétés, et ces maux se manifestent par des disparités en matière de santé et de développement. En ce qui concerne plus particulièrement la santé maternelle dans les Amériques, la situation s'est aggravée depuis 2016. En effet, entre 2016 et 2020, le taux de mortalité maternelle⁹ a augmenté de 15 % en Amérique latine et dans les Caraïbes, et de 17 % en Amérique du Nord. Il a été établi que cette hausse s'était largement nourrie des inégalités croissantes et de l'aggravation de l'exclusion sociale et, aussi, que les femmes et filles d'ascendance africaine avaient été très durement touchées.

Cette analyse vise à mettre en lumière les inégalités en matière de santé maternelle dont ces femmes et ces filles sont les victimes. Alors que la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine (2015-2024) touche à sa fin, il est urgent de remédier à cette situation.

Les personnes d'ascendance africaine dans les Amériques

En 2015, 209 millions de personnes d'ascendance africaine vivaient dans les Amériques^{20, 67}. En d'autres termes, environ une personne sur quatre en Amérique latine et aux Caraïbes et une personne sur sept aux États-Unis et au Canada se considèrent comme noire ou d'ascendance africaine. Le terme « personne d'ascendance africaine » désigne, au sens du Groupe de travail d'experts des Nations Unies sur les personnes d'ascendance africaine, tout descendant des victimes africaines de la traite transatlantique et méditerranéenne des esclaves. Sont également comprises les victimes de la traite négrière subsaharienne. Le terme « personne d'ascendance africaine » est utilisé dans la présente analyse pour désigner les populations noires et métisses (ces dernières étant ici restreintes aux individus issus d'une personne noire et d'une personne d'une autre race) identifiées comme ayant des ascendants d'origine africaine.

Objectif

L'héritage du colonialisme européen et de la traite transatlantique des esclaves, y compris l'institutionnalisation du concept d'une hiérarchie des races, conjugué aux croyances et aux pratiques qu'alimente la prétendue infériorité des femmes, constitue une double peine pour les femmes et les filles d'ascendance africaine.

Le présent document analyse les données nationales existantes sur la santé en vue de déterminer si et comment la conjugaison du racisme et du sexisme a une incidence sur l'accès à la santé et les droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation, ainsi que sur les résultats dans ces domaines pour les femmes et les filles d'ascendance africaine dans les Amériques.

Résumé

Cette analyse fait le point sur la santé et les droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation des filles et des femmes d'ascendance africaine dans neuf pays^c de la région des Amériques au moyen de cinq indicateurs^d. La mortalité maternelle fait partie de ces indicateurs, de même que d'autres paramètres, eux-mêmes susceptibles de renvoyer aux décès maternels entre autres résultats négatifs, permettant de caractériser la santé et les droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation.

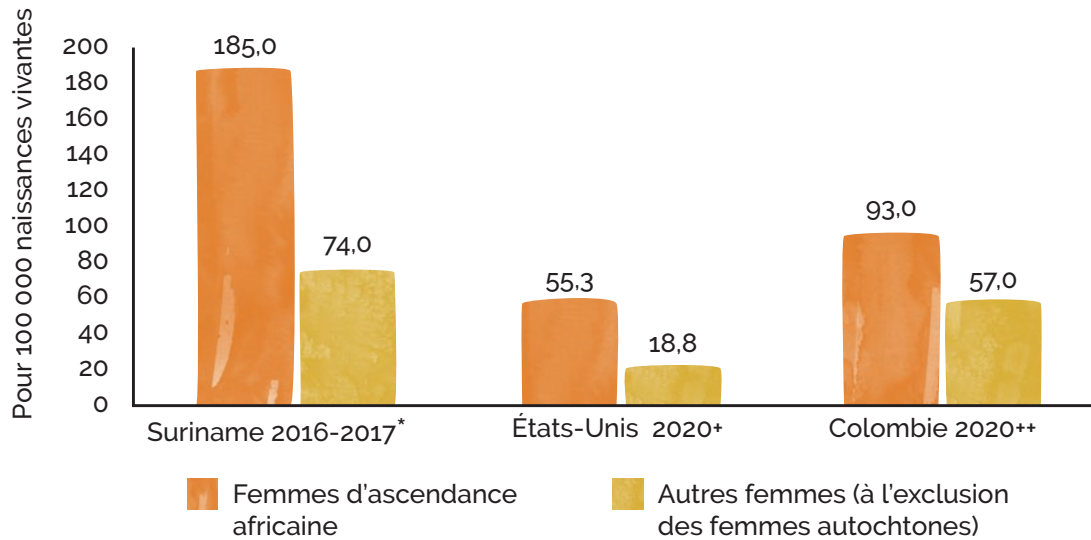
Les résultats relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation des femmes et des filles d'ascendance africaine sont comparés à ceux des autres femmes et filles, à l'exception des femmes et filles autochtones.

Il ressort des informations détaillées dans cette analyse que, dans la quasi-totalité des pays étudiés, les résultats relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation des femmes et filles d'ascendance africaine traduisent de profondes disparités. Les données disponibles laissent penser que, pour ces femmes et ces filles, le racisme systémique et la discrimination fondée sur le genre tiennent lieu de principes fondateurs et structurants d'un système qui leur ferme l'accès aux meilleures conditions d'accès à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation.

Nous concluons en recommandant : i) une ventilation des données par race et par genre et une analyse plus détaillées et de meilleure qualité ; ii) l'adoption généralisée, sur l'ensemble du continent, de politiques, de plans et de programmes de soins de santé primaires dispensés de manière équitable, centrés sur les personnes, et mis en œuvre en partenariat avec la société civile et des femmes noires dirigeantes communautaires, y compris des sages-femmes et des guérisseuses traditionnelles ; iii) une approche intersectionnelle de la santé maternelle qui aborde le racisme et le sexisme, notamment leurs interactions avec d'autres facteurs comme le handicap, le lieu de résidence et le statut socioéconomique ; iv) l'élimination des préjugés raciaux dans les programmes de formation médicale ; v) une plus forte représentation des personnes d'ascendance africaine parmi les professionnels de santé afin de lutter contre le racisme et la discrimination structurels qui nuisent à la qualité des soins de santé maternels, sexuels et reproductifs apportés aux femmes et aux filles d'ascendance africaine, ainsi qu'au respect des droits qui leur sont attachés.

Décès liés à la grossesse

Figure 1 : Taux de mortalité maternelle chez les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans, par race ou appartenance ethnique



*Statistiquement significatif au niveau de 5 %

+Aux États-Unis, l'échantillon se compose de filles et de femmes âgées de 15 à 44 ans

**Données préliminaires

Source : pour le Suriname (Verschuieren, K. J. C. *et al.*, 2020), les États-Unis (National Vital Statistics System, 2020), la Colombie (Département administratif national de statistique, 2021).

La figure 1 présente les décès liés à la grossesse dans trois des pays étudiés (le Suriname, les États-Unis et la Colombie), ces États étant (outre le Brésil) les seuls pays de l'étude qui publient des données ventilées par race sur le taux de mortalité maternelle. Le taux de mortalité maternelle des femmes et des filles d'ascendance africaine dépasse de loin celui des autres femmes et filles dans ces trois pays, en particulier aux États-Unis où l'écart relève presque d'un rapport de 1 à 3. Au Suriname et en Colombie, le taux de mortalité maternelle des femmes et des filles d'ascendance africaine est respectivement 2,5 fois et 1,6 fois plus élevé que celui des autres femmes et filles. Toutes les différences observées entre les femmes et les filles d'ascendance africaine et les autres sont statistiquement significatives.

La documentation disponible sur les décès liés à la grossesse démontre que, dans les Amériques, les maladies cardiovasculaires (éclampsie, prééclampsie et cardiomyopathie) sont les principales causes évitables de décès maternel, mais que les femmes et filles d'ascendance africaine en sont affectées à des taux pouvant être jusqu'à cinq fois supérieurs à ceux des femmes et des filles blanches. Les déterminants sociaux ne permettent pas d'expliquer ces différences puisque celles-ci s'observent indépendamment du statut socioéconomique et du niveau d'études. Aux États-Unis par exemple, le taux de mortalité liée à la grossesse est 5,2 fois plus élevé chez les femmes d'ascendance africaine qui disposent d'une formation universitaire que chez les femmes blanches de même niveau.

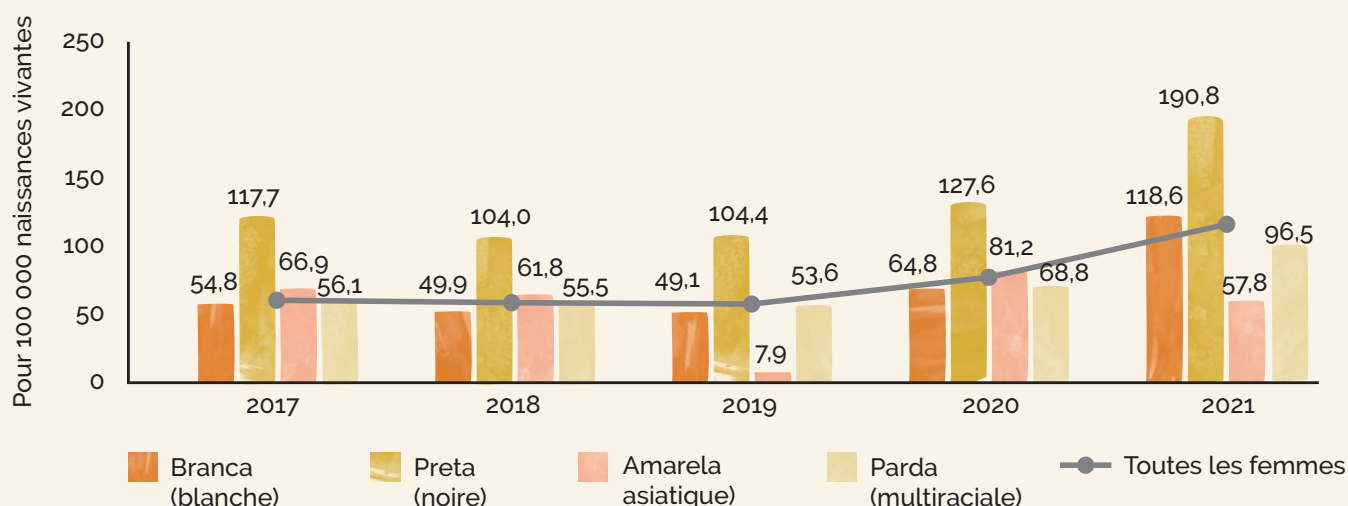


Les décès maternels aux États-Unis : **les femmes et les filles afro-américaines non hispaniques ont trois fois plus de risques de décéder** pendant leur grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement que les femmes blanches non hispaniques aux États-Unis²⁰. Les décès **maternels persistent quels que soient les niveaux de revenu et d'instruction**, les décès maternels chez les diplômées afro-américaines de l'enseignement supérieur demeurant toujours 1,6 fois plus élevés que chez les femmes blanches n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires⁵⁴.

Les études soulignent en outre que le racisme et la discrimination dont font preuve les prestataires de santé exposent davantage les femmes et les filles d'ascendance africaine à de mauvais traitements dans le cadre des soins de maternité. Il a été établi que les mauvais traitements obstétricaux¹ contribuaient à augmenter le taux de mortalité maternelle et à créer des obstacles au recours aux soins de santé pour les femmes et les filles autochtones et d'ascendance africaine. Dans le cadre d'une étude menée aux États-Unis, les signalements de mauvais traitements subis par les femmes blanches se sont révélés inférieurs de près de 15 points de pourcentage à ceux de toutes les autres femmes.

Il convient néanmoins de noter que, en termes absolus, la situation des femmes et des filles d'ascendance africaine aux États-Unis est meilleure que celle des femmes et des filles non afrodescendantes en Colombie et au Suriname. L'examen des différences absolues entre ces trois pays souligne de possibles inégalités régionales significatives du point de vue des attributions et de la disponibilité des services liés à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation, y compris l'accès à l'avortement médicalisé.

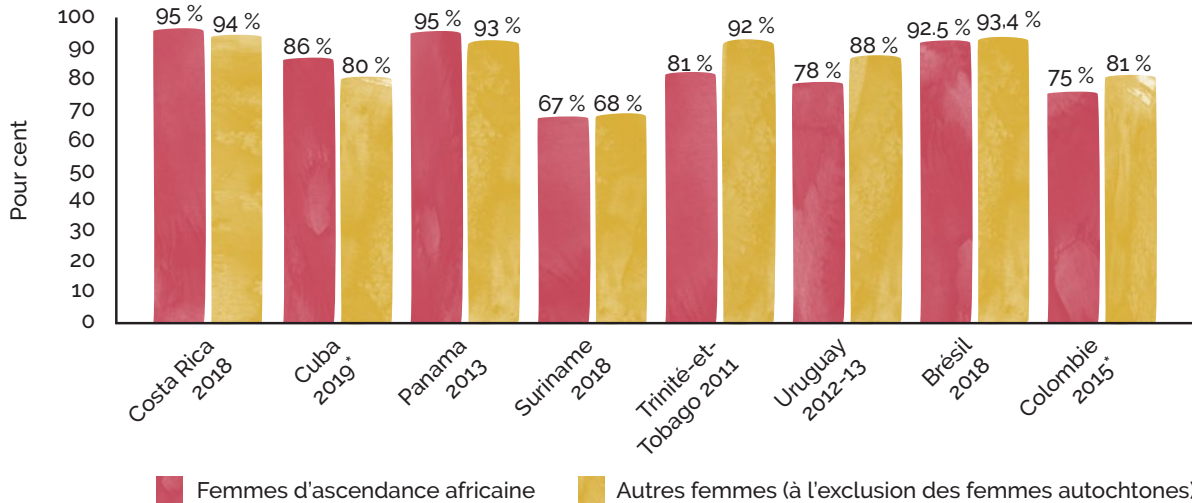
Figure 2 : Taux de mortalité maternelle ventilé par race ou appartenance ethnique au Brésil (2017-2021)⁹



Source : les données relatives aux naissances proviennent du Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde [Département d'analyse épidémiologique et de surveillance des maladies non transmissibles, Secrétariat de surveillance de la santé] (2022a) et les données relatives aux décès maternels sont tirées du Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis [Département d'analyse épidémiologique et de surveillance des maladies non transmissibles], Secretaria de Vigilância em Saúde (2022b).

Soins prénatals

Figure 3 : Pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans effectuant quatre visites de soins prénatals ou plus, par race ou appartenance ethnique^h



*Statistiquement significatif au niveau de 5 %

Remarque : les États-Unis n'ont pas été inclus car les données ne sont pas comparables. Les États-Unis indiquent un indice d'adéquation des soins prénatals.

Source : Costa Rica (MICS, 2019), Cuba (MICS, 2019), Panama (MICS, 2013), Suriname (MICS, 2018), Trinité-et-Tobago (MICS, 2011), Uruguay (MICS, 2013), Brésil (PNS, 2018), Colombie (EDS, 2015).

Les consultations prénatales favorisent la détection précoce des complications liées à la grossesse qui peuvent avoir une incidence sur la mortalité et la morbidité maternelles. Ces visites permettent également aux prestataires de santé d'apporter un soutien supplémentaire aux femmes présentant un risque élevé de complications à l'accouchement. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un minimum de huit consultations prénatales de routine, mais rares sont les pays des Amériques à indiquer que les femmes en effectuent plus de quatre.

Au Brésil, en Colombie, à Trinité-et-Tobago et en Uruguay, les femmes et les filles d'ascendance africaine sont moins

susceptibles de bénéficier d'au minimum quatre visites prénatales. Bien que des différences aient été constatées, seuls les résultats de la Colombie sont statistiquement significatifs.

Les femmes et les filles d'ascendance africaine font souvent face à des obstacles structurels liés à la situation géographique, à l'accès aux transports, à l'accès à une assurance médicale, et à un manque de services de santé culturellement appropriés et acceptables. De multiples violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple peuvent également compromettre les chances de bénéficier de suffisamment de consultations prénatales.



On s'aperçoit que lorsqu'une personne à la peau claire entre dans la salle, les professionnels de santé lui accordent plus de temps.

En revanche, lorsqu'il s'agit d'une personne noire, ils [cherchent à partir] rapidement.

Une fois à l'intérieur, les professionnels de santé n'examinent pas attentivement la personne [noire] [comme ils l'ont fait pour la personne à la peau claire], vous comprenez ?

C'est pour ça qu'une telle différence existe.



-Femme noire (preta), Brésil⁶.

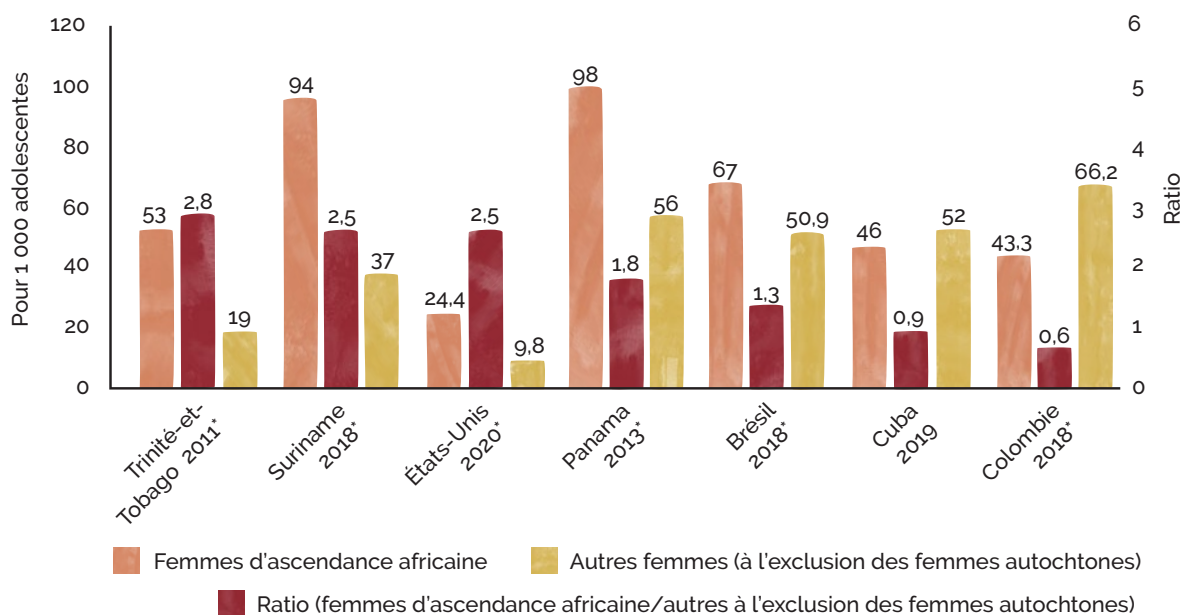
Les femmes et les filles d'ascendance africaine au Costa Rica, à Cuba, au Panama et au Suriname sont légèrement plus susceptibles que les autres d'effectuer quatre visites de suivi ou plus. À Cuba, les différences positives entre les femmes et filles d'ascendance africaine et les autres sont statistiquement significatives. Ces résultats contrastés peuvent refléter des différences régionales. Ainsi, dans plusieurs pays d'Amérique centrale dont le Panama, les femmes d'ascendance africaine présentent le taux de fréquentation des institutions de niveau universitaire le plus élevé, mais constituent un segment de population à fort taux de chômage et sont surreprésentées parmi les travailleurs manuels. Il existe une corrélation entre le niveau d'éducation et le nombre de consultations prénatales.

De nombreuses communautés d'ascendance africaine de la région, principalement rurales, font par ailleurs traditionnellement appel à des sages-femmes. En outre, il existe à Cuba, surtout en milieu rural, une tradition de foyers d'hébergement préaccouchement. Les sages-femmes, tout comme ces foyers, entretiennent les traditions communautaires et offrent la possibilité aux femmes et filles d'ascendance africaine d'échapper aux mauvais traitements auxquels elles sont exposées dans les hôpitaux et les cliniques. La plupart des pays de la région intègrent les soins maïeutiques dans leurs rapports sur les soins prénatals.

Enfin, il convient de noter que ces données ne reflètent pas la qualité des visites prénatales et que cet autre enjeu qu'est la qualité peut expliquer pourquoi peu de femmes enceintes qui en ont la possibilité se rendent aux huit visites recommandées.

Naissances chez les adolescentes

Figure 4 : Taux de natalité chez les adolescentes (jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans), par race ou appartenance ethnique^a



*Statistiquement significatif au niveau de 5 %

Source : Costa Rica (MICS, 2019), Panama (MICS, 2019), Suriname (MICS, 2018), Trinité-et-Tobago (MICS, 2011), Brésil (recensement national, 2010), États-Unis (National Vital Statistics System, 2020), Colombie (recensement national, 2018).

La grossesse et l'accouchement sont les principales causes de mortalité chez les filles et les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans. Les adolescentes enceintes courent en outre un risque élevé de complications à l'accouchement, et leurs enfants sont plus susceptibles d'être de faible poids, de naître prématurément et de présenter d'autres caractéristiques justifiant des soins spécifiques. Les mères adolescentes sont également plus exposées à des problèmes futurs de santé physique et mentale,

et plus susceptibles de connaître la violence conjugale et de se retrouver au chômage.

En dépit des progrès réalisés au cours des vingt dernières années en Amérique latine et dans les Caraïbes pour prévenir la grossesse précoce chez les filles et les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, la région enregistre toujours le deuxième taux de grossesse chez les adolescentes le plus élevé au monde

(60,7 naissances pour 1 000 filles et jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans entre 2015 et 2020). C'est aussi sur le continent américain que l'on observe la baisse la plus lente de la fécondité des adolescentes dans le monde. Les filles d'ascendance africaine présentent les taux de grossesse les plus élevés de la région, de même que les adolescentes ayant un faible niveau d'instruction, celles qui appartiennent aux quintiles de richesse les plus bas et les filles autochtones. La figure 4 montre que les inégalités raciales et ethniques sont les plus prononcées au Panama, au Suriname et à Trinité-et-Tobago, alors qu'à Cuba et en Colombie les adolescentes d'ascendance africaine connaissent relativement moins de grossesses précoces que celles des autres communautés. Les différences constatées sont significatives pour tous les pays à l'exception de Cuba.

Un taux de chômage élevé et un faible niveau d'instruction sont deux des paramètres qui influencent la grossesse et la parentalité chez les adolescentes des Amériques. La discrimination raciale et fondée sur le genre en matière d'emploi ainsi que l'isolement géographique constituent des facteurs aggravants pour les jeunes d'ascendance africaine. Des études ont montré que la formation professionnelle et l'encouragement, par des mesures concrètes, à poursuivre la scolarité, ont permis de réduire les taux de grossesse chez les adolescentes de plusieurs pays d'Amérique latine, en particulier chez les filles et les jeunes femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant. Il a également été constaté que les médias, notamment par l'intermédiaire des programmes télévisés qui mettent en lumière la réalité des grossesses précoces, ont permis de diminuer le nombre de grossesses chez les adolescentes des États-Unis, toutes races et ethnies confondues.



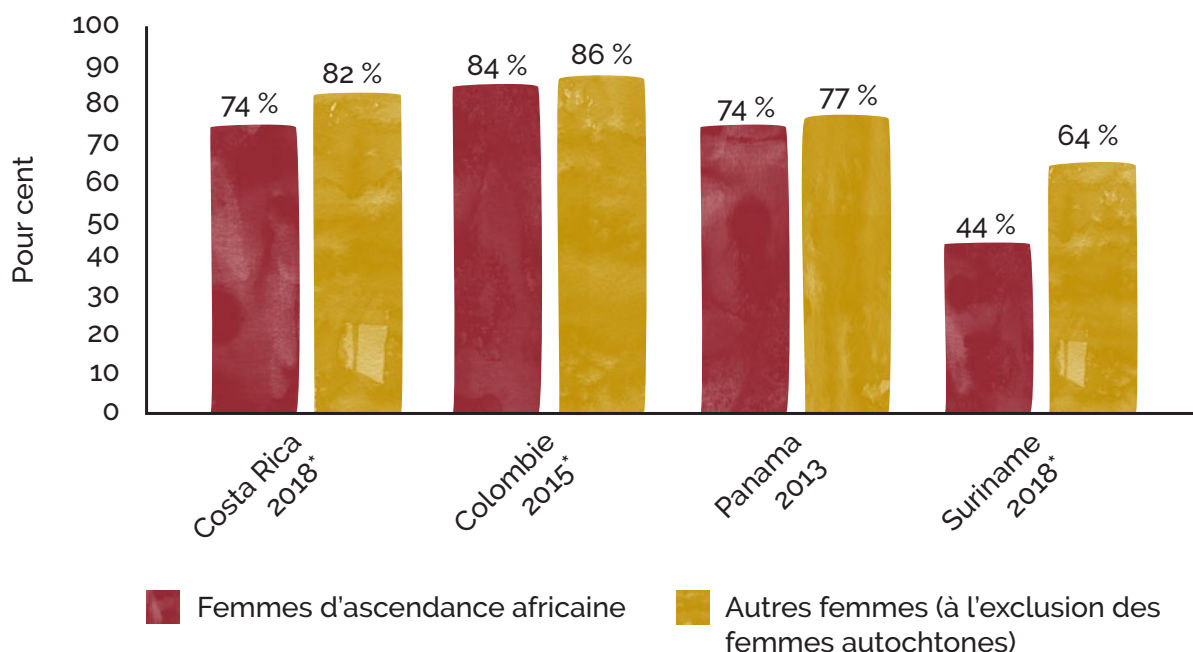
Au Panama, le Groupe de travail d'experts sur les personnes d'ascendance africaine des Nations Unies s'est dit préoccupé par le fait que **de nombreuses filles abandonnaient l'école à la suite d'une grossesse précoce**. Ce problème affectait plus particulièrement les filles autochtones et afro-panaméennes. Bien qu'au Panama une **disposition légale prévoit que les filles doivent rester scolarisées** pendant et après leur grossesse, le Groupe de travail a souligné qu'aucun **mécanisme efficace n'était en place pour veiller à l'application de cette loi**⁶⁵.



Source : ©UNFPA/Tuane Fernandes

Planification familiale

Figure 5 : Besoins contraceptifs satisfaits par des méthodes modernes pour les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont mariées ou en concubinage, par race ou appartenance ethnique



*Statistiquement significatif au niveau de 5 %

Source : Costa Rica (MICS, 2018), Colombie (EDS, 2015), Panama (MICS, 2013), Suriname (MICS, 2018).

Les indicateurs relatifs aux besoins de planification familiale non satisfaits¹ permettent d'évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé respectent les droits humains fondamentaux et apportent une assistance aux femmes désireuses de retarder ou de limiter leurs grossesses. Les femmes qui font état de besoins de planification familiale non satisfaits courent le risque de grossesses non désirées ou inopportunes, lesquelles peuvent donner lieu à des avortements non médicalisés qui eux-mêmes contribuent à la mortalité et à la morbidité maternelles.

La figure 5 montre que les femmes et les filles d'ascendance africaine qui sont mariées ou vivent en concubinage sont moins susceptibles de déclarer que leurs besoins de planification familiale ont été satisfaits. D'une manière générale, les femmes dont les niveaux de revenus et d'éducation formelle sont bas n'ont pas un accès suffisant aux services de planification familiale. Les données sur les femmes d'ascendance africaine – surreprésentées parmi les populations pauvres – semblent

confirmer ce constat puisqu'elles traduisent, dans tous les pays étudiés, des taux moins élevés de besoins satisfaits. Seuls les résultats du Panama n'étaient pas statistiquement significatifs. Le coût élevé des soins de santé dans la région peut également avoir une incidence sur l'accès à la contraception moderne.

Étant donné que les taux de mariage peuvent être faibles dans certains pays des Amériques et que les familles monoparentales sont fréquentes, le fait de ne s'intéresser qu'aux femmes mariées ou en concubinage conduit à exclure de nombreuses femmes. Lorsque les informations sont disponibles (au Suriname et à Trinité-et-Tobago par exemple), il apparaît que les besoins non satisfaits chez les femmes non mariées sont également élevés.

Accouchements par du personnel qualifié

Dans les Amériques, l'écrasante majorité des naissances se déroulent avec l'assistance de professionnels de santé qualifiés^k, ce qui constitue en soi un indicateur de la disponibilité des services de santé pour les femmes et témoigne d'un aboutissement significatif pour la région. Les femmes et les filles d'ascendance africaine ne semblent pas être particulièrement désavantagées eu égard à cet indicateur. Toutefois, la qualité des soins fournis par les professionnels de l'accouchement devrait être considérée comme un facteur influençant les résultats relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation pour les femmes et les filles d'ascendance africaine, celles-ci étant plus susceptibles de subir de mauvais traitements obstétricaux et de ne pas disposer des ressources adaptées pour assurer leurs soins postnatals, circonstances qui ont une incidence sur la mortalité et la morbidité maternelles.



Le degré d'**insatisfaction quant à la qualité des services de santé** au Brésil est **5,3 % plus élevé chez les femmes d'ascendance africaine** que chez les femmes blanches⁴⁷.

Racisme et sexisme systémiques, des déterminants structurels de la mortalité maternelle et de la santé maternelle, sexuelle et reproductive

Comme le montrent les données provenant de neuf pays des Amériques, trois des cinq indicateurs portant sur la mortalité maternelle ainsi que sur la santé et les droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation sont moins bons pour les femmes et les filles d'ascendance africaine que pour les autres femmes et filles : le taux de mortalité maternelle, le taux de natalité chez les adolescentes et la planification familiale. Les résultats concernant les soins prénatals sont quant à eux plus contrastés, les résultats relatifs aux femmes et filles d'ascendance africaine étant bien pires que ceux des autres femmes et filles dans la moitié des pays étudiés, et légèrement meilleurs dans l'autre moitié. Les résultats relatifs aux césariennes et aux accouchements assistés par du personnel de santé qualifié sont par ailleurs respectivement meilleurs et moins bons que ceux que définissent les normes de l'OMS, ceci indistinctement, quelle que soit l'origine des femmes et des filles.

Pourquoi les femmes et les filles d'ascendance africaine sont-elles défavorisées ?

La documentation disponible sur la santé des femmes d'ascendance africaine dans les Amériques se réfère beaucoup au modèle des déterminants sociaux de la santé^l en les

présentant comme les premiers responsables des inégalités sanitaires. Cependant, ce modèle ne peut expliquer la plupart des inégalités, décrites dans la présente analyse, relatives à la mortalité maternelle et à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation, car ces inégalités se manifestent indépendamment du niveau d'instruction, du revenu et du lieu de résidence.

Les études qui n'attribuent les inégalités en matière de santé qu'aux seuls déterminants sociaux de la santé laissent souvent au lecteur non averti le soin d'expliquer, par exemple, pourquoi les femmes d'ascendance africaine sont surreprésentées au sein des populations pauvres et sont donc en moins bonne santé. Parmi les explications rétrogrades couramment avancées par les lecteurs aussi bien professionnels que non initiés figurent : i) le manque de connaissances (faisant ainsi référence au fait que c'est la connaissance qui incite à se soigner et à respecter un traitement médicamenteux) ; ii) les pratiques culturelles inappropriées (par exemple, le stéréotype selon lequel les pratiques et cultures sanitaires traditionnelles des populations noires ou africaines sont « arriérées ») ; iii) et même des déficiences biologiques (le corps des femmes noires est perçu comme extraordinaire, malade ou perturbant). La présente analyse oppose à la diffusion d'opinions non fondées, racistes et racialistes la présentation de données empiriques sur les causes probables de ces inégalités en matière de santé.

Les avancées réalisées dans le domaine de la gynécologie sont étroitement liées au racisme. En effet, l'invention des techniques chirurgicales permettant de pratiquer la césarienne et de réparer la fistule obstétricale **résulte d'expériences menées sur des femmes africaines réduites en esclavage**, dont on pensait qu'elles « ne ressentent pas la douleur de la même façon que les blanches ». Cette science empreinte de préjugés raciaux perdure dans l'enseignement médical, les étudiants en médecine et les médecins faisant toujours état d'une croyance selon laquelle « les terminaisons nerveuses des personnes noires sont moins sensibles que celles des personnes blanches »⁵.





Les préjugés dont l'enseignement médical est empreint conduisent également **les manuels à ne décrire l'accouchement** qu'en **se fondant sur** une morphologie pelvienne spécifique, commune aux **femmes européennes** mais variant considérablement d'une ethnie non blanche à l'autre, de sorte que les autres configurations pelviennes sont considérées comme anormales ou à haut risque. **Ainsi**, des données probantes montrent que **les douleurs signalées par les jeunes mères d'ascendance africaine sont minimisées voire négligées** par les professionnels de santé et que ces femmes enregistrent des taux de mortalité maternelle plus élevés^{40, 65}.

La persistance des préjugés subis par les femmes et les filles d'ascendance africaine est en grande partie due aux conséquences caractéristiques des croyances racistes et sexistes qu'entretiennent les décideurs à l'égard de ces femmes et de ces filles. Ces croyances stigmatisent sur la base à la fois de la race et du genre, et associent ces deux paramètres à un ensemble proscrit de caractéristiques indésirables. Par exemple, les femmes et les filles d'ascendance africaine sont communément perçues comme étant hypersexuelles. En conséquence, l'âge et la maturité physique et sexuelle des filles noires sont surestimés (adultification), ce qui conduit les adultes à les punir plus sévèrement (déscolarisation, arrestations et incarcérations³⁹) et à leur témoigner moins d'empathie, d'attention et de protection contre la victimisation sexuelle qu'aux filles blanches.

Savoir si le racisme, le sexisme et d'autres idéologies d'exclusion sont des déterminants sociaux ou structurels de la santé (ou les deux à la fois) est un sujet qui divise ; dans le cadre de la présente analyse, la conjugaison du racisme et du sexisme est considérée comme étant structurelle et systémique, sous-tendant ainsi les politiques nationales, les pratiques institutionnelles et les croyances des décideurs qui conditionnent le bien-être des femmes et des filles d'ascendance africaine. Le modèle des déterminants structurels des inégalités en matière de santé^m rend mieux compte de la façon dont la conjugaison du racisme et du sexisme influe sur la mortalité maternelle et sur la santé et les droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation des femmes et des filles d'ascendance africaine.

Les recommandations suivantes se concentrent particulièrement sur ceux de ces déterminants structurels qui sont liés aux politiques publiques, à la culture et aux valeurs sociétales, afin d'expliquer les inégalités mises en évidence par les indicateurs relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation.

Collecte de données

La Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée (2001), la Déclaration et le Programme d'action de Durban qui en a découlé, et l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) ont conduit plusieurs pays américains à inclure dans leurs politiques et leur législation des dispositions contre la discrimination, et à imposer l'inclusion de variables ethnoraciales et de genre dans les recensements et les enquêtes nationales en vue de suivre les inégalités relevant de la race. En dépit de ces avancées, la disponibilité et la qualité des données sanitaires ventilées par race et par genre demeurent insuffisantes dans la région, au point même que certains pays disposant de méthodes fiables d'analyse et de collecte de données ne communiquent tout simplement pas de données sur la santé en fonction de la race et du sexe.

La plupart des pays des Amériques ont approuvé le Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Ce plan vise à aider les États membres à renforcer les systèmes d'information sanitaires, en veillant à ce qu'ils intègrent des données sur les soins dispensés aux populations vulnérables.

Il est nécessaire pour cela, à des fins d'analyse, d'augmenter la quantité et la qualité des données ventilées disponibles. En 2022, un rapport régional de suivi de l'avancement de la mise en œuvre du Plan d'action a souligné que dix pays des Amériques recueillaient des données ventilées par âge, sexe et appartenance ethnique aux échelons national et infranational, et que cinq autres pays prévoyaient de le faire d'ici 2023.

Cependant, même si les pays font en sorte de disposer de plus de données ventilées, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour les aider à analyser et à communiquer régulièrement et systématiquement les données administratives par race ou appartenance ethnique. Plus spécifiquement, les mesures visant à améliorer la qualité de la collecte de données administratives et infranationales sont importantes si l'on considère, par exemple, que des erreurs systématiques d'attribution de la race sont commises dans les données sur la mortalité et qu'elles peuvent conduire à sous-estimer la mortalité maternelle pour certaines populations. Il semblerait qu'au Brésil³⁹ et aux États-Unis², les médecins légistes commettent fréquemment des erreurs d'identification de la race en raison de l'impossibilité de croiser les données disponibles sur différentes plateformes (par exemple, lorsqu'il n'est pas possible de recouper les informations de l'acte de décès avec celles figurant sur un permis de conduire sur lequel la défunte a déclaré elle-même sa race, le médecin légiste doit se fier à son propre jugement).

Si 90 % des plans de santé accordent la priorité à la concrétisation de l'équité en santé, **seul un tiers des 32 plans de santé** examinés dans le cadre d'une étude menée en 2019 par l'Organisation panaméricaine de la Santé **ont désigné les personnes d'ascendance africaine comme une population confrontée à des obstacles aux soins de santé**⁴⁴.



Pourquoi les femmes et les filles d'ascendance africaine présentent-elles de moins bons résultats en matière de santé maternelle ?

I. Attitudes et comportements discriminatoires parmi les prestataires de services de santé⁴⁶

Mauvais traitements obstétricaux de la part des prestataires de santé

✚ **Commettent des violences verbales ou physiques à l'égard des femmes enceintes⁶⁰**

↳ Lésions liées à la maternité accrues ; lésions liées à l'accouchement accrues ; probabilité réduite d'avoir recours à des soins post-partum ; utilisation réduite de tous les services de santé, et pas seulement des services gynécologiques

✚ **Méprisent les croyances traditionnelles⁶⁰**

↳ Acceptabilité culturelle réduite des services de santé ; utilisation réduite de tous les services de santé, et pas seulement des services gynécologiques

✚ **Refusent aux femmes enceintes d'ascendance africaine l'entrée du premier hôpital auquel elles se rendent⁴⁹**

↳ Complications obstétricales accrues ; utilisation réduite de tous les services de santé, et pas seulement des services gynécologiques

✚ **Fournissent aux femmes et aux filles d'ascendance africaine des soins prénatals, obstétricaux et néonataux moins appropriés et moins opportuns⁴⁹**

↳ Lésions liées à la maternité et décès maternels accrues ; utilisation réduite des services de santé ; complications à l'accouchement accrues

✚ **Refusent l'anesthésie aux femmes d'ascendance africaine qui accouchent en raisons de croyances concernant les personnes d'ascendance africaine et de leur capacité à ressentir la douleur**

↳ Lésions liées à la maternité accrues ; lésions liées à l'accouchement accrues ; probabilité réduite d'avoir recours à des soins post-partum ; utilisation réduite de tous les services de santé, et pas seulement des services gynécologiques ; taux de césarienne accru

II. Enseignement médical aux préjugés raciaux

Contenu du programme de formation erroné

✚ **Incapacité des personnes d'ascendance africaine à ressentir la douleur⁵⁹**
Les personnes d'ascendance africaine ont une peau plus épaisse/des terminaisons nerveuses moins sensibles que les personnes blanches, entraînant une atténuation de la sensation de douleur

↳ Lésions liées à la maternité accrues ; lésions liées à l'accouchement accrues ; probabilité réduite d'avoir recours à des soins post-partum

✚ **Le sang des personnes d'ascendance africaine coagule plus rapidement que celui des personnes blanches**

↳ Hémorragies du post-partum accrues (intervention plus lente pour arrêter l'hémorragie) ; mortalité maternelle accrue

✚ **Les personnes d'ascendance africaine ont une plus grande propension à l'addiction à la drogue que les personnes blanches**

↳ Refus de service ; non-administration d'un traitement contre la douleur

Omissions dans le programme de formation

✚ **Variations normales de la forme de l'ouverture du bassin pour les adaptations à la naissance et à l'accouchement⁵**

↳ Traitement problématique du corps des femmes et des filles d'ascendance africaine ; risque accru d'intervention obstétricale pendant l'accouchement ; mauvais résultats en matière de santé maternelle

III. Politique de santé

✚ **Les politiques de santé dans la région désignent rarement les personnes d'ascendance africaine parmi les groupes se heurtant à des obstacles aux soins de santé⁴⁴**

↳ Réduction de l'incitation à recueillir de meilleures données sur les personnes d'ascendance africaine

✚ **Les politiques relatives à la santé maternelle incluent rarement des indicateurs relatifs aux différences entre les races au niveau des résultats.**

↳ Absence d'interventions pour les femmes et les filles autochtones et d'ascendance africaine ; absence d'initiatives visant à lutter contre les grossesses chez les adolescentes autochtones et d'ascendance africaine



Politiques, plans et programmes

Les politiques liées à la santé dans les Amériques négligent également l'importance de la race et du genre comme indicateurs de vulnérabilité, sur la base desquels il est possible de développer des politiques, des plans et des programmes ciblés d'amélioration. Cette négligence s'explique en partie par un manque de données ventilées pouvant alimenter la définition des mesures, mais tient également à une réticence à élaborer des plans et des programmes visant à répondre aux besoins spécifiques des personnes d'ascendance africaine.

Dans une étude menée en 2019 sur les plans nationaux de santé, l'OPS a constaté que 34 % des 32 pays américains avaient intégré des stratégies de lutte contre la discrimination dans le secteur de la santé, ou y avaient fait référence. Les plans de santé de plusieurs de ces pays faisaient également mention de populations spécifiques se trouvant confrontées à des obstacles à l'équité en matière de santé. 30 % seulement de ces 32 pays identifiaient les personnes d'ascendance africaine parmi les populations vulnérables.

Bien que le secteur de la santé soit le plus impliqué dans la réduction de la mortalité maternelle et dans l'amélioration de la santé et des droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation des femmes et des filles d'ascendance africaine, il convient de tenir compte de l'influence de secteurs liés à la santé, tels ceux de l'éducation et du travail, en particulier en ce qui concerne la grossesse chez les adolescentes. On ne dispose actuellement que de peu de données pour caractériser dans quelle mesure les secteurs autres que celui de la santé intègrent des objectifs de santé dans leurs politiques. Compte tenu des conclusions des études économiques relatives à l'impact des programmes d'acquisition de compétences professionnelles sur la réduction de la pauvreté et des grossesses chez les jeunes de 15 à 19 ans, des efforts devraient être faits pour améliorer le dialogue entre les ministères en charge de l'éducation, du travail et de la santé, ainsi que la communication au sein de ces ministères, afin d'aborder les questions de santé et de droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation des filles et jeunes femmes d'ascendance africaine.

Il a été démontré que les modèles de soins centrés sur la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires¹ contribuaient à accroître l'accès aux soins de santé et à améliorer les résultats en matière de santé. Les pays qui commencent à mettre en œuvre des réformes axées sur les soins de santé primaires conformément aux recommandations de la « Commission de haut niveau de l'OPS : 40 ans d'Alma-Ata », en vue de proposer des services de santé couvrant ces soins prioritaires, amélioreront la qualité des soins de santé pour tous, y compris pour les femmes et les filles en situation de vulnérabilité.

Enseignement médical et procédures hospitalières

Toute histoire de la médecine occidentale serait incomplète si elle ne mentionnait pas la façon dont les filles et les femmes d'ascendance africaine ont été utilisées sans leur consentement comme des corps sur lesquels on a mis au point et testé des interventions obstétricales⁵⁸. Nombre des idées diffusées par le passé au sujet des femmes noires ou d'ascendance africaine continuent d'être enseignées dans les formations médicales. Et ces idées sont renforcées par les actions des prestataires de santé. Certaines études démontrent que 50 à 60 % des professionnels de santé abordent les questions de biologie des personnes noires à travers le prisme du racisme²³.

Parmi les croyances les plus répandues et les comportements qui en découlent au sein du personnel médical figurent : i) la croyance selon laquelle les personnes noires ont une plus grande propension à la consommation excessive de drogues et à la dépendance, ainsi qu'une peau plus épaisse (des terminaisons nerveuses moins sensibles) que les personnes blanches, ce qui conduit à leur administrer des traitements contre la douleur allégés par rapport à ceux aux personnes blanches²³ ; la croyance selon laquelle le sang des personnes noires coagule plus rapidement que celui des autres, croyance susceptible de se traduire par des interventions tardives lors d'hémorragies⁵⁹ ; et enfin la croyance selon laquelle les femmes noires ont des mœurs trop légères et sont particulièrement fertiles⁶¹, ce qui peut entraîner une stérilisation infondée et non consentie des femmes d'ascendance africaine¹.

Les effets de ces croyances s'observent, en dépit des principes relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation, dans les traitements médicaux et les résultats en matière de santé. Une étude menée auprès de cardiologues et utilisant de courtes vidéos scénarisées pour contrôler les antécédents médicaux des patients et leur personnalité a révélé que « la race et le sexe du patient influent sur la décision des médecins de prescrire, ou de ne pas prescrire, de cathétérisme cardiaque aux patients souffrant de douleurs thoraciques... les résultats [de non-prescription] sont particulièrement frappants pour les femmes noires »⁶¹.

De nombreuses études ont montré que la concordance entre la race et le genre des patients et des médecins peut contribuer de manière significative à l'amélioration de la satisfaction des patients et des résultats en matière de santé. Aux États-Unis, les personnes d'ascendance africaine constituent 13,6 % de la population. En 2021, elles représentaient 11,5 % du personnel infirmier diplômé et 11 % des étudiants en première année de médecine (soit un bond de 21 % par rapport à 2019). Il n'est pas aussi facile d'avoir des données sur la race des professionnels de santé dans le reste de la région des Amériques, mais il semblerait qu'au Brésil, par exemple, moins de 20 % des médecins soient d'ascendance africaine alors que les afrodescendants représentent 56 % de la population.

L'augmentation du nombre de diplômés d'ascendance africaine des facultés de médecine et de sciences paramédicales contribuera sans aucun doute à améliorer le bien-être des personnes d'ascendance africaine dans la région³⁵.

Un appel à l'action

Les autorités sanitaires doivent considérer la mortalité maternelle chez les femmes et les filles d'ascendance africaine dans les Amériques comme une crise nécessitant une solution immédiate. Nous formulons les recommandations suivantes en vue de réduire la mortalité maternelle des filles et des femmes d'ascendance africaine et de leur garantir ce qu'il se fait de mieux pour satisfaire leurs besoins de santé maternelle à court et à moyen terme. L'équité est au cœur de chacune d'elles et c'est dans cette perspective que ces recommandations abordent certaines des causes structurelles des résultats relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation qui sont présentés dans cette analyse.

Gouvernements et organisations internationales



1. Améliorer la disponibilité et la qualité des données statistiques officielles ventilées relatives à la santé maternelle, sexuelle et reproductive.

Les politiques, plans ou programmes visant à diminuer la mortalité maternelle et à améliorer les résultats relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation des femmes et des filles d'ascendance africaine doivent s'appuyer sur l'analyse de données fiables ventilées par race et par genre. Bien que des mesures importantes aient été prises dans la région afin d'inclure l'appartenance ethnique, la race et la couleur de peau parmi les variables utilisées dans les enquêtes auprès des ménages et les recensements, et d'améliorer la qualité des systèmes d'information sanitaire, de nombreux pays ont pris du retard : ils doivent encore soit recueillir des données ventilées sur la santé, soit, pour ceux qui en collectent déjà, analyser les résultats en fonction de la race et du genre, en particulier dans le domaine de la santé.

En fait, sur les 15 pays envisagés pour préparer cette analyse, le Canada, la République dominicaine et le Venezuela ont été écartés car ils ne disposaient pas de données ventilées par race. De même, la Jamaïque a été exclue car, bien que les variables d'appartenance ethnique et de race soient collectées, il n'a pas été possible de les trouver dans les données brutes. L'Équateur et le Pérou ont, eux aussi, été éliminés de l'analyse parce que leurs indicateurs relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation étaient incompatibles (non comparables) avec ceux de la majorité des pays de l'étude.

La ventilation des données par race et par genre est également importante pour cibler les politiques dans les secteurs liés à la santé, tels ceux de l'éducation et du travail.



2. Adopter une approche axée sur le cycle de vie pour la collecte de données, l'élaboration des politiques et la programmation des actions.

Lors de la conception de politiques et de programmes relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation, l'âge est une variable essentielle pour comprendre les risques et définir les interventions. Les adolescents constituent un public important

à destination duquel il est indispensable de mettre en place des actions spécifiques de formation professionnelle ainsi que de prendre des initiatives visant à réduire l'abandon scolaire, à faire reculer la mortalité maternelle et à améliorer les résultats relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation. Les politiques relatives à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation doivent tenir compte des besoins particuliers des adolescents et des adolescentes. Par ailleurs, bien que la santé et les droits des adolescentes en matière de maternité, de sexualité et de procréation soient une priorité, les inégalités sur le plan de la mortalité maternelle augmentent de manière exponentielle avec l'âge, en particulier chez les femmes d'ascendance africaine. Les politiques, les plans et les programmes qui cherchent à améliorer les résultats en matière de santé maternelle doivent également viser à collecter des données et à élaborer des interventions ciblant les femmes d'âge maternel avancé.



3. Encourager la participation des femmes et des filles d'ascendance africaine à l'élaboration de politiques de santé maternelle et à la mise en place de dispositions les responsabilisant.

La participation est un principe central de l'équité en santé et du droit à la santé. Toute politique de santé visant à améliorer les résultats en matière de santé maternelle chez les femmes et les filles d'ascendance africaine doit mettre l'accent sur leur inclusion dans son élaboration, dans les processus décisionnels et dans la responsabilisation du gouvernement à l'égard des résultats.



4. Renforcer l'ensemble du système de santé dans les Amériques en adoptant un modèle de soins visant la couverture sanitaire universelle axée sur les soins de santé primaires.

Une bonne prestation de services fondée sur les droits doit être complète, accessible, acceptable, efficace et centrée sur les personnes. Elle doit en outre assurer une couverture adéquate et la continuité et la qualité des soins, encourager la coordination et disposer de mécanismes de responsabilisation. Si de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes progressent dans la prestation de soins de santé primaires et la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, les États-Unis ont encore à faire de la couverture universelle une priorité.

En outre, il importe de soutenir la prestation de soins de santé maternelle culturellement appropriés. Selon la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, pour que les soins de santé soient acceptables, il est urgent de s'attacher à mettre fin à la diabolisation et à la dévalorisation des pratiques sanitaires autochtones et traditionnelles. Il convient ainsi de promouvoir une approche inclusive, respectueuse et soucieuse de comprendre et soutenir leur intégration dans les soins de santé primaires, et qui reconnaisse leur importance⁶⁸.



5. S'assurer que les politiques, plans et programmes de santé ainsi que les politiques, plans et programmes connexes tiennent compte des déterminants structurels des inégalités en matière de santé et non pas seulement des déterminants sociaux de la santé.

Les pays sont tenus de collaborer avec les établissements sanitaires à la définition de normes de soins et de formations médicales qui soutiennent l'objectif de développement durable 3, à savoir permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Les politiques qui regroupent les personnes d'ascendance africaine et les populations autochtones avec d'autres groupes marginalisés risquent de ne pas remédier aux obstacles spécifiques auxquels se heurtent les femmes de couleur, et dont un grand nombre sont érigés par le milieu médical lui-même ainsi que par un enseignement médical empreint de préjugés raciaux⁴³.

Les politiques de santé et les politiques connexes qui bénéficient directement aux femmes et aux filles d'ascendance africaine doivent traiter les causes structurelles des inégalités. Une politique axée sur les déterminants sociaux de la santé pourrait permettre d'élargir la portée de l'éducation sanitaire ou autoriser les transferts de fonds aux populations défavorisées, alors qu'une politique axée sur les déterminants structurels des inégalités en matière de santé revêtirait un caractère antiraciste. Par exemple, un plan de santé axé sur les déterminants structurels des inégalités en matière de santé pourrait affecter des fonds aux établissements de santé, aux cabinets médicaux et aux centres médicaux universitaires afin qu'ils reconnaissent, traitent et atténuent les effets du racisme sur les patients, les prestataires, les diplômés internationaux en médecine et les

populations⁸⁴. Ces deux types de politiques et de plans (axés sur les déterminants sociaux de la santé et sur les déterminants structurels des inégalités en matière de santé) sont importants pour remédier aux mauvais résultats relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation des femmes et des filles d'ascendance africaine.

À cette fin, les pays devront améliorer le dialogue entre les ministères en charge de la santé, de l'éducation et du travail (dans un premier temps) et faciliter la création de mécanismes de cofinancement à l'appui de programmes visant à étudier, à réduire et, à terme, à éliminer les effets négatifs de la conjugaison du racisme et du sexisme.



6. Investir en faveur de l'augmentation des effectifs des personnes d'ascendance africaine dans le secteur de la santé et des femmes d'ascendance africaine parmi les médecins.

Les gouvernements et le secteur de la santé doivent créer des parcours éducatifs permettant aux personnes d'ascendance africaine de bénéficier d'un enseignement supérieur dans les domaines de la recherche médicale et des soins de santé grâce à l'octroi de bourses d'études, de bourses de recherche et de prêts à faible taux d'intérêt ciblés. Les établissements de santé peuvent également offrir des possibilités d'internat spécifiques aux diplômés en médecine issus de groupes sous-représentés. Il convient de reproduire les réussites passées en matière de formation de professionnels de la santé dans le cadre de programmes soutenus par l'OPS et l'OMS dans un souci d'équité raciale et de genre.



Source : ©UNFPA/Tuane Fernandes

Systemes de santé et enseignement médical



7. Améliorer la collecte de données ventilées par race ou appartenance ethnique et par genre au niveau administratif afin de compléter les statistiques officielles.

Les bases de données administratives locales doivent, dans la mesure du possible, être compatibles avec les outils nationaux de collecte de données et présenter une qualité homogène d'un centre de santé à l'autre. Les données administratives qui incluent une ventilation par race ou appartenance ethnique et par genre permettent de recueillir des données plus fiables sur les inégalités en matière de santé à l'échelle nationale. Des études préliminaires de l'équité en santé dans les politiques infranationales laissent penser que les autorités locales peuvent être plus aptes que les autorités nationales à élaborer des politiques et des plans, ainsi qu'à mettre en œuvre des programmes visant la collecte de données de santé ventilées ainsi que les programmes conçus à la suite de l'analyse des données collectées⁴⁴. Il conviendra d'orienter les futurs travaux de recherche sur ce domaine.



8. Investir dans des interventions et établir des politiques visant à éliminer les mauvais traitements obstétricaux, le manque de respect et les abus.

Selon l'OMS, « les rapports publiés sur le manque de respect et les mauvais traitements subis par les femmes lors de l'accouchement en établissement de soins font état d'agressions physiques, d'humiliations graves, d'agressions verbales, de

procédures médicales imposées de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention d'un consentement (incluant la stérilisation), de manque de confidentialité, d'absence de consentement pleinement éclairé, de refus de leur administrer des médicaments contre la douleur, de violations flagrantes de leur intimité, de refus d'admission dans les établissements de santé, de négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie, et la détention des femmes et de leur bébé dans l'établissement, après la naissance, lorsque la mère est incapable d'acquitter les frais exigés »⁸⁴. Les interventions visant à lutter contre les mauvais traitements doivent, d'une part, définir les comportements et les attitudes à éliminer et, d'autre part, établir des politiques institutionnelles assorties de sanctions applicables.



9. Lutter contre le racisme et les idéologies racistes dans les programmes de formation en sciences de la santé, et non pas seulement dans le cadre des cours sur les compétences interculturelles.

La réforme des programmes de formation médicale doit non seulement s'attaquer aux croyances erronées et aux préjugés à l'égard des groupes marginalisés que les futurs professionnels intègrent dans leur formation, mais aussi rechercher et éliminer les préjugés créés et renforcés par la formation elle-même. Les informations sur les éventuels écarts de résultats ou d'incidence des maladies en fonction de la race doivent être nuancées par des explications quant à la nature non biologique de la race et au rôle du racisme comme facteur de mauvais résultats en matière de santé. Ces apports contribueront à réduire la propension à normaliser et à accepter les inégalités raciales dans l'accès à la santé et les résultats en la matière.



Notes de fin

1. Le racisme structurel décrit la manière dont les systèmes sont structurés pour produire des inégalités raciales entre les personnes blanches et les minorités raciales et ethniques, entraînant ainsi des disparités raciales dans le domaine de la santé.
- b. Le taux de mortalité maternelle désigne le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.
- c. Les pays étudiés sont le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, les États-Unis, le Panama, le Suriname, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay. Ces pays ont été sélectionnés en fonction de la proportion de femmes d'ascendance africaine au sein de leur population, de la disponibilité de données tirées d'enquêtes nationales relativement récentes (2010 et au-delà), de la disponibilité de données ventilées par appartenance ethnique, race ou couleur de peau, et de la comparabilité des indicateurs. Two sample t-tests were conducted to compare the outcomes between Afrodescendent and non-Afrodescendent women and girls for each indicator.
- d. Taux de mortalité maternelle ; couverture des soins prénatals (pourcentage) – au moins quatre visites ; taux de natalité chez les adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) ; besoins contraceptifs satisfaits (femmes âgées de 15 à 49 ans) ; accouchements par césarienne (pourcentage) ; et accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (pourcentage).
- e. Les conclusions indiquées ici étayaient les conclusions de plusieurs rapports sur la santé des personnes d'ascendance africaine récemment publiés par l'OPS, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et le journal *The Lancet Regional Health*.
- f. Les mauvais traitements obstétricaux désignent un ensemble de comportements manifestés par le personnel médical à l'égard des femmes enceintes et qui accouchent, et comportent sept dimensions : violences physiques, violences sexuelles, violences verbales, stigmatisation et discrimination, non-respect des normes professionnelles de soins, mauvaise entente entre les femmes et les prestataires, et mauvaises conditions et contraintes imposées par le système de santé.
- g. L'Institut brésilien de géographie et de statistique (IBGE) recueille des données sur la couleur de peau ou la race de la population brésilienne en s'appuyant sur une auto-identification à partir des variables suivantes : blanc (*branca*), noir (*preta*), multiracial (*parda*), asiatique (*amarela*) et autochtone (*indígena*). La catégorie « *negra* » (personne d'ascendance africaine) au Brésil désigne l'ensemble des personnes qui s'identifient comme étant *preta* ou *parda*.
- h. Visites de soins prénatals : le pourcentage de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance vivante au cours d'une période donnée et ayant reçu au moins quatre fois des soins prénatals.
- i. Le taux de natalité chez les adolescentes s'entend comme le nombre de naissances chez les filles et les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans au cours des trois années précédant l'enquête, divisé par le nombre de filles et de femmes âgées de 15 à 19 ans sur la même période, exprimé pour 1 000 filles et jeunes femmes.
- j. La planification familiale désigne le pourcentage de filles et de femmes mariées ou en concubinage âgées de 15 à 49 ans dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits.
- k. Les professionnels de l'accouchement qualifiés incluent les médecins, les infirmiers et les sages-femmes.
- l. Les déterminants sociaux de la santé désignent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Il s'agit par exemple du revenu et de la protection sociale, du niveau d'instruction, du chômage ou encore de l'insécurité de l'emploi.
- m. Les déterminants structurels des inégalités en matière de santé incluent les politiques et les structures sociales et politiques d'un pays.
- n. Les soins de santé primaires orientent leurs structures et leurs fonctions vers les valeurs d'équité et de solidarité sociale, ainsi que vers le droit de tout être humain à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible sans distinction de race, de religion, de conviction politique ou de condition économique ou sociale.
- o. La présente analyse comporte quatre limites :
 - i. L'analyse comprend des données provenant de seulement neuf des 35 pays du continent américain. Il s'agit des pays qui disposaient de données ventilées par race ou appartenance ethnique et par genre pour les indicateurs relatifs à la santé et aux droits en matière de maternité, de sexualité et de procréation. Ce petit échantillon de pays rend compte de la nécessité de disposer d'une plus grande quantité de données ventilées accessibles au public à travers la région afin d'améliorer la précision des conclusions quant à la santé des populations en situation de vulnérabilité.
 - ii. Si la majorité des données communiquées pour les besoins de la présente analyse sont tirées d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples et de récentes enquêtes démographiques et de santé, des données provenant de plusieurs autres enquêtes nationales ont également été incluses. La juxtaposition de données provenant de sources multiples peut compliquer la comparabilité entre les pays.
 - iii. La race ou l'appartenance ethnique ainsi que la couleur de peau autodéclarées ont été utilisées pour catégoriser la population d'ascendance africaine. Dans les pays où les enquêtes ne tenaient compte que de l'appartenance ethnique du chef de ménage, la même catégorie a été attribuée à toutes les femmes et à tous les enfants du ménage. Cette variable peut ne pas constituer une mesure exacte de la population cible. De même, des différences ont été constatées entre les groupes de personnes d'ascendance africaine (par exemple, entre les populations *preta* et *parda* au Brésil) qui n'ont pas été incluses dans la présente analyse. L'analyse de ces différences pourrait fournir des informations cruciales sur les populations les plus exposées au risque d'obtenir de mauvais résultats en matière de santé maternelle.
 - iv. Bien que dans certaines des enquêtes employées aux fins de cette analyse l'échantillon des personnes d'ascendance africaine dépasse le million d'observations (au Brésil, en Colombie et aux États-Unis), dans d'autres pays, à l'instar de Cuba et de l'Uruguay, les échantillons sont constitués de moins de 100 personnes (voir le tableau 1). Les variations dans la taille des échantillons peuvent avoir une incidence sur les résultats des indicateurs clés et peuvent entraîner une sous-estimation ou une surestimation de la situation des femmes et des filles d'ascendance africaine.^v

Références

- Alonso, P., « Autonomy Revoked: The Forced Sterilization of Women of Color in 20th Century America ». Texas Women's University, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://twu.edu/media/documents/history-government/Autonomy-Revoked--The-Forced-Sterilization-of-Women-of-Color-in-20th-Century-America.pdf>.
- Arias, E., Heron, M. et Hakes, J. K., « The validity of race and Hispanic-origin reporting on death certificates in the United States: An update ». *Vital Health Statistics, série 2*, n° 172, National Center for Health Statistics, Washington D.C., 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_172.pdf.
- Ashford, L., *Besoin insatisfait en planning familial : les tendances récentes et leurs répercussions sur les programmes*. Population Reference Bureau MEASURE Communication, Washington, D.C., 2003. Disponible à l'adresse suivante : https://www.prb.org/wp-content/uploads/2003/02/UnmetNeed_French.pdf.
- Association of American Medical Colleges, « 2021 Fall Applicant, Matriculant, and Enrollment Data Tables ». 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.aamc.org/media/57761/download?attachment>.
- Betti, L., « Shaping birth: variation in the birth canal and the importance of inclusive obstetric care ». *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, volume 376, mai 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2020.0024>.
- Bloom, D. E. *et al.*, « Race and trust in the health care system ». *Public Health Reports*, volume 118, n° 4, juillet-août 2003. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497554/>.
- Brésil, loi n° 12.288 du 20 juillet 2010. Disponible à l'adresse suivante : https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm.
- _____, décret n° 39.034 du 3 mai 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/26959fffe6034de6a18918cbab53b124/Decreto_39024_03_05_2018.html.
- Câmara dos Deputados, « Mulheres negras são maioria das vítimas de feminicídio e as que mais sofrem com desigualdade social ». 30 novembre 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.camara.leg.br/noticias/832964-mulheres-negras-sao-maioria-das-vitimas-de-feminicidio-e-as-que-mais-sofrem-com-desigualdade-social/>.
- Castro, A., Savage, V. et Kaufman, H., « Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America ». *Pan American Journal of Public Health*, volume 38, n° 2, 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n2/96-109/en>.
- Costa, J. C. *et al.*, « Inequalities in the health, nutrition, and wellbeing of Afrodescendant women and children: A cross-sectional analysis of ten Latin American and Caribbean countries ». *The Lancet Regional Health – Americas*, volume 15, août 2022. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00162-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00162-4/fulltext).
- Crear-Perry, J. *et al.*, « Social and structural determinants of health inequities in maternal health ». *Journal of Women's Health*, volume 30, n° 2, février 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2020.8882>.
- Département administratif national de statistique de Colombie, *Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada*, n° 9. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>.
- Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, « Paineis de Monitoramento da Mortalidade Materna ». 2022a. Disponible à l'adresse suivante : <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>.
- _____, « Paineis de Monitoramento de Nascidos Vivos ». 2022b. Disponible à l'adresse suivante : <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>.
- Domingues, P. M. L. *et al.*, « Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres ». *SciELO*, volume 22, n° 2, juin 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.scielo.br/j/tce/a/c8pbVz3RRYHTNJSND8wQtYt/?lang=pt>.
- Eze, E. C., dir. *Race and the Enlightenment: A Reader*. Blackwell Publishers, Oxford, 1997.
- Edwards, R. G. *et al.*, « Ethnic differences in maternal near miss ». *Archives of Gynecology and Obstetrics*, volume 296, n° 6, décembre 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28918461/>.
- Finlayson, K. et Downe, S., « Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies ». *PLoS Medicine*, volume 10, n° 1, janvier 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC351970/>.

20. Miller, S. *et al.*, *Afro-descendants in Latin America: Toward a Framework of Inclusion*. Banque mondiale, Washington, D.C., 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30201>.
21. Garraza, L. G., Tobar, F. et Rodríguez Bernate, I., « Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America ». *Sexual and Reproductive Health Matters*, volume 28, n° 2, novembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887910/>.
22. Hill, L., Artiga, S. et Usha, R., « Racial disparities in maternal and infant health: current status and efforts to address them ». *KFF*, 1^{er} novembre 1. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/racial-disparities-in-maternal-and-infant-health-current-status-and-efforts-to-address-them/>.
23. Hoffman, K. M. *et al.*, « Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites ». *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, volume 113, n° 16, avril 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1516047113>.
24. Howell, E. A., « Reducing disparities in severe maternal morbidity and mortality ». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, volume 61, n° 2, juin 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915910/>.
25. Howell, E. A., et Zeitlin, J., « Improving hospital quality to reduce disparities in severe maternal morbidity and mortality ». *Seminars in Perinatology*, volume 41, n° 5, août 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28735811/>.
26. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, « Maternidades y paternidades en la ruralidad ». 30 septembre 30. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-ensenan/maternidades-y-paternidades-en-la-ruralidad>.
27. Jornalismo TV Cultura, « Menos de 15% dos estudantes de medicina são pretos ou pardos ». 15 février 20. Disponible à l'adresse suivante : https://www.youtube.com/watch?v=KsnFDgG3r8g&ab_channel=JornalismoTVCultura.
28. Kavanagh, M. M. *et al.*, « Planning for health equity in the Americas: An analysis of national health plans ». *Pan American Journal of Public Health*, volume 45, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53743>.
29. Kearney, M. S. et Levine, P. B., « Media influences on social outcomes: The impact of MTV's "16 and Pregnant" on teen childbearing ». *The American Economic Review*, volume 105, n° 12, décembre 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.jstor.org/stable/43821387>.
30. Patton, G. C. *et al.*, « The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil ». *Publicação em Saúde Pública*, volume 24, n° 33, juillet 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746555/>.
31. Leonardi, C., « Mortalidade materna: quais são as principais causas e como evitar ». *Bebê*, 31 mai 31. Disponible à l'adresse suivante : <https://bebe.abril.com.br/saude/mortalidade-materna-quais-sao-as-principais-causas-e-como-evitar/>.
32. Menandro, L. M. T. et Barrett, H. R., « Compulsory female sterilisation in Brazil: reproductive rights for whom? ». *Critical and Radical Social Work*, volume 10, n° 1, mars 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/crsw/10/1/article-p23.xml>.
33. Wang, F. *et al.*, « Comparison of black-white disparities in preterm birth between Canada and the United States ». *Canadian Medical Association Journal*, volume 188, n° 1, janvier 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695373/>.
34. Ministère colombien de la santé et de la protection sociale, « Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 % ». 29 juin 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>.
35. Mora, H. *et al.*, « The National Deficit of Black and Hispanic Physicians in the US and Projected Estimates of Time to Correction ». *JAMA Netw Open*, volume 5, n° 6, juin 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792848>.
36. Murad-Rivera, R. *et al.*, « Determinantes del Embarazo en Adolescentes en Colombia: Explicando las Causas de las Causas ». *Profamilia*, 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/07/2018-Murad-Determinantes-del-embarazo-preprint.pdf>.
37. Nascimento, E. L., *The Sorcery of Color: Identity, Race and Gender in Brazil*. Temple University Press, Philadelphie, 2007.
38. Novella, R. et Ripani, L., « Are You (Not) Expecting?: The Unforeseen Benefits of Job Training on Teenage Pregnancy ». Banque interaméricaine de développement, Washington, D.C., 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://publications.iadb.org/en/are-you-not-expecting-unforeseen-benefits-job-training-teenage-pregnancy>.
39. Nuamah, S., « Public perceptions of Black girls and their punitive consequences ». *IPR Working Paper Series*, n° WP-20-49, Northwestern Institute for Policy Research, Evanston, Illinois, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ipr.northwestern.edu/documents/working-papers/2020/wp-20-49-3rev.pdf>.

40. Owens, D. C. et Fett, S. M., « Black maternal and infant health: Historical legacies of slavery ». *American Journal of Public Health*, volume 109, n° 10, octobre 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727302/>.
41. Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), *Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care*. OPS, Washington, D.C., 2018a. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34958>.
42. -----, « Partie 2 : Avancée vers la santé universelle basée sur les soins de santé primaires ». Dans le *Rapport annuel du Directeur 2018*, OPS, Washington, D.C., 2018b. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.paho.org/annual-report-of-the-director-2018/fr/partie-2-avancee-vers-la-sante-universelle-basee-sur-les-soins-de-sante-primaires/>.
43. -----, *Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata. Report of the High-Level Commission*. Édition révisée, OPS, Washington, D.C., 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.paho.org/en/documents/universal-health-21st-century-40-years-alma-ata-report-high-level-commission-revised>.
44. -----, *Equity in Health Policy Assessment: Region of the Americas*. OPS, Washington, D.C., 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52931>.
45. -----, *Annual Report 2020. Universal Health and the Pandemic. Resilient Health Systems. Surinam*. OPS, Washington, D.C., 2021a. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54557>.
46. -----, *Health of Afro-descendant People in Latin America*. OPS, Washington, D.C., 2021b. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55856>.
47. -----, « Opening Remarks – International Day For People of African Descent Global Webinar 2022. 31 ». OPS, 31 août 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.paho.org/en/documents/opening-remarks-international-day-people-african-descent-global-webinar-2022>.
48. -----, « Primary health care ». OPS, non daté. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.paho.org/en/topics/primary-health-care>.
49. Organisation panaméricaine de la Santé, 57^e Conseil directeur, « Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023 ». OPS, CD57/9, 10 août 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51617/CD57-9-f.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
50. Organisation panaméricaine de la Santé, 170^e Session du Comité exécutif. *Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023 : rapport d'avancement*. OPS, CE170/INF/12, 13 avril 2022. Disponible à l'adresse suivante : https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-inf-12-c-f-pda-systeme-information_o.pdf.
51. Organisation panaméricaine de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population, « Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean, Technical Brief ». OPS et UNFPA, 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_dec_10_approved_policy_brief_design_ch_adolescent.pdf.
52. Payne, C. et Fanarjian, N., « Seeking causes for race-related disparities in contraceptive use ». *American Medical Association Journal of Ethics*, volume 16, n° 10, octobre 2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/1410/jdsc1-1410.pdf>.
53. Pemberton, C. et Joseph, J., *National Women's Health Survey for Trinidad and Tobago: Final Report*. Banque interaméricaine de développement, Washington, D.C., 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://publications.iadb.org/publications/english/document/National-Women-Health-Survey-for-Trinidad-and-Tobago-Final-Report.pdf>.
54. Bloom, D. E. *et al.*, « Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths — United States, 2007-2016 ». *Morbidity and Mortality Weekly Report*, volume 68, n° 35, 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6835a3.htm?s_cid=mm6835a3_w.
55. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, « Mortalidade Materna ». 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/2/MORTALIDADE%20MATERNA.pdf?jsessionid=24D6616CB26F1EC07964467828122D25?sequence=2>.
56. Équipe spéciale régionale interinstitutions pour la réduction de la mortalité maternelle, *Overview of the Situation of Maternal Morbidity and Mortality: Latin American and the Caribbean*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Eng.pdf>.
57. -----, *Interagency Strategic Consensus for the Reduction of Maternal Morbidity and Mortality: Strategic Guidance for the 2020-2030 Decade*. 2021. Disponible à l'adresse suivante : https://lac.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/gtr_interagencystrategicconsensus_2020_2030_english.pdf.
58. Saad-Haddad, G. *et al.*, « Patterns and determinants of antenatal care utilization: Analysis of national survey data in seven countdown countries ». *Journal of Global Health*, volume 6, n° 1, juin 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27231540/>.
59. Sabin, J. et Greenwald, A. G., « The influence of implicit bias on treatment recommendations for 4 common pediatric conditions: pain, urinary tract infection, attention deficit hyperactivity disorder, and asthma ». *American Journal of Public Health*, volume 102, n° 5, mai 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483921/>.

60. Savage, V. et Castro, A., « Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches ». *Reproductive Health*, volume 14, n° 138, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12978-017-0403-5.pdf>.
61. Schulman, K. A. *et al.*, « The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization ». *The New England Journal of Medicine*, volume 340, février 1999. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199902253400806>.
62. Sebert Kuhlmann, A. K. *et al.*, « Intimate partner violence as a predictor of antenatal care service utilization in Honduras ». *Pan American Journal of Public Health*, volume 41, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660898/>.
63. Telles, E., *Pigmentocracies: Ethnicity, Race, and Color in Latin America*. University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2014.
64. Nations Unies, Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, *Observations finales concernant le rapport des États-Unis d'Amérique valant dixième à douzième rapports périodiques*. CERD/C/USA/CO/10-12. 21 septembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=CERD%2FC%2FU SA%2FCO%2F10-12&Lang=fr.
65. Nations Unies, Département de l'information et Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Les femmes et les filles d'ascendance africaine. Progrès et défis en matière des droits de l'homme*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/18-00070_women_and_girls_of_african_descent_digital_french_jul2020.pdf.
66. Nations Unies, Conseil économique et social, *Observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. E/C.12/GC/22, 2 mai 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Download.aspx?symbolno=EC.12GC22&Lang=fr.
67. Nations Unies, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, *Situación de las Personas Afrodescendientes en América Latina y Desafíos de Políticas Para la Garantía de sus Derechos*. Publication des Nations Unies, 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42654-situacion-personas-afrodescendientes-america-latina-desafios-politicas-la>.
68. Nations Unies, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible - Racisme et droit à la santé ». A/77/197, 20 juillet 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/fr/documents/thematic-reports/a77197-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>.
69. Nations Unies, Groupe de travail d'experts sur les personnes d'ascendance africaine, « Identification and definition of "people of African descent" and how racial discrimination against them is manifested in various regions: Working paper ». E/CN.4/2003/WG.20/WP.3, 28 janvier 2003. Disponible à l'adresse suivante : <https://digitallibrary.un.org/record/486012?ln=en>.
70. Fonds des Nations Unies pour la Population, « Santé maternelle et mortalité maternelle des femmes issues des populations autochtones. Fiche informative ». UNFPA, non daté. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_French.pdf.
71. ONU-Femmes, « Latin America and the Caribbean Regional Factsheet ». 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/POWW-2019-Fact-sheet-Latin-America-and-the-Caribbean-en.pdf>.
72. U.S. Commission on Civil Rights, *Racial Disparities in Maternal Health*. Washington, D.C., 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.usccr.gov/files/2021/09-15-Racial-Disparities-in-Maternal-Health.pdf>.
73. Vedam, S. *et al.*, « The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States ». *Reproductive Health*, volume 16, n° 77, juin 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0729-2>.
74. Verschueren, K. J. C. *et al.*, « Applicability of the WHO maternal near-miss tool: A nationwide surveillance study in Suriname ». *Journal of Global Health*, volume 10, n° 2, décembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33214899/>.
75. Viáfara-López, C. A., Palacios-Quejada, G. et Banguera-Obregón, A., « Ethnic-racial inequity in health insurance in Colombia: a cross-sectional study ». *Pan American Journal of Public Health*, volume 45, juillet 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8238259/>.
76. Washington, H. A., *Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans From Colonial Times to the Present*. Doubleday, New York, 2006.
77. Weiner, S., « Medical schools overhaul curricula to fight inequities ». *AAMC*, 25 mai 25. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.aamc.org/news-insights/medical-schools-overhaul-curricula-fight-inequities>.
78. Banque mondiale, *Afro-descendants in Latin America: Toward a Framework of Inclusion*. Washington, D.C., 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30201>.
79. _____, « The social and educational consequences of adolescent childbearing ». 25 février 25. Disponible à l'adresse suivante : <https://genderdata.worldbank.org/data-stories/adolescent-fertility/>.

80. Organisation mondiale de la Santé, *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Résumé analytique du rapport final*. Éditions de l'OMS, Genève, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69831>.
81. _____, *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation*. Éditions de l'OMS, Genève, 2009. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44447/9789242547733_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
82. _____, *Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The WHO Near-miss Approach for Maternal Health*. Éditions de l'OMS, Genève, 2010. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?jsessionid=18208531503CB1A17B15485B663A4D56?sequence=1.
83. _____, *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Service de production des documents de l'OMS, Genève, 2011. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>.
84. _____, « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins ». Genève, 2015. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
85. _____, *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Genève, 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549912>.
86. _____, « Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access ». 16 juin 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.
87. _____, « Grossesse chez les adolescentes ». 15 septembre 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Page consultée le 5 décembre 2022.
88. _____, « Births attended by skilled health personnel ». Non daté. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/births-attended-by-skilled-health-personnel>.
89. Yearby, R. J. D., « Structural racism: The root cause of the social determinants of health ». *Bill of Health*, 22 septembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2020/09/22/structural-racism-social-determinant-of-health/>.

Tableau 1 : Pourcentage et taille de l'échantillon de filles et de femmes d'ascendance africaine et des autres filles et femmes âgées de 15 à 49 ans ayant accouché au cours des deux dernières années (soins prénatals)

| Pays | Année | Source ^b | Informations sur l'appartenance ethnique | Femmes et filles d'ascendance africaine | | Autres femmes et filles (à l'exclusion des femmes autochtones) | |
|-------------------------|-------|---------------------|--|---|-----------|--|------------|
| | | | | Catégories | Nombre | Catégories | Nombre |
| Brésil | 2019 | PNS | Femme (couleur de peau) | <i>Preta ; Parda</i> | 1 365 691 | <i>Branca</i> | 754 281 |
| Colombie | 2015 | EDS | Femme | <i>Afrocolombiana ; Raizal de l'Archipel de San Andrés, Providencia et Santa Catalina ; Palenquero de San Basilio</i> | 615 | Aucune des catégories ci-dessus | 5 055 |
| Costa Rica | 2018 | MICS | Chef de ménage | <i>Negro(a)/ Afrodescendiente ; Mulato(a)</i> | 1 402 | <i>Mestizo(a) ; blanco(a)</i> | 5 158 |
| Cuba | 2019 | MICS | Chef de ménage (couleur de peau) | <i>Negro</i> | 77 | <i>Blanco ; Mulato, mestizo, Otro</i> | 832 |
| Panama | 2013 | MICS | Chef de ménage | <i>Negro/ Afrodescendiente</i> | 1 504 | <i>Otro grupo</i> | 4 986 |
| Suriname | 2018 | MICS | Chef de ménage | Marron ; Créole | 553 | Hindoustani(e) ; Javanais(e) ; Appartenance ethnique mixte | 396 |
| Trinité-et-Tobago | 2011 | MICS | Chef de ménage | Africain(e) | 170 | Indien(ne), métis(se) | 229 |
| États-Unis ^a | 2020 | Recensement | Femme | Noire | 8 949 510 | Blanche, Asiatique, originaire du Pacifique | 52 830 930 |
| Uruguay | 2012 | MICS | Chef de ménage | <i>Afro o negra</i> | 24 | <i>Blanca ; Otro</i> | 236 |

(a) L'échantillon de population couvre les filles et les femmes âgées de 15 à 44 ans.

(b) EDS : enquête démographique et de santé ; MICS : enquête en grappes à indicateurs multiples ; PNS : Pesquisa Nacional de Saúde (enquête nationale de santé) ; recensement des États-Unis

Fonds des Nations Unies pour la population

605 Third Avenue
New York, NY 10158

Tél. : +1 212 297 5000

www.unfpa.org

**La santé maternelle des femmes
et des filles d'ascendance
africaine dans les Amériques**

Analyse

Juillet 2023

