

INABORDABLE

LE COÛT DE LA SANTÉ MATERNELLE EN SIERRA LEONE

LA SANTÉ, C'EST
UN DROIT HUMAIN

AMNESTY
INTERNATIONAL



EXIGEONS LA DIGNITÉ EXIGEONS LA DIGNITÉ EXIGEONS LA DIGNITÉ EXIGEONS LA DIGNITÉ EXIGEONS LA DIGNITÉ



Amnesty International est un mouvement mondial regroupant 2,2 millions de personnes dans plus de 150 pays et territoires, qui luttent pour mettre fin aux graves atteintes aux 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 instruments internationaux relatifs aux droits humains. 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 toute croyance religieuse.

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



Amnesty International Publications

L'édition originale en langue anglaise de ce rapport a été publiée en 2009 par Amnesty International Publications
Secrétariat international
Peter Benenson House
1 Easton Street
Londres WC1X 0DW
Royaume-Uni
www.amnesty.org

© Amnesty International Publications 2009

Index : AFR 51/005/2009

Original : anglais

Imprimé par Amnesty International,
Secrétariat international, Royaume-Uni.

Tous droits de reproduction réservés. Cette publication, qui est protégée par le droit d'auteur, peut être reproduite gratuitement, par quelque procédé que ce soit, à des fins de sensibilisation, de campagne ou d'enseignement, mais pas à des fins commerciales.

Les titulaires des droits d'auteur demandent à être informés de toute utilisation de ce document afin d'en évaluer l'impact.

Toute reproduction dans d'autres circonstances, ou réutilisation dans d'autres publications, ou traduction, ou adaptation nécessitent l'autorisation préalable écrite des éditeurs, qui pourront exiger le paiement d'un droit.

Photo de couverture : L'un des enfants de Hawa Dabor, morte en 2008 après avoir mis au monde des jumeaux parce que sa famille n'a pas trouvé assez vite l'argent nécessaire aux soins et un moyen de transport pour la conduire à l'hôpital.

© Amnesty International

INABORDABLE

LE COÛT DE LA SANTÉ MATERNELLE EN SIERRA LEONE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. PAUVRETÉ, DISCRIMINATION ET MORTALITÉ MATERNELLE	8
DISCRIMINATION ENVERS LES FEMMES	8
PRATIQUES TRADITIONNELLES	9
DISCRIMINATION ET SANTÉ	10
PRATIQUES TRADITIONNELLES D'ACCOUCHEMENT	11
LES OBSTACLES AU PLANNING FAMILIAL	12
AVORTEMENT	13
3. LE SYSTÈME DE SANTÉ : UN FIASCO SUR TOUTE LA LIGNE	14
LES CARENCES DU SYSTÈME	14
FAIBLESSE DES INFRASTRUCTURES	15
MANQUEMENTS DE LA DIRECTION ET DE LA COORDINATION	15
PÉNURIE DE PERSONNEL, NOTAMMENT DANS LES ZONES LES PLUS RECLÉES	17
MAUVAISES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE RÉMUNÉRATION	17
ABSENCE DE SERVICES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE	18
INSUFFISANCE DES STOCKS DE MÉDICAMENTS, D'ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ET DE FOURNITURES DIVERSES	19
UN SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE INEFFICACE	21
UN PERSONNEL INSUFFISAMMENT FORMÉ ET UN DÉFAUT DE SUPERVISION	22
ABSENCE DE PERSONNEL QUALIFIÉ AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT	23
UNE INFORMATION INSUFFISANTE	25

4. LE COÛT DES SOINS : UN OBSTACLE À LA SANTÉ	27
SOINS GRATUITS : LE FOSSÉ ENTRE LA PRATIQUE ET LA POLITIQUE AFFICHÉE	27
LE FACTEUR PEUR : INCERTITUDE SUR LES COÛTS ET LA QUALITÉ	30
LE COÛT DES TRANSPORTS	32
DES COÛTS PLUS ÉLEVÉS LA NUIT	33
LES SOINS PRÉNATALS	34
LES INITIATIVES POUR SURMONTER L'OBSTACLE DU COÛT	35
LES INITIATIVES POUR SOUTENIR LES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT	37
5. MAUVAISE GESTION ET CORRUPTION	38
VERSEMENT ET COORDINATION DES FONDS	39
DES VOIES DE RECOURS RARES, VOIRE INEXISTANTES	40
DES INITIATIVES POUR UN MEILLEUR CONTRÔLE	41
6. OBLIGATIONS INTERNATIONALES ET RÉGIONALES RELATIVES AUX DROITS HUMAINS	42
LE DROIT À LA VIE	42
LE DROIT À LA SANTÉ	42
LE DROIT À LA SANTÉ MATERNELLE, SEXUELLE ET EN MATIÈRE DE PROCRÉATION	44
LE DROIT À L'ÉGALITÉ ET À LA NON-DISCRIMINATION	46
7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	48
RECOMMANDATIONS	49
ANNEXE 1/ LE SYSTÈME DE SANTÉ EN SIERRA LEONE	55
ANNEXE 2/ LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ	56
NOTES	58

AVANT-PROPOS

Le présent rapport traite de la mortalité maternelle en tant que problème de droits humains. Il met notamment l'accent sur :

- la nécessité de lever de toute urgence les barrières financières qui empêchent de nombreuses femmes de se faire soigner et en particulier d'avoir accès à des services d'obstétrique d'urgence ;
- la responsabilité du gouvernement sierra-léonais, qui est tenu de veiller à la santé maternelle et de faire en sorte que des services, des infrastructures et des produits de soins de qualité soient disponibles et accessibles, sous une forme acceptable ;
- la discrimination et les autres facteurs sociaux qui contribuent à compromettre le droit des femmes à la santé.

Dans son introduction, ce document fait le point sur la question de la mortalité maternelle en Sierra Leone – une question qui relève de la problématique des droits humains. Le chapitre 2 est consacré aux facteurs sociaux, culturels et économiques qui conditionnent la mortalité maternelle. Le chapitre 3 dénonce la faillite du système de santé. Le chapitre 4 souligne l'importance du facteur coût parmi les causes majeures de la mortalité maternelle. L'absence d'obligation de rendre des comptes et la nécessité d'y remédier font l'objet du chapitre 5. Le chapitre 6, enfin, insiste sur les obligations juridiques qui incombent à la Sierra Leone en matière de lutte contre la mortalité maternelle. Dans sa conclusion, Amnesty International recommande une série de mesures que doivent prendre le gouvernement sierra-léonais et la communauté internationale pour réduire l'incidence de la mortalité maternelle et améliorer le respect des droits de la femme.

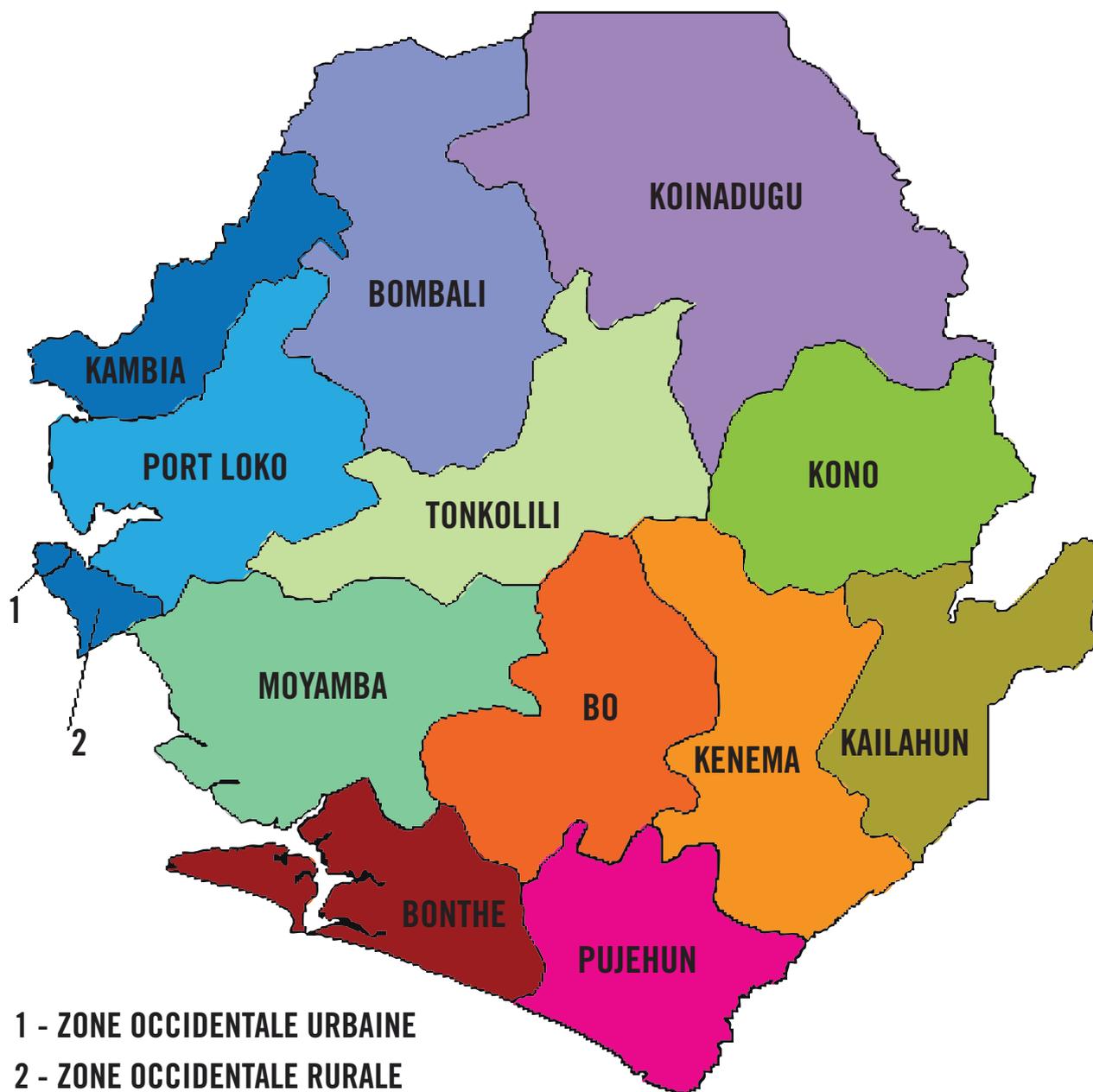
Méthodologie

Les recherches effectuées pour les besoins du présent rapport ont débuté en mars 2008 et ont été réalisées lors de quatre voyages en Sierra Leone. Amnesty International s'est ainsi rendue en mars 2008 à Freetown, la capitale, ainsi qu'à Kambia et à Lunsar. Lors d'une autre visite, en janvier et février 2009, nos délégués sont allés à Kambia, Koinadugu, Makeni, Lunsar et Freetown. Parmi eux figuraient un médecin et un juriste, spécialiste des droits humains et expert en santé publique. En avril 2009, Amnesty International s'est de nouveau rendue à Freetown et à Koinadugu. En juillet 2009, enfin, notre organisation est retournée à Freetown.

Amnesty International a enquêté sur plus de 25 décès liés à la maternité survenus au cours de ces deux dernières années. Nos délégués ont rencontré des proches de ces femmes, des voisins et des membres du personnel médical. Pour chacune d'elles, ils ont recueilli les informations qui figuraient dans les dossiers médicaux et d'hospitalisation. Elles étaient originaires de villes et de villages du nord de la Sierra Leone, ainsi que de Freetown et de sa région.

Amnesty International a organisé des tables rondes avec le personnel médical, avec des habitants et avec des groupes de femmes dans plusieurs secteurs du pays. Elle s'est également entretenue avec plusieurs ministres et avec divers responsables des ministères de la Santé, des Finances et de la Condition féminine, ainsi qu'avec des représentants d'établissements donateurs, comme le Département du développement international (l'organisme gouvernemental d'aide au développement du Royaume-Uni), la Banque mondiale, l'organisme Irish Aid ou encore la Commission européenne. Elle a également recueilli le point de vue de plusieurs agences de l'ONU et de diverses ONG nationales et internationales. Ce rapport n'aurait pas pu être rédigé sans l'aide des très nombreux professionnels, experts et militants de la santé qui nous ont assistés en Sierra Leone, et que nous tenons à remercier. Amnesty International remercie aussi tout particulièrement les familles des femmes dont il est question dans ce rapport.

CARTE DE LA SIERRA LEONE



ABRÉVIATIONS

CEDAW	Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
CESCR	Comité des droits économiques, sociaux et culturels
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
JICA	Japan International Cooperation Agency, agence d'aide gouvernementale japonaise
MSF	Médecins sans frontières
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
PAM	Programme alimentaire mondial
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance



À Mannah, à une vingtaine de kilomètres de l'hôpital de Kabala, dans le district de Koinadugu, les femmes qui en sont à leur quarantième semaine de grossesse doivent parfois attendre une semaine avant d'être admises à la maternité.

1/INTRODUCTION

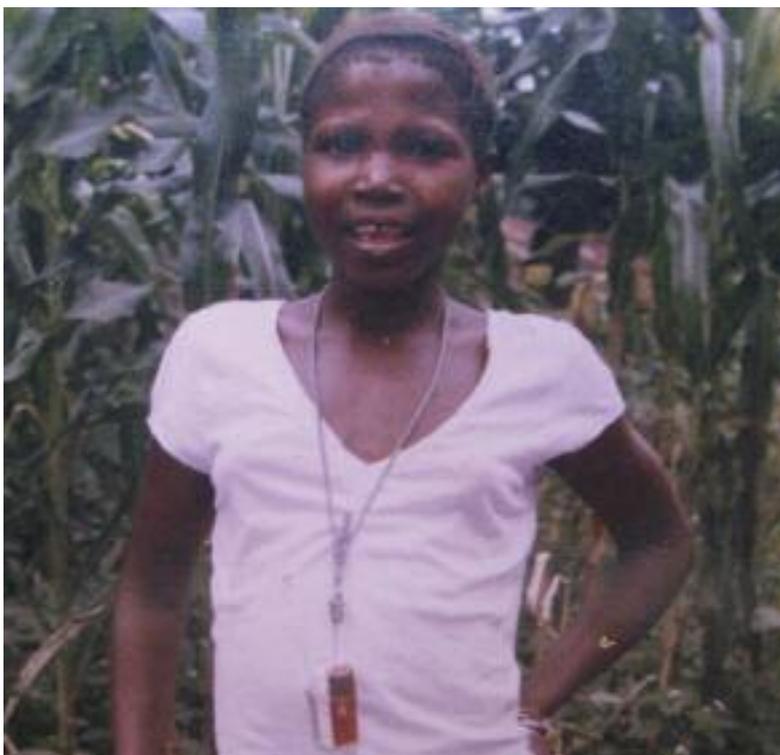
« Je vais peut-être mourir. »

Réflexion d'une adolescente de seize ans enceinte, troisième épouse d'un homme plus âgé, parlant de son futur accouchement.

Yerie Merah avait tout juste vingt-deux ans lorsqu'elle est morte, en novembre 2008, quelques heures après avoir donné naissance à une petite fille. Cette dernière, prénommée Mariama, est morte à son tour alors qu'elle n'avait que quarante jours. Pour Mahmoud, le mari de Yerie Merah, « si ce genre de choses arrive, c'est à cause de la pauvreté ». L'histoire de Yerie Merah et des siens, racontée en détail dans ce rapport, est un drame parmi tant d'autres, comme en vivent au quotidien de nombreuses familles en Sierra Leone, un pays où la mortalité maternelle est l'une des plus élevées du monde.

Chaque année, en Sierra Leone, des milliers de femmes et d'adolescentes meurent des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Des complications qui pourraient pourtant être soignées. La plupart meurent chez elles, d'autres en se rendant à l'hôpital, en taxi, à moto ou à pied. Même lorsqu'elles parviennent à atteindre un centre médical, bien souvent elles ne reçoivent pas les soins qui pourraient leur sauver la vie. Une Sierra-Léonaise a une chance sur huit¹ de mourir des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement.

Les cas étudiés par Amnesty International dans le cadre de ses recherches sur la mortalité maternelle en Sierra Leone permettent de mettre en évidence trois types de retard, qui débouchent sur la mort de jeunes femmes – une mort qui pourrait pourtant être évitée. Premier retard : celui que mettent les femmes à solliciter une assistance médicale, parce qu'elles n'ont pas été informées des symptômes des complications potentiellement mortelles qui peuvent se présenter, parce qu'elles craignent de ne pas pouvoir en assumer le coût et parce que les hommes qui prennent les décisions dans les foyers ne considèrent pas toujours la santé de la femme comme une priorité. Deuxième retard : une fois que la décision de demander une assistance médicale a été prise, la femme met souvent un temps considérable pour atteindre la clinique ou l'hôpital, en raison des distances à parcourir, du coût du déplacement et des carences des infrastructures de transport. Troisième retard : une fois la femme parvenue à la clinique ou à l'hôpital, elle doit souvent attendre avant d'être soignée, pour toute une série de raisons (le paiement préalable des soins est exigé, le personnel compétent n'est pas disponible, il y a des coupures d'électricité ou une pénurie d'eau propre ou de fournitures médicales)².



Yerie Merah, morte en novembre 2008 à l'âge de vingt-deux ans.

Les premières causes directes de mort maternelle en Sierra Leone sont les problèmes survenant pendant le travail (15 %), les hémorragies (15 %), l'anémie (15 %), la rupture utérine (11 %), les complications liées à une interruption de grossesse mal pratiquée (8 %) et l'éclampsie (une complication grave associée à l'hypertension artérielle, 7 %)³. Le manque de stocks de sang susceptible de servir à des transfusions est également à l'origine de nombreux décès⁴. Dans l'immense majorité des cas, toutes ces complications sont soignables et la mort de plusieurs milliers de femmes et d'adolescentes pourrait donc être évitée tous les ans.

L'accès aux services de santé reproductive est essentiel si l'on veut réduire la mortalité maternelle. De plus, c'est un droit fondamental de la personne humaine. Tous les éléments dont on dispose montrent que les facteurs les plus importants pour faire baisser la mortalité maternelle sont : la présence d'un personnel compétent au moment de l'accouchement, la mise en place de soins obstétricaux d'urgence et l'existence d'un véritable réseau de prise en charge des patientes, couplée à celle d'une structure de planning familial.

Le respect des droits humains est également une condition indispensable pour lutter contre les trois types de retard responsables du fort taux de mortalité maternelle. Les femmes et les adolescentes doivent pouvoir accéder à l'éducation, ainsi qu'à l'information sur la procréation et aux services de santé en la matière. Elles doivent pouvoir bénéficier de ces services de santé sans la moindre discrimination. L'État doit veiller à ce que les institutions qui procurent des services de santé disposent d'un personnel compétent en nombre suffisant, des médicaments et des fournitures médicales de base et des infrastructures indispensables (électricité et eau, notamment).

En Sierra Leone, moins de la moitié (42 %) des accouchements sont réalisés sous la surveillance d'un ou d'une professionnel-le compétent-e⁵. Moins d'un accouchement sur cinq a lieu dans un centre médicalisé⁶. Près d'un cinquième des femmes ne font l'objet d'aucun suivi prénatal⁷ et le taux de fécondité se situe, selon les estimations, entre 5,1 et 6,1 enfants par femme⁸. Six des 13 districts du pays sont dépourvus de services d'obstétrique d'urgence, ce qui signifie que les femmes qui habitent dans ces régions n'ont pas la possibilité de subir la césarienne ou la transfusion qui pourrait leur sauver la vie⁹.

Le gouvernement a lui-même reconnu que les moyens consacrés au secteur de la santé sont totalement insuffisants et ne garantissent même pas un niveau minimum de soins. Il admet également que les services de santé existants sont inégalement répartis sur le territoire national, ce qui suscite des inégalités¹⁰.

Le système de santé de la Sierra Leone souffre d'une pénurie de personnel qualifié et motivé, d'un manque de médicaments et de fournitures médicales, d'une insuffisance flagrante de structures obstétricales d'urgence susceptibles d'intervenir en cas de complications, d'infrastructures déplorables et d'un système de prise en charge inefficace. Il n'existe guère, ni au niveau national ni au niveau local, de suivi des obligations de chacun qui aurait pour but de veiller au bon fonctionnement du système de santé.

Les femmes souffrent tout particulièrement des carences du système de santé, en raison des besoins qui sont les leurs pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Signe de l'infériorité de la femme en Sierra Leone (ce qui influe d'ailleurs directement sur l'accès aux soins), ses besoins en matière de santé ne sont pas considérés comme prioritaires.

Les femmes, les jeunes filles et les fillettes sierra-léonaises sont en butte à des discriminations et à des violences qui affectent directement leur droit à la santé. De nombreux obstacles les empêchent d'accéder aux services de santé dont elles ont besoin durant leur grossesse et lorsqu'elles accouchent. Ainsi, du fait de leur manque de pouvoir, aggravé par un manque de connaissances sur leurs droits sexuels et reproductifs, elles ne sont pas en mesure d'user de leur droit de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et à quel moment¹¹. Moins de 10 % des Sierra-Léonaises utilisent un moyen de contraception ; les autres n'ont donc guère la possibilité de choisir librement et de manière responsable le nombre et la fréquence de leurs grossesses. Les obstacles peuvent aussi être financiers, ou même géographiques, les centres de soins se trouvant souvent loin du domicile, dans un pays où les transports sont de qualité médiocre.

DROIT À LA SANTÉ

La Sierra Leone a ratifié bon nombre de traités qui garantissent le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, dont le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Le droit à la santé recouvre notamment le droit à la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que le droit à la santé dans le domaine de la procréation. (Voir le chapitre 7.)

Le gouvernement sierra-léonais a l'obligation de faire du droit à la santé – et notamment du droit à la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que du droit à la santé dans le domaine de la procréation – une réalité. Les autorités ont également le devoir de donner la priorité aux groupes les plus vulnérables et les plus marginalisés de la société lorsqu'elles procèdent à la distribution des ressources et de combattre la discrimination au niveau de l'information et des services de santé. La réalisation du droit des femmes à la santé nécessite l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, à l'éducation et à l'information, y compris en matière de santé sexuelle et reproductive.

Les infrastructures, produits et services de santé doivent être disponibles et accessibles, proposés sous une forme acceptable et de bonne qualité¹². Dans la pratique, ces quatre aspects essentiels et interdépendants du droit à la santé se traduisent de la manière suivante :

1. Disponibilité – le gouvernement sierra-léonais est tenu de veiller à l'existence d'un système de santé publique, d'infrastructures, de produits et de services de santé qui soient effectifs et disponibles, ainsi que de programmes adaptés. Cela concerne tous les éléments constitutifs d'un système de santé : hôpitaux, cliniques et autres installations ; personnel médical et autre ayant bénéficié d'une formation et percevant des salaires convenables d'après les normes nationales ; médicaments de base.
2. Accessibilité – les infrastructures, produits et services de santé doivent être accessibles à tous, sans discrimination.
3. Acceptabilité – les infrastructures, produits et services de santé doivent toujours être conformes à l'éthique médicale et adaptés à la culture locale.
4. Qualité – les infrastructures, produits et services de santé doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité. Cette condition implique, entre autres, que le personnel médical soit qualifié, que les médicaments aient été scientifiquement approuvés et que leur date de péremption ne soit pas dépassée, et que les hôpitaux soient suffisamment équipés.

Les établissements de soins ne sont pas seulement insuffisants : ils sont également répartis de façon inégale sur le territoire – une réalité que déplore le gouvernement lui-même : « Il y a en moyenne 18 kilomètres entre le domicile et le centre de soins le plus proche. Qui plus est ces centres sont mal répartis, en raison d'une mauvaise planification et des intérêts de certains. Si l'on ajoute à cela un terrain difficile et un réseau routier médiocre, on comprend que les obstacles à l'accès aux soins sont immenses¹³. »

Les soins de santé sont inabordables pour une bonne partie de la population. Les sommes exigées des patients sont souvent arbitraires et imprévisibles. Craignant d'avoir à acquitter une facture trop lourde, de nombreuses femmes renoncent à se faire soigner. Finalement, rares sont celles qui profitent du système de soins.

En 2002, le gouvernement a adopté un décret présidentiel qui garantissait la gratuité des soins pour les femmes enceintes ou allaitant un enfant (ainsi que pour certains autres groupes). Cette mesure n'a cependant pas été appliquée et, dans la pratique, le prix des soins constitue toujours une barrière majeure, empêchant de nombreuses femmes d'en bénéficier.

Le ministre de la Santé a annoncé en août 2009 son intention d'assurer la gratuité des soins pour les femmes enceintes et pour les enfants. Il a mis en place une commission consultative composée d'ONG internationales et d'organismes donateurs.

Plusieurs donateurs internationaux présents en Sierra Leone ont fait part à Amnesty International de leur volonté de soutenir le gouvernement afin de lui permettre d'éliminer les obstacles financiers qui limitent l'accès des femmes aux soins de santé. Le coût de ces soins n'est cependant pas le seul problème. Le système de santé est faible, mal coordonné, mal géré et gangrené par la corruption. Les donateurs internationaux rechignent à dégager certains fonds tant qu'ils n'auront pas la preuve que de véritables changements, visant à renforcer le système, sont en cours.

Le président de la République, Ernest Bai Koroma, s'est engagé en 2007, aux termes du manifeste électoral de son parti, à « *fournir des soins de santé abordables*¹⁴ ». En outre, depuis son arrivée à la tête du pays, il a fait de l'éradication de la corruption l'une de ses trois grandes priorités. La Commission anticorruption est l'outil pour y parvenir. Celle-ci a désigné le ministère de la Santé comme l'une des cibles prioritaires de son action¹⁵.

Le gouvernement a annoncé début 2008 la mise en place d'un Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation destiné à réduire de 30 % le taux de mortalité maternelle et infantile (enfants de moins de cinq ans) d'ici 2015. Cette stratégie repose notamment sur les éléments suivants :

- forte augmentation du nombre de professionnels de la santé correctement formés,
- mesures visant à garantir que tous les établissements disposent du matériel essentiel et fonctionnent correctement,
- développement du recours aux services de santé infantile et en matière de procréation,
- adoption et application des lois, réglementations et lignes directrices appropriées,
- promotion d'un suivi et de procédures d'évaluation efficaces,
- mise en place d'une gouvernance et d'une gestion efficaces dans l'ensemble du système de santé,
- et coordination satisfaisante des actions, à tous les niveaux du système de santé.

Le chef de l'État a approuvé ce Plan stratégique en février 2008. Un certain nombre d'organismes donateurs, dont le Département du développement international britannique, la Banque mondiale et l'UNICEF, se sont engagés à le financer. Ce Plan est considéré comme très complet par de nombreux observateurs. Malheureusement, depuis son annonce, rien ou presque n'a été fait pour le mettre en œuvre.

Le gouvernement a fait part de sa volonté d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement que s'est fixés la communauté internationale dans sa lutte contre la pauvreté et ses conséquences, et notamment contre la mortalité maternelle. Depuis le rapport remis à l'ONU en 2005 par le gouvernement concernant les progrès accomplis sur la voie des Objectifs, la situation s'est un peu améliorée. Ce n'est rien, toutefois, par rapport à ce qu'il reste à faire. S'il est exact que le budget de la santé augmente chaque année, on estime que moins de la moitié des sommes promises parvient réellement au ministère de la Santé. Dans un pays décentralisé, les districts se plaignent eux aussi que les fonds promis ne leur sont que rarement remis dans leur intégralité et de manière régulière.

On ne pourra réduire la mortalité maternelle dans des proportions significatives qu'en garantissant l'accès des femmes à des services d'obstétrique d'urgence de bonne qualité. Les indicateurs préconisés par les Nations unies pour estimer la possibilité d'accès et le recours effectif aux soins obstétricaux d'urgence permettent de dresser un constat clair, qui indique ce dont le gouvernement a besoin pour réduire la mortalité maternelle. En 2008, le ministère de la Santé, en collaboration avec diverses agences de l'ONU, a procédé à une Évaluation nationale des besoins en matière de services d'obstétrique d'urgence et de soins aux nouveau-nés en Sierra Leone (appelée « Évaluation nationale des besoins » dans le cadre du présent rapport)¹⁶. Cette étude montre que six des 13 districts du pays sont totalement dépourvus de services d'obstétrique d'urgence, ce qui veut dire que, en cas de problème, des centaines de milliers de femmes ne peuvent pas espérer subir l'intervention qui pourrait leur sauver la vie. Elle donne au gouvernement les éléments et les données de départ concernant la disponibilité des services d'obstétrique d'urgence à l'échelle du pays, et peut donc servir de point de départ pour l'évaluation des progrès ultérieurs.

Réagissant à cette Évaluation nationale des besoins, le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), avec le soutien de la Banque africaine pour le développement, a engagé avec le ministère de la Santé un programme de collaboration visant à mettre en place des services d'obstétrique d'urgence complets dans cinq districts. Le Département du développement international britannique et l'Union européenne ont également dégagé des fonds pour permettre la création de services d'obstétrique d'urgence dans d'autres districts.

Le gouvernement sierra-léonais doit intensifier ses efforts pour sauver davantage de femmes. Il doit faire en sorte que toutes les femmes enceintes puissent bénéficier de soins de santé de qualité et y avoir vraiment accès.

L'histoire de Yerie Marah montre comment la mort peut être provoquée par la méfiance que suscite le système de santé, par l'incapacité de détecter les signes inquiétants liés à la grossesse et par les difficultés financières..

YERIE MARAH

avait vingt-deux ans lorsqu'elle est morte, le 5 novembre 2008, près de Sokralla, le village du district de Koinadugu où elle habitait. Son bébé est mort une quarantaine de jours plus tard.

Yerie Marah et Mahmoud Sawaneh vivaient ensemble depuis six ans, depuis qu'ils étaient adolescents. Issus du même village, ils étaient tous deux d'origine mandingue, dans un pays qui compte 16 groupes ethniques différents. Ils n'avaient ni l'un ni l'autre été à l'école. Yerie avait cinq frères et sœurs. Elle était très proche de sa mère, qui habitait près de chez elle. Mahmoud et Yerie vivaient dans une petite maison d'une seule pièce, située au centre du village de Sokralla, entourés de membres de leurs deux familles.

Comme beaucoup de Sierra-Léonais, Mahmoud pratique une agriculture vivrière qui ne lui permet guère de disposer de revenus en espèces. L'argent manque particulièrement pendant la saison des pluies, c'est-à-dire de mai à octobre, car il n'y a alors rien à récolter dans les champs.

Yerie attendait son deuxième enfant. « *Sa première grossesse s'était déroulée normalement et notre fille, qui a maintenant cinq ans, est née à la maison* », a expliqué Mahmoud à Amnesty International.

Yerie a commencé à avoir des contractions le 4 novembre 2008. « *Il était environ huit heures du matin, quand Yerie a eu les premières contractions, raconte Mahmoud. À onze heures, j'avais trouvé une moto pour la conduire à la clinique [le dispensaire de Heremakono] et elle a accouché juste après notre arrivée.* »

Selon l'accoucheuse traditionnelle présente au moment de la naissance, le placenta a bien été expulsé intégralement. Yerie a cependant commencé à saigner peu après la naissance de son enfant. L'assistante de santé maternelle et infantile du dispensaire, Rebecca, a alors administré de l'ergométrine à la jeune femme pour tenter d'arrêter les saignements. Cette substance provoque une contraction des muscles utérins et permet de réduire les hémorragies placentaires. Yerie a expulsé plusieurs gros caillots de sang. « *Après l'accouchement, Yerie saignait beaucoup, a déclaré Rebecca à Amnesty International. Je leur ai dit d'aller à l'hôpital de Kabala, mais Yerie et Mahmoud ont tous les deux refusé. Je crois qu'ils n'avaient pas assez d'argent. J'étais cependant très inquiète. J'ai même dit à l'accoucheuse traditionnelle qui était là pendant l'accouchement qu'ils cherchaient vraiment les ennuis, en refusant d'aller à l'hôpital.* »

Rebecca affirme avoir mis en garde Yerie, en lui disant : « *S'il y a un problème, il en épousera une autre, mais toi, tu ne seras plus là.* » « *Je crois que Yerie ne voulait pas être une charge et savait que son mari n'avait pas d'argent, a-t-elle expliqué à Amnesty International. C'est pour ça qu'elle n'a pas insisté pour aller à l'hôpital. C'est courant, chez nous.* » Les conversations que les délégués d'Amnesty International ont pu avoir avec les proches de Yerie et certains membres du personnel de l'organisation d'aide internationale CARE confirment que l'argent a constitué dans cette affaire un obstacle de taille.

Peu après l'accouchement, Mahmoud est parti faire quelques achats pour le bébé. Il voulait aussi faire en sorte que Yerie ait de quoi manger à son retour chez elle. « *Yerie voulait aller faire les courses avec lui, mais je m'y suis opposée et je lui ai dit de rester à la clinique* », explique Rebecca.



Sirrah Gibateh, la mère de Yerie Marah, morte après avoir accouché en novembre 2008, en compagnie de la fille aînée de Yerie.

Elle ajoute que, lorsque Mahmoud est revenu au dispensaire de Heremakono, quelques heures plus tard, Yerie lui a de nouveau demandé si elle pouvait s'en aller. *« Je n'ai constaté chez elle que des lochies, un écoulement vaginal contenant un mélange de sang et de sécrétions, normal après l'accouchement. Yerie était très pâle et affaiblie. Je savais qu'elle avait perdu beaucoup de sang. Mais elle avait l'air pressée de rentrer chez elle. Je crois qu'elle voulait que tout rentre dans l'ordre le plus vite possible. Tout d'un coup, elle s'est levée et elle a annoncé à tout le monde qu'elle se sentait bien. Il devait être environ trois heures de l'après-midi et je les ai autorisés à rentrer chez eux. »*

« Yerie a été autorisée à quitter la clinique et on est tous rentrés à pied, se souvient Mahmoud. Tout semblait bien se passer. Quand on est arrivés à la maison, elle a fait la sieste. Quand elle s'est réveillée, on a bavardé, on a plaisanté et on s'est demandé comment on allait appeler l'enfant. On a décidé de l'appeler Mariama. »

Un peu plus tard, dans la soirée, Yerie est allée aux toilettes et sa mère, Sirrah Gibateh, a vu qu'elle saignait abondamment. *« J'ai compris qu'il se passait quelque chose de grave, raconte cette dernière, des sanglots dans la voix. Elle a saigné toute la nuit. On lui a conseillé d'allaiter la petite, parce que ça aide souvent à diminuer les saignements. Après avoir donné le sein au bébé, elle a absolument voulu aller se baigner dans la rivière. »*

« Je lui ai dit de se laver à la maison, mais elle voulait aller à la rivière, raconte Mahmoud. Elle y est allée seule. À peine arrivée là-bas, une voisine l'a vue. Elle appelait au secours et se plaignait de maux de tête et d'étourdissements. Un oncle de Yerie est arrivé sur place quelques minutes plus tard. Il a raconté qu'elle était toute raide et qu'elle se plaignait de nouveau de maux de tête et de vertiges. Elle lui a demandé d'aller chercher sa mère et sa sœur. »

Sirrah et la sœur de la jeune femme sont accourues à son secours. « *Nous l'avons trouvée allongée par terre, le corps tout raide*, explique Sirrah. *Nous l'avons portée jusqu'à la maison et, en chemin, elle s'est encore raidie davantage.* »

« *Yerie avait perdu beaucoup de sang. Elle était déshydratée, pâle et affaiblie* », a expliqué l'accoucheuse traditionnelle aux délégués d'Amnesty International. Le frère de Mahmoud a envoyé une moto chercher l'assistante de santé maternelle et infantile. « *Quand je suis arrivée chez eux, Mahmoud était hystérique, se souvient celle-ci. Je n'ai pu que constater le décès de Yerie et je l'ai dit à la famille. Yerie a été enterrée un peu plus tard dans le village.* »

Un autre drame a endeuillé cette famille quarante jours plus tard, lorsque la petite Mariama est morte à son tour, manifestement de malnutrition.

« *Je pleure toujours la mort de Yerie et de ma petite fille*, se désole Mahmoud. *Si ce genre de choses arrive, c'est à cause de la pauvreté. Je dois maintenant veiller sur notre fille aînée et faire en sorte qu'elle aille à l'école.* »

Combattre la mortalité maternelle dans un pays comme la Sierra Leone, qui souffre d'un manque d'infrastructures, d'une pauvreté endémique et des blessures toujours vives de la guerre civile, est une tâche gigantesque. Malgré les difficultés, le gouvernement sierra-léonais a pourtant le devoir de prendre des mesures visant à garantir à la population le meilleur niveau de santé susceptible d'être atteint, en utilisant au mieux les moyens dont il dispose, notamment au titre de la coopération et de l'assistance internationales.

Amnesty International appelle le gouvernement de la Sierra Leone à combattre la mortalité maternelle, en faisant disparaître les obstacles financiers qui empêchent l'accès aux soins pour tous, en particulier en matière de soins obstétricaux d'urgence, et en veillant à ce que ces soins soient disponibles et équitablement répartis dans tout le pays. Amnesty International appelle le gouvernement à continuer de solliciter la coopération et l'assistance internationales, chaque fois que cela est nécessaire, dans le but de renforcer le système de santé et de garantir que toutes les femmes qui en ont besoin bénéficient bien de soins de santé maternelle et de soins obstétricaux d'urgence.

2/PAUVRETÉ, DISCRIMINATION ET MORTALITÉ MATERNELLE

La Sierra Leone panse encore les blessures laissées par onze années d'une guerre sanglante, qui s'est achevée en 2002. Nombre des causes de ce conflit perdurent, qu'il s'agisse de la corruption généralisée, des faiblesses en matière de gouvernance, de la marginalisation d'une population rurale totalement démunie, ou encore de l'inefficacité des services publics¹⁷.

Les services dans leur ensemble souffrent encore profondément des répercussions de la guerre sur les infrastructures du pays, ainsi que de la fuite des fonctionnaires de l'administration civile, et notamment des professionnels de la santé. Juste avant le début du conflit, près de 300 médecins travaillaient dans la fonction publique¹⁸. Vers le milieu de l'année 2009, ils n'étaient plus que 78¹⁹.

La Sierra Leone est un pays extrêmement pauvre, où le PIB par habitant dépasse à peine 220 euros²⁰, où la dette extérieure atteint un milliard d'euros et dont l'économie dépend fortement de l'aide financière de donateurs étrangers²¹. Le gouvernement sierra-léonais a le devoir de prendre des mesures concrètes et ciblées visant à garantir à la population le meilleur niveau de santé susceptible d'être atteint, en utilisant au mieux les moyens dont il dispose, notamment au titre de la coopération et de l'assistance internationales. Dans son indicateur du développement humain, le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) classait en 2007 la Sierra Leone en fin de liste, en grande partie en raison des énormes carences de ses systèmes de santé et d'enseignement²². Environ 70 % de la population vit au-dessous du seuil de la pauvreté, avec moins d'un dollar par jour. La majorité des habitants résident dans les zones rurales²³.

DISCRIMINATION ENVERS LES FEMMES

« En Sierra Leone, la foi et la tradition semblent figées dans une étreinte ambivalente, conspirant toutes deux pour donner à l'homme un statut privilégié et à la femme une condition inférieure²⁴. »

Les Sierra-Léonaises sont victimes de discrimination dans presque tous les domaines. Elles sont notamment désavantagées en matière d'accès à l'enseignement, d'opportunités économiques et de santé.

Ainsi, le taux d'alphabétisation dans la tranche d'âge allant de quinze à quarante-neuf ans est d'environ 64 % chez les hommes, alors qu'il n'est que de 44 % chez les femmes²⁵. Malgré un certain nombre d'efforts de la part du gouvernement (loi en faveur de la gratuité de l'enseignement, notamment), beaucoup de filles continuent de ne pas aller à l'école. Les « écoles de brousse²⁶ » jouent un rôle important en matière d'enseignement, aussi bien pour les filles que pour les garçons,

en particulier dans les campagnes, mais elles ont souvent tendance à renforcer les stéréotypes concernant la soumission et la subordination dont sont censées faire preuve les filles²⁷. Qui plus est, lorsqu'une adolescente se retrouve enceinte, elle est souvent contrainte d'abandonner sa scolarité, soit sous la pression sociale, soit même, parfois, en application d'arrêtés pris par les autorités locales et privant les jeunes filles enceintes de leur droit à l'éducation²⁸.

Les femmes sierra-léonaises doivent s'occuper de leur maison et de leur famille et effectuer également l'essentiel des corvées quotidiennes. Elles disposent cependant de peu d'autorité au sein du groupe social.

La femme est depuis longtemps confrontée à une sévère discrimination juridique en matière de mariage, de propriété foncière et d'héritage. Le mariage, le divorce, les pensions alimentaires, la propriété et l'héritage sont souvent régis par des règles de droit coutumier discriminatoires à l'égard des femmes. Ces lois coutumières ont souvent pour effet de renforcer les stéréotypes liés au genre qui handicapent la femme, en lui niant la possibilité d'obtenir justice et de disposer d'une part équitable des droits et des ressources au sein de la société²⁹.

Aux termes du droit coutumier, qui s'applique à l'ensemble du territoire national, en dehors de Freetown, le statut de la femme équivaut à celui d'une personne mineure. Avant le mariage, elle est soumise à l'autorité de son père ou de son frère ; après, elle dépend de son mari. Si ce dernier vient à mourir, elle est placée sous la responsabilité d'un parent de sexe masculin, généralement l'un de ses frères, jusqu'à ce que, éventuellement, elle se remarie. C'est le mari qui prend la plupart des décisions au sein de la famille. La position d'une femme dans la société est fonction de son rôle de mère. Plus elle a d'enfants, plus son statut augmente.

Trois lois sur le genre ont été adoptées en 2007, afin de lutter contre les discriminations dont sont victimes les femmes et contre le mariage précoce. Il s'agit de la Loi relative à la violence domestique, de la Loi relative aux successions et de la Loi relative à l'enregistrement des mariages et des divorces coutumiers³⁰. L'organisme gouvernemental³¹ mis en place pour aider à l'application de ces textes a cependant constaté qu'ils étaient généralement très mal compris au sein de la population et que, la plupart du temps, ils n'étaient pas mis en œuvre. Ainsi, alors que la loi exige que les mariages et les divorces coutumiers soient officiellement enregistrés, la procédure devant permettre une telle démarche n'a toujours pas été instaurée.

Il est également fréquent d'assister à des mariages forcés, en particulier dans les zones rurales, où cette pratique est la conséquence à fois de la coutume et de la misère.

PRATIQUES TRADITIONNELLES

On estime que la pratique des mutilations génitales touche environ 94 % de la population féminine de la Sierra Leone. Or, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette pratique augmente considérablement les risques pour la mère lors de l'accouchement³². Bien que certaines voix se soient élevées, dans la société civile, pour demander son abolition, le gouvernement n'a pas fait grand-chose pour s'opposer à cette coutume.



© Amnesty International

Jeunes filles au travail à Lengekoro, dans le nord de la Sierra Leone (février 2009).



Jeunes femmes enceintes, dont certaines ont à peine seize ans, dans un village du district de Koinadugu, dans le nord de la Sierra Leone (février 2009).

Depuis l'adoption, en 2007, de la Loi relative aux droits de l'enfant, il est interdit de faire subir des mutilations génitales féminines à des personnes de moins de dix-huit ans. La pratique reste pourtant très répandue, malgré les actions de lobbying menées par divers groupes de défense des droits humains³³. Les membres sierra-léonais d'Amnesty International travaillent actuellement en collaboration avec un certain nombre de groupes de la société civile et de communautés locales, en vue de l'abolition totale des mutilations génitales féminines.

Le mariage précoce est quant à lui interdit aux termes tant de la Loi relative aux droits de l'enfant (2007) que de la Loi sur l'enregistrement du mariage et du divorce coutumiers, cette dernière fixant à dix-huit ans l'âge légal minimum pour se marier³⁴. La loi prévoit une amende pouvant atteindre 30 millions de leones (environ 6 700 euros)³⁵ ou une peine d'emprisonnement d'une durée maximum de deux ans en cas de non-respect de cette disposition. Les lois pénalisant la violence domestique et le mariage précoce sont toutefois très largement ignorées. Les mariages de fillettes d'à peine dix ans sont fréquents. Dans de tels cas, les enfants concernées n'ont aucun pouvoir de décision sur les questions qui touchent à leur santé en matière de sexualité et de procréation. Privées de toute maîtrise de leur sexualité, d'éducation et d'information, elles sont tout particulièrement menacées.

Conséquence du mariage précoce : nombre de très jeunes filles se retrouvent enceintes. Or, plus une grossesse est précoce, plus les risques pour la mère et le bébé sont grands. Au niveau

mondial, les complications liées à la grossesse constituent la première cause de mortalité chez les jeunes filles de quinze à dix-neuf ans³⁶. Plusieurs études menées à l'échelle internationale montrent que les taux de mortalité maternelle chez les jeunes filles qui accouchent entre quinze et dix-neuf ans étaient deux fois plus élevés que chez les jeunes femmes de vingt à trente ans. Ce taux est même quatre fois plus élevé dans le cas des très jeunes mères, âgées de dix à quatorze ans³⁷. Les cas de fistule³⁸ sont également beaucoup plus fréquents chez les mères adolescentes³⁹.

On estime que 23 %⁴⁰ des foyers, qu'ils soient musulmans ou chrétiens, sont polygames. Ce phénomène est surtout courant dans les campagnes. En Sierra Leone, un homme peut avoir autant de femmes qu'il le souhaite ou qu'il estime pouvoir entretenir. Les gens pensent généralement que plus un homme a de femmes et d'enfants, plus grands sont son prestige, sa fortune et sa puissance. Or, en réalité, les études montrent que, en règle générale, plus une famille est nombreuse, plus elle est pauvre⁴¹.

DISCRIMINATION ET SANTÉ

« L'inégalité des sexes dans le domaine des soins de santé est importante et omniprésente. Les femmes en Sierra Leone n'ont pas accès sur un pied d'égalité aux services de santé les plus élémentaires et elles n'ont pas les mêmes possibilités de protection, de promotion et de maintien de leur état de santé⁴². »

La condition inférieure de la femme en Sierra Leone explique en grande partie le fait que les pouvoirs publics ne font pas grand-chose pour satisfaire les besoins de santé de la population féminine.

La chaîne de retards tragiques qui augmentent les risques de mortalité maternelle commence dès le domicile familial, où les femmes n'ont guère voix au chapitre lorsqu'il s'agit de prendre des décisions

les concernant sur le plan de la procréation. Étant donné l'état subalterne dans lequel elles sont maintenues et leur manque d'indépendance économique, elles ont rarement la possibilité de décider elles-mêmes de se rendre dans un centre de soins, que ce soit pour une consultation de planning familial, un suivi pendant la grossesse, un accouchement ou des services d'urgence. Les décisions de ce genre sont généralement prises par le mari et dépendent souvent des ressources financières dont celui-ci estime pouvoir disposer. Ainsi, 68 % des mères interrogées dans le cadre d'une étude menée par l'organisation CARE, présente en Sierra Leone, ont indiqué que la décision concernant l'endroit où elles devaient accoucher était habituellement prise par leur mari, au début des contractions⁴³.

ADAMA TURAY,

est morte en décembre 2008. Elle avait cessé de se rendre à la consultation prénatale, car son mari avait perdu son emploi et le couple n'avait plus les moyens de payer les visites.

Au début de sa grossesse, Adama Turay se rendait régulièrement aux consultations prénatales du dispensaire local, mais elle avait arrêté, faute de pouvoir payer les visites. « *Elle craignait le coût des soins médicaux. C'est ce qui l'a empêchée de chercher à obtenir l'assistance dont elle avait besoin*, explique sa sœur, Sarah Kabbia.

Quand Adama a commencé à gonfler de partout et que ses pieds se sont mis à enfler, on ne savait pas que c'était un signe qui aurait dû nous alerter, a-t-elle déclaré à Amnesty International. On pensait juste qu'elle avait grossi parce qu'elle était enceinte. Je pense que, si elle avait continué à se rendre aux consultations prénatales, l'infirmière aurait remarqué quelque chose. Elle lui aurait dit quoi faire et elle ne serait peut-être pas morte.

« Je crois vraiment qu'Adama serait vivante aujourd'hui, si elle avait continué d'aller au centre prénatal. C'est parce que son mari avait perdu son travail : elle n'avait plus assez d'argent pour y aller. Elle n'avait pas du tout d'argent à elle. »

Une femme sierra-léonaise passe une bonne partie de son existence enceinte. Or, apparemment, d'après ce qu'ont pu entendre les délégués d'Amnesty International dans divers groupes de discussion et lors d'entretiens avec des femmes, leurs proches et des membres du personnel de santé, les gens sont très peu au courant des complications qui peuvent se présenter lors de la grossesse et n'ont généralement pas conscience de la nécessité d'intervenir rapidement dans certaines situations.

L'immense majorité des femmes accouchent chez elles, sans l'aide d'une personne compétente. Au moment de l'accouchement, les proches et les accoucheuses traditionnelles sont généralement les seuls à prendre les décisions rapides et déterminantes qui s'imposent, alors que, bien souvent, ils ignorent les signes inquiétants qui doivent alerter pendant la grossesse et lors de la naissance de l'enfant.

L'absence de pouvoir décisionnel des femmes, le fait que, en Sierra Leone, une femme n'est pas censée se plaindre des difficultés qu'elle peut éprouver, et l'ignorance des signes qui doivent inquiéter pendant la grossesse sont les ingrédients d'un dangereux cocktail. De plus, face à l'incidence élevée des décès en couches, beaucoup estiment qu'il s'agit là d'une situation « normale » ou inévitable, contre laquelle on ne peut rien.

PRATIQUES TRADITIONNELLES D'ACCOUCHEMENT

En Sierra Leone, on trouve des accoucheuses traditionnelles dans chaque village et dans chaque quartier. Généralement, il s'agit de la femme du chef du village ou d'une autre personnalité féminine de la communauté. Dans les familles polygames, c'est souvent la première épouse qui fait office d'accoucheuse. Dans de nombreuses zones reculées du pays, ces femmes jouent un rôle social essentiel, assistant les futures mères pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, et



L'enterrement d'Emmah Bangura, en avril 2008.

EMMAH BANGURA

est morte en avril 2008 à l'hôpital de Kambia d'une septicémie, après un accouchement difficile. Son bébé était mort-né.

Emmah avait rencontré Hassam Kargbo, son deuxième mari, après la guerre. Elle avait déjà trois enfants d'un premier mariage. Sa famille n'avait pas beaucoup d'estime pour Hassam, parce qu'il n'avait pas d'emploi stable. Selon la tante d'Emmah, Beatrice Bangura, la jeune femme venait régulièrement quémander du riz ou de l'argent auprès de ses proches, car Hassam n'avait jamais assez pour vivre. Quoi qu'il en soit, Emmah avait manifestement été séduite par Hassam et s'efforçait sans cesse de lui faire plaisir, notamment en acceptant d'avoir des rapports sexuels avec lui à chaque fois qu'il en avait envie, y compris très rapidement après la naissance de son dernier enfant.

Hassam était musulman, mais Emmah, qui était chrétienne, était sa seule épouse. Si l'on en croit Beatrice

Bangura : « *Il était très demandeur, au niveau sexuel [...] Il n'a même pas pu attendre qu'elle ait fini d'allaiter.* » Or, normalement, la coutume en Sierra Leone veut qu'une femme qui allaite n'ait pas de rapports sexuels.

Le premier enfant d'Emmah et d'Hassam n'avait pas encore un an, lorsque la jeune femme s'est de nouveau retrouvée enceinte. Elle a dans un premier temps nié sa condition, « *pour protéger son mari* », affirme Beatrice Bangura. Les infirmières de l'hôpital de Kambia, où travaillait une autre tante d'Emmah, Isatu Turray, et où avaient eu lieu ses précédents accouchements, lui ont reproché ces grossesses rapprochées.

Emmah Bangura était petite. On la surnommait « Kinkini », car c'était une femme vraiment menue. Hassam, en revanche, est un homme de grande taille – il mesure plus d'un mètre quatre-vingts. Le précédent accouchement avait déjà été difficile, en raison de la taille du bébé. Emmah s'était plainte de douleurs dans le dos et sur le côté pendant sa grossesse, mais personne n'avait signalé d'anomalie lors des visites prénatales. On ne lui avait pas non plus dit que le fœtus était particulièrement grand.

prodiguant des soins à la mère et à l'enfant dans les minutes et les heures qui suivent la naissance. Elles ne sont pas, cependant, de véritables sages-femmes. Elles n'ont pas reçu de formation spécifique susceptible d'assurer leur compétence⁴⁴.

Les symptômes des complications en cours de grossesse ou d'accouchement ne sont pas toujours reconnus ou perçus comme caractéristiques d'une urgence médicale. Ainsi, une croyance très répandue dans les campagnes veut qu'un accouchement difficile soit la conséquence de l'infidélité de la femme⁴⁵. Cette dangereuse idée reçue place la chasteté de la femme au-dessus de sa santé ou même de sa vie. Souvent, au lieu de la conduire d'urgence dans un service d'obstétrique, l'entourage perd un temps considérable à essayer de lui arracher « aveux » alors qu'elle souffre le martyre parce que son enfant ne parvient pas à sortir.

LES OBSTACLES AU PLANNING FAMILIAL

Rares sont les Sierra-Léonaises qui peuvent exercer leur droit de décider du nombre et de la périodicité de leurs grossesses. Une femme n'a bien souvent pas son mot à dire en matière de relations sexuelles et la contraception est pratiquement inexistante. La proportion des femmes qui utilisent un moyen contraceptif varie, selon les estimations, entre cinq et huit pour cent⁴⁶. Quel que

soit le chiffre exact, ce taux est très loin de la moyenne constatée dans les autres pays d'Afrique occidentale et se situe parmi les plus faibles de la planète. Des études récentes ont montré que les femmes qui avaient un certain niveau d'études avaient plus de chances de pratiquer le planning familial et avaient tendance à avoir moins d'enfants⁴⁷.

Les hôpitaux et les dispensaires sont censés faire de l'éducation au planning familial, les premiers cherchant à sensibiliser les patientes qu'ils accueillent et les seconds étant responsables de l'information au sein des populations locales. Les moyens de contraception les plus courants comprennent le contraceptif par injection, le préservatif et la pilule – l'injection étant la solution la plus utilisée, car la femme peut y avoir recours sans que son mari le sache. Légalement, les contraceptifs doivent être en accès libre. Or, comme c'est le cas pour les autres produits et articles médicaux, ils sont rarement disponibles en nombre suffisant pour répondre aux besoins. On trouve également des contraceptifs en pharmacie, mais rares sont les femmes qui vont les y acheter, car, étant donné leurs ressources très limitées, il ne s'agit pas pour elles d'une priorité.

Les progrès accomplis en matière de planning familial sont largement dus à des ONG comme l'organisation britannique Marie Stopes International, active dans le secteur de la santé en matière de sexualité et de procréation. Marie Stopes International a développé son réseau de dispensaires en Sierra Leone et propose désormais aux femmes l'implant contraceptif⁴⁸. Cette organisation a également contribué à largement diffuser les techniques du stérilet et de la ligature des trompes, pratiquées avec le consentement éclairé des patientes. En 2008, elle aurait accueilli 53 000 femmes de plus que l'année précédente⁴⁹.

Les femmes hésitent souvent à pratiquer le planning familial, de peur d'être délaissées ou rejetées par leurs familles. Amnesty International a été informée de plusieurs cas où des femmes ne souhaitaient pas dire à leur mari qu'elles devaient éviter d'avoir un autre enfant trop rapidement après un accouchement, malgré les risques qu'une nouvelle grossesse trop rapprochée leur faisait courir. Un certain nombre de femmes ont également expliqué à nos délégués que, lorsqu'elles ont tenté d'introduire dans leur foyer certaines méthodes de contraception, comme le préservatif, elles se sont heurtées à l'opposition de leur mari ou de leur compagnon qui ne voulaient pas les utiliser. Dans les discussions qu'Amnesty International a pu avoir avec des hommes et, plus largement, des habitants des zones rurales, beaucoup ont avoué ne pas être au courant des risques que faisaient courir aux femmes les grossesses répétées et rapprochées.

AVORTEMENT

L'interruption de grossesse est légale en Sierra Leone, lorsque la vie de la femme, ou sa santé physique ou mentale, est en jeu⁵⁰. Toutefois, même dans ces conditions, une femme qui nécessite une interruption de grossesse sous contrôle médical n'est pas certaine de pouvoir en bénéficier. Le Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation souligne que les complications résultant d'avortements mal pratiqués font partie des principales causes de mortalité maternelle. Il est difficile d'obtenir des données précises, mais on estime qu'entre huit et 13 % des cas de mort maternelle pourraient être liés à des avortements réalisés dans de mauvaises conditions⁵¹.

3/LE SYSTÈME DE SANTÉ : UN FIASCO SUR TOUTE LA LIGNE

Le système de santé de la Sierra Leone est décentralisé. La responsabilité de prendre en charge les besoins de soins de la population incombe aux 13 districts qui composent le pays, chacun doté d'au moins un hôpital public et d'un réseau de centres de soins périphériques, chargés d'assurer les soins élémentaires. Les soins de deuxième niveau sont administrés par les hôpitaux de district ou régionaux. Un troisième niveau est uniquement assuré par certains hôpitaux spécialisés de Freetown. Le Princess Christian Maternal Hospital (PCMH) est ainsi l'établissement de troisième niveau chargé de la santé maternelle et infantile. Il existe également un certain nombre d'hôpitaux et de cliniques privés gérés par des organisations nationales ou internationales, notamment religieuses. En 2007, 97 ONG étaient enregistrées dans le secteur de la santé. Pour plus de précisions concernant le système de santé de la Sierra Leone, voir l'annexe 1.

LES CARENCES DU SYSTÈME

En dépit du dévouement dont font preuve, à titre individuel, un certain nombre de médecins, d'infirmiers, d'infirmières et de sages-femmes, le système de santé sierra-léonais souffre de carences structurelles graves, qui empêchent les femmes d'avoir accès aux soins dont elles ont besoin dans le domaine de la maternité et de la procréation.

Parmi ces carences structurelles, figurent :

- la faiblesse des infrastructures,
- des manques graves au niveau de la direction et de la coordination,
- un nombre insuffisant de professionnels formés,
- un certain nombre de déséquilibres dans la répartition des structures et des moyens de santé,
- des stocks insuffisants de médicaments, d'équipements médicaux et de fournitures diverses,
- des services d'obstétrique d'urgence totalement inadaptés,
- un système d'orientation des patients inefficace,
- l'absence de mécanismes permettant un réel suivi et une réelle responsabilisation des différents acteurs.

© Amnesty International



© Amnesty International

FAIBLESSE DES INFRASTRUCTURES

« Nous sommes vraisemblablement la seule maternité de niveau national de la planète à ne pas posséder un échographe en état de marche. »

Témoignage d'un médecin du Princess Christian Maternity Hospital ⁵²

L'eau, le gaz et l'électricité manquent partout en Sierra Leone, et la pénurie n'épargne ni les hôpitaux ni les centres de soins. Nombre d'hôpitaux d'État n'ont pas l'eau courante (c'est le cas, notamment des établissements visités par les délégués d'Amnesty International à Kambia, Makeni et Kabala). La pénurie d'électricité est un problème national. Seuls 10 % des hôpitaux et des centres de santé communautaires sont alimentés en électricité de façon fiable, ce qui limite leur capacité à assurer des soins obstétricaux d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre⁵³. Les patients qui ont besoin d'être opérés doivent souvent payer le combustible nécessaire pour faire tourner un générateur pendant l'intervention.

Plusieurs chirurgiens ont confié à Amnesty International qu'ils avaient parfois dû opérer à la lumière d'un téléphone portable, parce que le générateur s'était arrêté. Les équipements hospitaliers les plus élémentaires manquent. L'hôpital de Makeni, qui est un établissement de niveau régional, ne possède pas d'appareil à radiographier et son bloc opératoire n'a pas d'éclairage de type professionnel. On ne trouve nulle part dans le pays de l'oxygène comprimé.

MANQUEMENTS DE LA DIRECTION ET DE LA COORDINATION

Le système de santé sierra-léonais souffre, à tous les niveaux, d'importantes lacunes en matière de direction et de coordination. Parmi les problèmes le plus couramment identifiés, citons le manque de clarté des responsabilités et des rôles respectifs de chacun, des systèmes de budgétisation et de comptabilité peu performants et le flou qui entoure les fonctions que sont censés exercer les conseils locaux et les conseils d'administration des hôpitaux⁵⁴. Si la décentralisation des fonctions du ministère

À gauche : Un service du Princess Christian Maternity Hospital, le meilleur hôpital sierra-léonais spécialisé en médecine de la mère et de l'enfant.

À droite : La zone de nettoyage du bloc opératoire de l'hôpital de Makeni, qui n'a pas l'eau courante.



R., qui vaccine ici un nourrisson, travaille depuis quatre ans dans un dispensaire, sans avoir jamais touché la moindre rémunération du gouvernement. « Je travaille six jours par semaine, a-t-elle expliqué aux délégués d'Amnesty International. J'ai trois enfants, qui vivent avec mon mari. Je les vois une fois par mois. » Pour vivre, elle vend des médicaments à ses patients et leur demande de payer ses services.

de la Santé au profit d'organismes situés dans les districts, entamée en 2004, est généralement considérée comme une bonne chose, la manière dont elle est menée nécessite beaucoup plus de transparence et de cohérence.

La lenteur de la réaction du gouvernement au problème de la répartition inéquitable des moyens et des services de santé dans le pays a permis à de graves disparités de se perpétuer parmi les différents districts. Par exemple, alors que six districts ne disposent d'aucun centre de soins obstétricaux d'urgence, la Zone occidentale en compte cinq, le district de Bombali trois et celui de Port-Loko deux⁵⁵.

De même, les moyens en personnel varient énormément selon les secteurs⁵⁶. Sans surprise, les professionnels compétents sont surtout concentrés à Freetown et dans la Zone occidentale⁵⁷.

Or, le gouvernement ne semble pas disposé à améliorer la coordination entre les différents districts puisque, selon les informations recueillies par Amnesty International, lors du dernier cycle de planification, les mutations de médecins d'un secteur à l'autre sont allées à l'encontre d'un éventuel rééquilibrage.

Autre problème majeur fréquemment signalé : les directions de la santé des districts ne reçoivent que rarement l'intégralité du budget promis, ce qui les empêche de mener à bien les projets prévus d'une année sur l'autre.

Étant donné le rôle important joué par les ONG et les donateurs au sein du système de santé sierra-léonais, la communication et la coordination entre ces organismes d'une part, et entre eux et le ministère de la Santé d'autre part, sont absolument déterminantes. L'institut Results for Development,

partenaire du programme Ministerial Leadership Initiative for Global Health⁵⁸, travaille en partenariat avec le ministère de la Santé à une meilleure coordination avec les principaux donateurs, afin d'élaborer et de financer une politique de santé commune à l'ensemble du secteur.

PÉNURIE DE PERSONNEL, NOTAMMENT DANS LES ZONES LES PLUS RECLUÉES

La longue guerre civile qu'a connue la Sierra Leone, ainsi que l'état général de son économie, ont sérieusement réduit les effectifs du personnel médical. Dans un pays de 5 500 000 habitants, on ne recensait en 2007 que 64 médecins généralistes, sept médecins spécialistes, 21 spécialistes de santé publique, 87 sages-femmes, 225 infirmières et infirmiers, 17 pharmaciens et 1 228 assistantes et assistants de santé maternelle et infantile⁵⁹. De plus, malgré le nombre restreint de médecins en Sierra Leone, nombre d'entre eux occupent en fait des postes dans les services de l'État, au sein du ministère de la Santé, ou à la tête des systèmes de santé des districts, où ils consacrent une grande partie de leur temps à des tâches administratives.

Les régions les plus reculées sont particulièrement touchées par la pénurie de personnel. Les professionnels qualifiés n'ont guère envie d'aller y travailler, en raison de la faiblesse des infrastructures, des problèmes de scolarisation qu'ils risquent d'y rencontrer pour leurs enfants et, de manière générale, de la qualité de vie médiocre qu'ils y trouvent. Ainsi, il n'y avait en 2008 aucune sage-femme exerçant dans les districts de Bonthe et de Moyamba, dans le sud du pays, ni dans celui de Tonkolili, dans le nord⁶⁰. Les professionnels de la santé sont en revanche relativement nombreux à Freetown et dans la Zone occidentale. Cette dernière est d'ailleurs la seule région du pays où le ratio d'un médecin pour 12 000 habitants, préconisé par l'OMS, est atteint. Une situation à comparer avec celle qui règne, par exemple, dans le district de Kailahun, dans l'est du pays, où l'on compte un médecin pour 191 346 habitants⁶¹.

Il existe en outre un certain nombre de « travailleurs fantômes » dans le système (c'est-à-dire des gens qui touchent un salaire, mais qui ne travaillent pas) et l'absentéisme est élevé. Une enquête menée en 2007 estimait que le taux d'absentéisme atteignait parfois 42 %⁶².

MAUVAISES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE RÉMUNÉRATION

Le ministère de la Santé a du mal à attirer et à conserver un personnel compétent et motivé. Les cliniques privées paient environ trois fois plus que le secteur public, notamment pour les emplois les plus qualifiés (médecin, sage-femme, etc.)⁶³. Les conditions de travail sont en outre beaucoup plus intéressantes dans d'autres pays d'Afrique occidentale. « *Un médecin peut rester deux ans sans être payé, pour toucher ensuite 100 dollars [moins de 70 euros] par mois, se lamente un médecin. Au Ghana, vous pouvez trouver du travail pour 1 500 dollars [1 000 euros] par mois, sans problème. Et vous pouvez en plus faire des études pour vous spécialiser*⁶⁴. »

On trouve dans les hôpitaux et les centres de soins de Sierra Leone des personnes qui ont été embauchées par l'administration et qui touchent un salaire ; d'autres ont été embauchées mais n'ont pas encore été intégrées à la fonction publique et ne sont pas rémunérées, d'autres encore n'ont pas été nommées sur un poste, mais travaillent bénévolement. Chaque année, entre cinq et 18 jeunes médecins reçoivent leur diplôme en Sierra Leone. Toutefois, comme les autres professionnels de la santé, ils ne sont pas immédiatement affectés à un poste. L'attente est généralement de trois ans⁶⁵. Beaucoup travaillent par conséquent sans toucher de rémunération de la part du gouvernement⁶⁶. Dans le district de Koinadugu, fin 2008, 48 % des assistantes maternelles et infantiles et des agents locaux de santé n'étaient pas rémunérés⁶⁷. Ces personnes vivent en faisant payer à leurs patients les services et les médicaments, alors que certaines au moins de ces prestations sont censées être gratuites. Ces pratiques ne sont soumises à aucune réglementation. Amnesty International a cependant pu constater que la population était en général consciente des conditions dans lesquelles travaillait le personnel de santé et n'était pas opposée à rémunérer ses services, tant que les sommes demandées restaient raisonnables.



La fille d'Emmah Bangura. Sa mère est morte parce qu'aucun médecin n'était disponible pour l'opérer.

Emmah Bangura a été conduite en avril 2008 à l'hôpital de Kambia parce qu'elle ne parvenait pas à accoucher par les voies naturelles et qu'une césarienne s'imposait de toute urgence. Malheureusement, lorsqu'elle est arrivée, le seul médecin de l'hôpital avait été appelé ailleurs et il n'y avait personne pour procéder à l'intervention. Malgré l'urgence de la situation, le personnel hospitalier a attendu jusqu'au lendemain pour appeler le médecin, qui faisait également office de responsable médical du district. Le bébé est finalement arrivé mort-né au bout de quelques heures. Emmah est morte de septicémie deux jours plus tard.

Même pour ceux et celles qui touchent un salaire, la situation n'est guère brillante. Dans les zones les plus reculées du pays, le personnel de santé n'a pas toujours droit à un logement de fonction ; les congés payés n'existent pas et les salaires sont souvent versés avec du retard, voire pas versés du tout. Dans la fonction publique, un médecin gagne environ 70 euros par mois, une sage-femme entre 40 et 55 euros, et une infirmière entre 25 et 40 euros. Sachant qu'un sac de 25 kilos de riz vaut près de 25 euros, on comprend qu'il est très difficile de faire vivre une famille avec des salaires aussi bas.

ABSENCE DE SERVICES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

L'accès à des services d'obstétrique d'urgence est reconnu comme relevant du droit à la santé maternelle, infantile et génésique, garanti par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁶⁸.

Les lignes directrices élaborées par divers organes des Nations unies⁶⁹ définissent ce que doivent être ces services et préconisent un minimum de quatre unités de soins obstétricaux d'urgence de base et d'une unité complète de soins obstétricaux d'urgence pour 500 000 habitants. Par soins obstétricaux d'urgence de base, on entend l'administration d'antibiotiques, de substances oxytociques et de produits contre les convulsions ; le dégagement manuel du placenta et des matières en rétention ; et l'assistance à l'accouchement par voie basse. Une unité complète de soins d'urgence doit en outre permettre les transfusions et les césariennes.

L'Évaluation nationale des besoins en matière de services d'obstétrique d'urgence et de soins aux nouveau-nés en Sierra Leone réalisée en 2008 s'est appuyée sur des indicateurs de l'ONU qui permettent d'analyser les registres des différents services pour apprécier dans quelle mesure des services d'obstétrique d'urgence étaient disponibles et vraiment utilisés, et quelle était leur qualité⁷⁰. Cette étude a permis de constater que seuls 14 des 38 hôpitaux de la Sierra Leone dotés de services de santé maternelle pouvaient prétendre offrir des soins obstétricaux d'urgence complets, et que six des 13 districts du pays ne disposaient d'aucune unité de soins obstétricaux d'urgence. De ce fait, des centaines de milliers de femmes étaient privées de tout accès à des soins d'une importance potentiellement vitale.

Aucune des unités de santé périphériques (dispensaires et centres de santé assurant des soins élémentaires) du pays ne propose de services d'obstétrique d'urgence de base, leur personnel n'ayant ni la formation ni les moyens matériels de réaliser des accouchements par voie basse assistés.

Non seulement les services d'obstétrique d'urgence sont insuffisants à l'échelle nationale, mais ils sont en outre très inégalement répartis sur le territoire. L'Évaluation nationale des besoins souligne ainsi qu'il existe trois hôpitaux assurant les urgences obstétricales dans le district de Bombali, qui compte 400 000 habitants, mais un seul pour tout le sud et l'est du pays, où vivent 1 200 000 personnes. Le gouvernement de la Sierra Leone⁷¹ a pourtant l'obligation de veiller à une répartition équitable des établissements, des produits et des services de santé. Il s'agit là d'un devoir fondamental, qui ne dépend pas du niveau de ressources d'un pays.



© Amnesty International

L'étude a par ailleurs montré que seuls 10 % environ des naissances avaient lieu dans des centres de santé et 2 % seulement dans des unités de soins obstétricaux d'urgence⁷².

Or, l'OMS estime que, au niveau mondial, de 5 à 15 % des femmes enceintes auront besoin de subir une césarienne au moment de l'accouchement. Toujours selon cette étude, entre juillet 2007 et juillet 2008, 1 % seulement des naissances en Sierra Leone ont eu lieu par césarienne, la proportion étant plus élevée dans la Zone occidentale (1,4 %) et nulle dans le district de Pujehun, dans le sud du pays. Ces chiffres indiquent qu'un très grand nombre de femmes qui auraient besoin de subir une intervention chirurgicale, et dont la vie est en jeu, ne peuvent pas en bénéficier.

Même les femmes qui ont accès à des centres de santé ne reçoivent pas toujours les soins qui pourraient leur sauver la vie. Le taux de mortalité parmi les femmes admises dans un centre médical pour des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement est extrêmement élevé en Sierra Leone⁷³.

INSUFFISANCE DES STOCKS DE MÉDICAMENTS, D'ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ET DE FOURNITURES DIVERSES

Les centres de santé sierra-léonais manquent cruellement de médicaments, de matériel médical et de fournitures diverses, de sang et de produits sanguins.

De fait, il n'existe pas de banque de sang en Sierra Leone, alors que, selon certaines estimations, 80 % des femmes et des enfants souffrent d'anémie, en raison de la malnutrition et du paludisme. Si une patiente a besoin de sang, c'est à ses amis et à ses proches de donner le leur, soit pour une transfusion directe, soit, en cas d'incompatibilité, pour remplacer le sang du bon groupe prélevé dans les réserves de l'hôpital. Malheureusement, les gens hésitent généralement à donner leur sang, en raison, notamment, d'une idée fautive selon laquelle il y aurait un risque à le faire. Aucune mesure incitative n'a été mise en place et les donateurs sont par conséquent assez rares. Très peu d'hôpitaux disposent en outre d'installations de stockage de sang opérationnelles. Le Princess Christian Maternity Hospital lui-même, qui est pourtant la principale maternité du pays, ne possède pas de banque de sang⁷⁴. De nombreuses femmes meurent ainsi faute d'avoir pu être transfusées.

Jeune femme venant de mettre au monde des jumeaux et nécessitant une transfusion, au Princess Christian Maternity Hospital de Freetown (février 2009). Cet établissement ne dispose pas de banque de sang.



Ali Kari Bangora II porte le deuil de son épouse, Mafereh Kamara, morte faute d'avoir été transfusée.

MAFEREH KAMARA,

est morte à l'âge de trente-trois ans, à l'hôpital de Kambia, le 20 novembre 2008.

Quand Mafereh est arrivée à l'hôpital de Kambia, elle avait déjà perdu beaucoup de sang et, d'après le personnel de service ce jour-là, elle était pâle et affaiblie. Elle a subi le jour même une césarienne. Le fœtus qu'elle portait était mort, apparemment depuis un certain temps. On a posé un goutte-à-goutte à la jeune femme, mais elle avait en réalité besoin d'une transfusion. Selon les registres de l'hôpital, elle présentait un taux d'hémoglobine de 6, ce qui est le signe d'une très grave anémie.

L'hôpital ne disposait pas de sang de son groupe et aucun de ses proches qui se trouvaient sur place n'était compatible. Un peu avant midi, la famille de la jeune femme a envoyé quelqu'un chercher sa sœur jumelle, qui vivait dans un village voisin, pour qu'elle lui donne son sang. Malheureusement, Mafereh était morte lorsque sa sœur est arrivée à l'hôpital.

Une enquête menée en 2007 sur la disponibilité d'un certain nombre de médicaments essentiels a conclu que seuls 37 % des unités de santé périphériques avaient en stock l'ensemble des produits⁷⁵. Le personnel se fournit auprès de grossistes privés, pour revendre ensuite les médicaments et autres articles médicaux, éventuellement en réalisant un bénéfice au passage.

Certains médicaments, comme les antipaludéens, sont fournis gratuitement par l'UNICEF et d'autres organismes et sont censés être distribués de la même manière aux patients. Selon un rapport de la Commission anticorruption paru en 2008, plus de 47 % des Sierra-Léonais se plaignaient du manque de produits de ce type, par rapport aux besoins de la population⁷⁶.

Tous les autres médicaments sont supposés être vendus selon un système de récupération des dépenses, 40 % du prix de vente allant théoriquement alimenter un fonds spécial destiné à l'achat de nouveaux médicaments⁷⁷.

L'approvisionnement en médicaments des centres de santé primaires et secondaires est désormais du ressort des conseils locaux. Le système de récupération des dépenses est cependant en panne depuis plusieurs années, en grande partie du fait d'un contrôle laxiste de la distribution des médicaments entre les magasins médicaux centraux et les districts⁷⁸. La Commission anticorruption a également constaté que le personnel soignant qui travaillait au sein de ce dispositif se livrait à des détournements de produits.

Elle a par ailleurs relevé que, de façon générale, les quantités de médicaments et de fournitures diverses étaient insuffisantes, que certains médicaments étaient illégalement vendus et administrés dans les hôpitaux, et qu'il n'existait aucune information concernant la manière dont les autorités locales ou le ministère de la Santé achetaient et distribuaient les produits médicaux⁷⁹. Elle a en outre fait part de ses préoccupations concernant le stockage de médicaments et de matériel médical⁸⁰. Elle notait ainsi que les médicaments à courte durée de conservation n'étaient pas entreposés et utilisés correctement. Elle a enfin dénoncé « l'état scandaleux » des registres, constatant que la plupart des commissions d'achat n'avaient pas les compétences techniques nécessaires pour décider du type de médicaments à commander⁸¹.

Des membres du personnel du Princess Christian Maternal Hospital ont indiqué aux délégués d'Amnesty International que, même lorsque des médicaments ou, par exemple, des poches de sang sont offerts et devraient donc pouvoir être distribués gratuitement, il n'est généralement pas facile de se les procurer. Les professionnels de la santé déplorent que les envois ne soient pas faits dans les délais. Ils regrettent également de ne pas recevoir, la plupart du temps, tous les articles qu'ils ont demandés.

Yerie Marah attendait un enfant, mais on ne lui avait pas donné de moustiquaire traitée, alors que cet article était censé être distribué gratuitement à toutes les femmes enceintes, dans le cadre du programme gouvernemental de prévention du paludisme financé par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Amnesty International a été informée par une ONG locale que cela faisait plusieurs mois que les dispensaires de la région (près de Kabala, dans le district de Koinadugu) n'avaient plus de moustiquaires, mais que celles-ci étaient proposées à la vente dans certains magasins.

Privée de moustiquaire, Yerie a contracté le paludisme. Cette maladie aurait joué un rôle dans l'enchaînement qui l'a conduite à la mort, en novembre 2008, après une forte hémorragie.



Sokralla, le village où vivait Yerie Marah, près de Kabala, dans le district de Koinadugu.

UN SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE INEFFICACE

« Il y a une rupture des liens entre les différents niveaux du système primaire de santé, qui est due à un manque de matériel de communication et d'ambulances pour le transfert des malades. Chaque centre de santé fonctionne essentiellement comme une île. »

Évaluation nationale des besoins, p. 79

Dès l'instant où un patient entre en contact avec le système de santé, à quelque niveau que ce soit, la prise en charge devrait être garantie, si nécessaire jusqu'au plus haut niveau du dispositif. Pour que la continuité de la prise en charge soit assurée, il faut que les différents établissements de santé puissent communiquer entre eux. Cette continuité est la véritable colonne vertébrale du premier niveau de soins.

La répartition irrégulière et inéquitable des centres de santé en Sierra Leone fait que de nombreuses femmes n'ont pas accès à des services qui peuvent, dans certains cas, s'avérer d'une importance littéralement vitale. Le problème est aggravé par les distances entre les différents établissements, le mauvais état du réseau routier dès que l'on quitte Freetown et le manque de transports publics. Dans de telles conditions, il est indispensable de disposer d'un système de prise en charge vraiment efficace. Or, en Sierra Leone, le manque de matériel de communication et d'ambulances rend le dispositif de prise en charge inopérant, voire inexistant, même en cas d'urgence.

Le Dr Alikalie, responsable médical pour le district de Koinadugu, le plus étendu des 13 districts qui composent la Sierra Leone, a expliqué aux délégués d'Amnesty International que les problèmes au niveau de la prise en charge constituaient le premier facteur à l'origine des décès maternels dans son secteur.

Rares sont les unités de soins périphériques qui disposent des moyens pour conduire les patients à l'hôpital ou dans d'autres institutions médicales. En théorie, chaque hôpital est censé avoir au moins une



Une ambulance hors de service. Les femmes qui doivent aller à l'hôpital devront trouver un autre moyen de transport.

ambulance. Dans la pratique, c'est le cas pour moins d'un établissement sur 10. La corruption est également très répandue en ce domaine, certains membres du personnel se servant des ambulances pour leur propre compte, exigeant pour les transports des sommes d'argent qu'ils empochent, ou encore demandant à être remboursés pour des réparations qui n'ont jamais été faites⁸².

Les différents centres de soins sont souvent dans l'incapacité de communiquer entre eux pour demander de l'aide ou solliciter un transport, car ils ne disposent pas de matériel radio et le réseau téléphonique ne fonctionne pas⁸³. En 2008, aucun des hôpitaux et des unités de soins périphériques (dispensaires et centres de santé) de Bonthe, Kailahun, Moyamba ou Pujehun n'avaient de moyens de communication⁸⁴. « *Nous n'avons pas de système radio au centre de santé où je travaille, et le réseau téléphonique ne marche pas toujours*, a expliqué à Amnesty International Anne Marie, qui est assistante de santé maternelle et infantile à Koinadugu. *Ce qui fait que, lorsque j'ai des urgences médicales, je ne peux que m'en remettre à Dieu. Nous nous servons de nos propres téléphones portables, mais ils sont inutilisables dans les zones où ils ne captent pas.* »

HAWA DABOR

est morte le 19 mars 2008, en mettant au monde des jumeaux, au centre de santé maternelle et infantile de Lengekoro, dans le district de Koinadugu.

C'était la sixième grossesse de Hawa. Elle avait accouché de son quatrième enfant par césarienne, mais le cinquième était né par voie basse, sans problème, dans un centre de santé. Malheureusement, sa sixième grossesse a été émaillée d'une série d'incidents, qui ont conduit à sa mort. Hawa a eu ses premières contractions dans la soirée du 18 mars. Quand elle est arrivée au centre de soins, plusieurs heures plus tard, l'assistante de santé maternelle et infantile a rapidement estimé qu'elle devait être conduite sans attendre à l'hôpital de Kabala, pour y accoucher. La famille de Hawa s'est immédiatement mise en devoir de collecter l'argent nécessaire pour son transport. À cette heure tardive, les voitures étaient cependant rares sur les routes. Les proches de la jeune femme ont désespérément cherché un moyen de la conduire à l'hôpital, mais le centre de soins ne disposant d'aucun système de communication (ni radio, ni téléphone en état de marche), l'assistante de santé n'a pu que poser un goutte-à-goutte à la patiente, en espérant qu'un véhicule passe dans le village. Aucune voiture n'est arrivée et Hawa est morte à 2 h 30 du matin, en accouchant de deux bébés mort-nés.

UN PERSONNEL INSUFFISAMMENT FORMÉ ET UN DÉFAUT DE SUPERVISION

La plupart des unités de santé périphériques sont tenues par des assistantes de santé maternelle et infantile, qui ont suivi une formation de deux ans et sont capables de faire face à des naissances se déroulant dans des conditions normales. Elles sont considérées par le gouvernement comme compétentes en matière d'aide à l'accouchement⁸⁵. Ces assistantes jouent un rôle essentiel lors des accouchements à l'hôpital et elles s'occupent de tous les accouchements dans les antennes de santé, au niveau des villages.

BINTA BARRIE

a bien failli mourir en accouchant, en janvier 2009. Si elle est encore en vie, c'est grâce à un « bon Samaritain », qui a réglé pour elle les notes de taxi et d'hôpital.

Binta Barrie a accouché le 6 janvier 2009 à Crossing, un quartier de Freetown. « J'avais prévu d'accoucher au dispensaire, a-t-elle expliqué à Amnesty International, mais quand les contractions ont commencé, j'ai appelé l'accoucheuse traditionnelle, parce qu'il était tard, et elle est venue chez moi. J'avais très mal. Quand elle est arrivée, elle m'a dit de pousser. À force de pousser, comme elle me le disait, j'ai fini par accoucher. Après l'arrivée du bébé, je ne me sentais pas bien. Je saignais beaucoup. L'accoucheuse ne savait pas quoi faire. Ma famille m'a alors conduite d'urgence au dispensaire. De là, j'ai été rapidement évacuée vers l'hôpital. »

« C'est ce que font certaines accoucheuses traditionnelles, explique Janet, l'assistante maternelle et infantile qui s'est occupée de Binta à l'hôpital. Elles n'y connaissent rien et elles obligent les filles à pousser, alors que c'est dangereux, car elles risquent de se retrouver avec un problème de rétention de placenta. C'est ce qui s'est passé avec Binta. Quand elle a commencé à saigner, l'accoucheuse est partie. La famille a paniqué et est venue nous voir en catastrophe au dispensaire. Je leur ai donné une civière et je leur ai dit de nous l'amener. Pendant ce temps, j'ai appelé l'infirmière principale du district, qui m'a dit de lui envoyer la patiente. Les proches m'ont dit qu'ils n'avaient pas d'argent. Je leur ai dit qu'il fallait qu'ils se débrouillent, car, sinon, elle allait mourir. À 18 h 30, elle était au Princess Christian Maternity Hospital. Elle a d'abord été conduite à Waterloo, puis transférée dans un autre véhicule et conduite de Waterloo au Princess Christian Maternity Hospital. Normalement, en louant une voiture, ça coûte 15 000 leones [environ 3 euros] pour aller jusqu'à Waterloo, plus 30 000 leones [6 euros] jusqu'à l'hôpital. Heureusement, il s'est trouvé un bon Samaritain qui a tout payé. À 19 h 30, les émoluments du médecin avaient été réglés et, quand elle est arrivée, elle a été immédiatement emmenée au bloc opératoire. Le placenta a finalement été dégagé. Elle a passé la nuit à l'hôpital et est repartie le lendemain. »



Binta Barrie, ici avec son bébé, a bien failli mourir en accouchant.

Lors des travaux de recherche menés par Amnesty International, il est apparu que certaines de ces assistantes n'étaient pas capables de lire des graphiques ou de surveiller le pouls d'une patiente. Il a également été dit à nos délégués, à plusieurs reprises, qu'elles se trompaient parfois dans les substances, administrant par exemple de l'oxytocine pour accélérer le travail, ce qui peut provoquer une rupture de l'utérus⁹⁶. Ces personnes, qui disposent d'un niveau de formation limité, se voient confier des responsabilités considérables, généralement sans la moindre forme de supervision. Une telle situation ne peut que déboucher sur un pourcentage important d'erreurs de diagnostic et une mauvaise gestion clinique.

ABSENCE DE PERSONNEL QUALIFIÉ AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Selon le personnel médical de la maternité de Freetown, un grand nombre de décès maternels sont directement liés à des complications survenues lorsque des personnes ne disposant pas d'une formation ou de compétences suffisantes assistent à l'accouchement sans supervision.

Selon l'Évaluation nationale des besoins déjà citée, au moins 80 % des naissances ont lieu au domicile des mères. Ces naissances se déroulent souvent sous la surveillance d'accoucheuses traditionnelles,



Le mari et le fils de Hawa Dabor, morte en mars 2008, faute d'avoir pu être conduite à l'hôpital à temps.

qui ne disposent, au mieux, que d'une formation minimale⁸⁷. Les autorités avaient mis en place dans les années 1970 un programme de formation rapide de ces accoucheuses. Cette formation est encore assurée dans certaines régions. Plusieurs ONG internationales continuent elles aussi de former les accoucheuses traditionnelles, dans le cadre de leurs programmes de santé maternelle. Toutefois, selon les normes et les lignes directrices internationales définies par l'OMS et le ministère sierraléonais de la Santé, une accoucheuse traditionnelle ne peut être considérée comme une auxiliaire compétente, même si elle a bénéficié de certains éléments de formation.

Un certain nombre de professionnels de la santé estiment que les accoucheuses traditionnelles devraient être privées de tout rôle au niveau de la grossesse, mais les femmes enceintes continuent d'aller régulièrement solliciter leurs services. Outre le facteur culturel, qui fait que beaucoup de femmes se sentent plus à l'aise avec elles, le coût des prestations est également pour beaucoup dans ce choix. Une accoucheuse traditionnelle est moins chère, elle accepte souvent d'être payée en nature et le règlement peut dans bien des cas être étalé. Une accoucheuse traditionnelle n'attendra pas d'être payée pour aider une femme, alors que les centres de soins exigent généralement un règlement avant toute intervention. À Kambia, par exemple, si l'accoucheuse traditionnelle est la première épouse, elle ne demandera rien en échange de ses services, alors qu'à Freetown et dans ses environs, le tarif normal se situe autour de 60 000 leones (plus de 10 euros).

Les assistantes de santé maternelle et infantile de Crossing (Freetown) ont fait part à Amnesty International d'un autre cas, dans lequel la responsabilité d'une accoucheuse traditionnelle semble engagée. « En février dernier [2009], une autre femme, Adele Sesay, a été obligée par une accoucheuse traditionnelle de commencer prématurément le travail, ce qui a provoqué des complications que l'accoucheuse n'a pas su gérer. Elle a finalement abandonné la jeune femme,

qui est morte d'une hémorragie. L'accoucheuse savait qu'elle allait avoir des ennuis si elle nous envoyait cette femme. Elle a préféré l'abandonner et la laisser se vider de son sang. J'ai écrit un courrier à mes chefs, pour signaler l'affaire. J'espère qu'ils vont faire quelque chose sans tarder. » Amnesty International a demandé à des responsables du système de santé ce qu'ils entendaient faire concernant cette affaire. Ils nous ont répondu que, bien qu'ils n'aient pas connaissance de ce cas particulier, ils étaient bien conscients du problème en général et étaient en train de formuler une politique en la matière. Ils ont cependant reconnu qu'ils n'étaient pas à même de suivre chaque cas individuel. Les délégués d'Amnesty International sont retournés au centre de santé de Crossing en avril 2009, pour voir si des mesures avaient été prises à l'encontre de l'accoucheuse traditionnelle locale. Les auxiliaires de santé maternelle et infantile leur ont déclaré que, à leur connaissance, rien n'avait changé et que cette femme continuait de proposer ses services pour les accouchements.

Dans certaines régions, les autorités municipales ont adopté des décrets interdisant l'accouchement à domicile, mais il est difficile de savoir dans quelle mesure ces dispositions sont vraiment appliquées. Amnesty International a été informée de plusieurs cas où des femmes qui avaient accouché chez elles avaient été dénoncées à la police, et où les familles et les accoucheuses traditionnelles avaient été contraintes de payer une amende. Rien ne peut jamais justifier que l'on pénalise une femme parce qu'elle n'a pas accouché à tel ou tel endroit spécifique. Dans les circonstances actuelles, où de nombreuses femmes n'ont pas les moyens de payer les soins dans les centres où elles devraient se rendre, le fait de les sanctionner (elles et les personnes, accoucheuses traditionnelles et autres, qui les aident) parce qu'elles accouchent chez elles non seulement constitue une violation des droits humains, mais va également à l'encontre du but recherché, à savoir faire en sorte que davantage de femmes jouissent du droit à la santé.



© Amnesty International

Kadi Kamara, accoucheuse traditionnelle à Kapiro, dans le district de Kambia.

UNE INFORMATION INSUFFISANTE

Les dispositifs destinés à rendre compte des cas de mort maternelle en Sierra Leone sont extrêmement limités et aucune analyse systématique du phénomène n'est menée dans les hôpitaux et les centres de soins. Selon une évaluation du Système d'information sur la santé réalisée en 2006, la Sierra Leone ne disposait d'aucun moyen fiable susceptible de lui permettre d'estimer la gravité du phénomène de la mortalité maternelle⁸⁸. Cette étude signalait également que les décès étaient très rarement signalés (selon les estimations, d'un à deux pour cent seulement des cas seraient déclarés à l'Office des statistiques démographiques)⁸⁹.

L'Évaluation nationale des besoins dont il a été question précédemment déplore pour sa part « les carences des livres d'archives, en particulier concernant les complications liées à la grossesse et la mortalité maternelle, indiquant que : des cas de mort maternelle font l'objet de comptes rendus dans nombre d'établissements de santé, sans que ces documents puissent toutefois être consultés⁹⁰ ». L'étude recommandait le renforcement du système de gestion de l'information médicale, pour que les données relatives au suivi des complications et aux décès liés à la grossesse ou à l'accouchement



Les dossiers des femmes mortes en 2008 dans les services de la principale maternité de Freetown, la capitale sierra-léonaise.

Les formulaires nationaux et locaux (au niveau du district) de déclaration de décès qu'a pu voir Amnesty International ne comportent aucune rubrique permettant d'indiquer qu'une femme est morte en accouchant. Il existe simplement une colonne pour les personnes ayant succombé à une hémorragie. Dans aucun des cas étudiés par Amnesty International où des femmes sont mortes chez elles le décès n'avait été officiellement enregistré.

Ce manque d'informations fait planer un sérieux doute sur la valeur du taux de mortalité maternelle annoncé par les pouvoirs publics. L'enquête la plus récente sur la santé de la population cite un taux de mortalité maternelle de 857 pour 100 000 naissances. Or, une étude de 2005 estime que ce taux est plutôt de 1 300 décès pour 100 000 naissances⁹², tandis que d'autres estimations relativement récentes citent un chiffre qui pourrait atteindre 2 100 décès pour 100 000 naissances.

soient consignées et pour que soient mis en place des signaux d'alerte. Elle recommandait en outre que les études sur la mortalité maternelle soient institutionnalisées et généralisées à l'ensemble des établissements de santé, aussi bien publics que privés⁹¹.

Dans les établissements de soins visités par Amnesty International, les données concernant les femmes décédées (nom, adresse, âge, date d'admission, cause du décès, etc.) étaient consignées et communiquées chaque mois au ministère de la Santé. L'exactitude de ces archives est parfois sujette à caution, le personnel chargé de les constituer n'ayant qu'une formation très limitée et la cause du décès étant souvent marquée sous la forme « *Autres* », sans plus de précision. Les membres des familles cherchent rarement à connaître la cause exacte de la mort de leur proche. Les autopsies sont l'exception, pour des raisons à la fois financières et culturelles.

Lorsqu'une femme meurt ailleurs que dans un hôpital ou un dispensaire, les renseignements la concernant sont encore plus succincts.

4/LE COÛT DES SOINS : UN OBSTACLE À LA SANTÉ

En Sierra Leone, de nombreuses femmes ne sollicitent ou ne reçoivent pas de soins quand elles en ont besoin parce qu'elles savent, ou craignent, que le coût sera trop élevé. En raison de la discrimination persistante qu'elles subissent et de la sous-évaluation de leurs besoins sanitaires qui en résulte, les femmes et leur santé ne sont souvent pas prioritaires lorsqu'il s'agit de décider, au sein des familles, de la distribution des maigres ressources disponibles.

Aux termes du droit international, le gouvernement de la Sierra Leone doit offrir en priorité des soins maternels abordables et faire en sorte que leur coût ne constitue pas un obstacle insurmontable empêchant des femmes pauvres d'avoir accès aux traitements dont elles ont besoin.

Une étude menée par l'organisation humanitaire internationale Médecins sans Frontières (MSF) en 2006 a montré que 67 % des personnes interrogées (hommes et femmes) considéraient le coût comme la principale raison pour laquelle elles n'avaient pas recours aux services de santé. D'après cette même étude, c'est toujours le coût qui les empêchait de se faire soigner, même lorsqu'elles étaient malades⁹³.

Selon l'UNICEF, la Sierra-Leone est le pays d'Afrique subsaharienne dont les habitants doivent déboursier le plus pour se faire soigner. En payant de leur poche plus des deux tiers de ces coûts, les patients contribuent eux-mêmes à l'essentiel des dépenses liées au système de santé. Il s'agit principalement de médicaments⁹⁴. Selon les comptes nationaux de la santé⁹⁵, en 2007, les dépenses de santé privées (payées par les foyers) se montaient à environ 30 euros par an et par personne, contre 11 euros par an alloués par le gouvernement et les organismes donateurs⁹⁶.

Comme la majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, avec moins d'un euro par jour, le seul moyen de payer les services de santé et les médicaments est d'emprunter de l'argent à des amis et des parents, ou, quand c'est possible, auprès de caisses mutuelles locales, ou de contracter un prêt.

SOINS GRATUITS : LE FOSSÉ ENTRE LA PRATIQUE ET LA POLITIQUE AFFICHÉE

Aux termes d'un décret présidentiel pris en 2002, les groupes vulnérables étaient dispensés de payer pour les soins élémentaires dans le secteur public. Parmi les groupes identifiés figuraient les femmes enceintes et les mères allaitant leur enfant jusqu'à l'âge de douze mois⁹⁷.

Le gouvernement lui-même a reconnu que « *le mécanisme d'exemption n'est pas bien mis en œuvre* » et qu'« *il existe aussi des dessous de table*⁹⁸. ». Il semble en outre que la portée du décret ne soit pas interprétée de la même manière par les différents responsables gouvernementaux.

LE DROIT À LA SANTÉ ET LES OBSTACLES FINANCIERS

L'un des éléments essentiels du droit à la santé est son accessibilité économique. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné qu'en vertu de l'article 12 du PIDESC les « *installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés*⁹⁹. » Le Comité a également interprété l'obligation d'assurer les soins de santé maternels (pré- et postnatals), infantiles et en matière de procréation comme une priorité essentielle¹⁰⁰, la plus haute pour les États. Lors de l'allocation des ressources, le gouvernement doit aussi accorder la plus grande importance aux groupes particulièrement vulnérables et marginalisés, qui éprouvent les plus grandes difficultés à faire respecter leurs droits.

La Sierra Leone, en tant qu'État partie à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, a l'obligation de prendre toutes les mesures appropriées pour « *éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux* » et fournir « *aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement* » (article 12). Le Comité des Nations unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a interprété l'article 12 de la Convention de manière à intégrer une obligation faite aux États d'éliminer les obstacles aux services de santé (comme les coûts, l'éloignement et l'absence de transports publics commodes et abordables) ; les États doivent également prendre des mesures pour permettre aux femmes d'accéder rapidement et à moindres frais aux services de santé¹⁰¹. Le Comité a souligné que les États ont l'obligation de respecter le droit des femmes à une maternité sans risques et à des services d'obstétrique d'urgence, et qu'ils devraient consacrer à ces services le maximum des ressources disponibles¹⁰².

Certains hauts fonctionnaires ont déclaré à Amnesty International que cette politique de soins gratuits ne s'appliquait qu'au matériel et aux médicaments et qu'elle ne mentionnait en rien le prix des services¹⁰³.

L'évaluation nationale des besoins effectuée en 2008 a montré que les deux tiers des hôpitaux et des cliniques exigent des patients qu'ils payent une certaine somme dès leur arrivée, avant même d'être soignés. Ils se sont néanmoins presque tous déclarés prêts à suspendre cette demande dans les cas d'urgence. Selon cette même étude, les prix des services de maternité variaient considérablement d'un centre à un autre, et lorsque l'accouchement était compliqué ils devenaient exorbitants¹⁰⁴. Les inquiétudes du public portaient sur le coût des services et sur les nombreux frais, notamment administratifs, médicaux et pharmaceutiques, qu'il fallait payer avant même de se faire soigner, sans oublier le coût élevé du transport.

Amnesty International a observé que les soins gratuits n'étaient disponibles que dans quelques hôpitaux sur l'ensemble du pays. Selon les représentants d'organisations internationales impliquées dans la planification du budget et des programmes de 2008 au niveau du district, rien n'a été fait pour financer la mise en œuvre de cette politique d'exemption dans les districts. L'une des recommandations de l'évaluation nationale des besoins est d'évaluer le coût du système de recouvrement et d'exemption¹⁰⁵.

La mise en œuvre d'une politique de gratuité des soins pour les groupes vulnérables définis comme tels se heurte à de grandes difficultés. Les femmes enceintes ou allaitantes, les enfants, les handicapés et les personnes âgées constituent au moins 70 % des personnes ayant recours aux centres de santé du premier niveau. Si ces personnes étaient exemptées des frais de visite, la récupération des dépenses diminuerait considérablement. Dans la situation qui prévaut, ces exemptions ne peuvent aller de pair avec le système de récupération des dépenses.

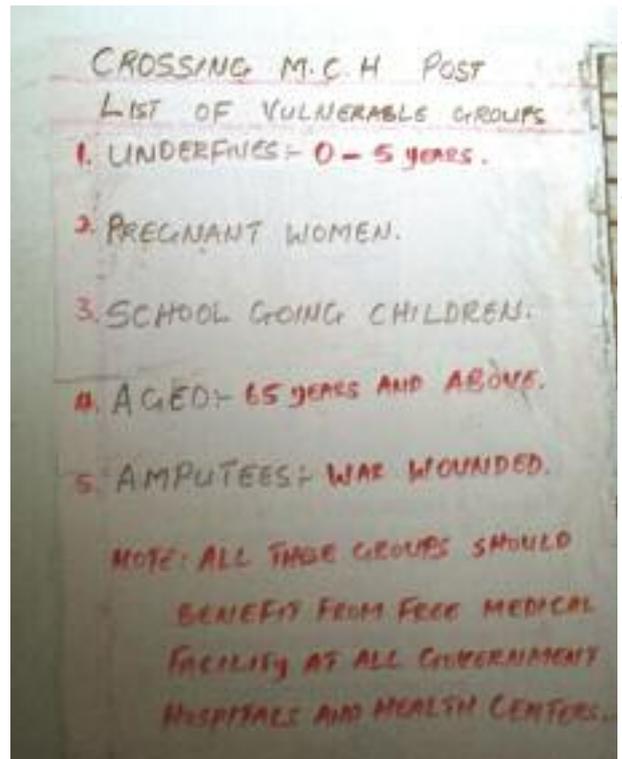
En outre, les médicaments nécessaires ne sont pas toujours disponibles dans les centres de soins ; le patient n'a donc pas d'autre choix que de les payer. Fatmata, assistante de santé maternelle et infantile, a déclaré à Amnesty International : « *Nous n'obtenons pas toujours ce que nous demandons, alors nous devons demander de l'argent au patient pour aller acheter les médicaments dans une pharmacie privée.* »

Dans une clinique du district de Kambia, Amnesty International a entendu dire que les frais étaient fixés au niveau du district et que, à la fin de chaque journée de travail, les montants versés étaient collectés et distribués à tous les membres du personnel de santé travaillant dans la clinique. Cependant, dans la plupart des endroits où Amnesty International a mené ses recherches, toute personne travaillant dans le secteur de la santé, rémunérée ou non, prélevait des frais de manière unilatérale et illégale et gardait l'argent. Dans un établissement proche de Freetown, une assistante de santé maternelle et infantile est payée 140 000 leones (330 euros) par mois mais une autre, qui exerce ces mêmes fonctions depuis 2006, n'est toujours pas payée. Son revenu vient des frais qu'elle fait payer aux patients. Selon elle : « *Nous demandons entre 2 000 [0,50 euro] et 5 000 leones [1,25 euro] [par visite]. Parfois, nous ne demandons rien. C'est seulement si les gens peuvent payer.* »

Les frais peuvent être exorbitants. Par exemple, le prix d'une césarienne d'urgence, tel qu'il a été annoncé à Amnesty International, allait de zéro à 200 000, et jusqu'à 950 000 leones (45 à 220 euros) dans les hôpitaux publics du pays. À l'hôpital de Kabala, le docteur Alikalie a déclaré à Amnesty International qu'une césarienne coûtait entre 150 000 et 200 000 leones (35 à 45 euros). En Sierra Leone, ce système de paiement des services se prête manifestement à la corruption.

À Kambia, le responsable médical du district a parlé à Amnesty International d'une infirmière qui avait fait payer un prix excessif à une patiente. Le responsable n'avait pas abordé ce problème avec elle, car il savait que dans ce cas, elle partirait. Il avait plus besoin de la garder que d'aborder la question de sa corruption. Le directeur du Princess Christian Maternity Hospital a exprimé la même inquiétude quant à ses tentatives pour discipliner le personnel : « *Le personnel dont nous disposons, nous ne pouvons pas le soumettre à un contrôle strict car nous ne pouvons pas le satisfaire en termes de salaires ou de conditions de travail.* »

Dans son rapport de 2008, la Commission anticorruption reconnaissait que les conditions de travail étaient médiocres et devaient être améliorées – mais aussi que le personnel, à tous les niveaux, tirait profit de frais prélevés unilatéralement, sans en faire état. La Commission recommandait que les rentrées soient centralisées dans tous les hôpitaux publics et déposées quotidiennement aux services financiers de chaque établissement¹⁰⁶.



Liste des personnes exemptes de paiement, affichée au mur d'une clinique de Crossing, une banlieue à quelque 20 kilomètres de Freetown : enfants âgés de moins de cinq ans, femmes enceintes, enfants d'âge scolaire, personnes âgées de soixante-cinq ans ou plus, amputés, blessés de guerre. Note : tous ces groupes devraient bénéficier de soins médicaux gratuits dans tous les hôpitaux et centres de soins publics.



Pa Abu Kamara a indiqué avoir sorti sa femme de l'hôpital pour la ramener à la maison parce qu'il n'avait plus d'argent pour les soins ni pour les frais d'hôpital pour le traitement du corps. Sa femme est morte le lendemain, en décembre 2008, à Kapairo, district de Kambia.

ADAMA KAMARA

est morte chez elle le 27 décembre 2008, au village de Kapairo, dans le district de Kambia. Elle avait vingt-cinq ans. Son mari ne se sentait pas en mesure de payer les médicaments dont elle avait besoin.

C'était la cinquième grossesse d'Adama. Elle avait déjà eu un enfant mort-né, et trois enfants vivants – trois des 10 enfants vivants de Pa Abu Kamara, son mari, qui avait deux autres femmes.

Le 24 décembre 2008, Adama, enceinte d'environ six mois, a commencé un travail prématuré. Le lendemain, il était clair qu'elle souffrait d'un travail prolongé.

Sa famille a observé son état pendant une journée pour voir s'il y avait une chance qu'il s'améliore, mais le soir elle a été conduite en voiture à l'hôpital public de Kambia. Ce transport a coûté la somme de 40 000 leones (9 euros), que son mari a empruntée à ses voisins.

En arrivant à l'hôpital, Pa Abu Kamara a dû payer, en plus des médicaments, 2 000 leones (0,50 euro) pour l'admission et 10 000 leones (2,50 euros) pour un lit.

Adama a été placée sous perfusion et les infirmières de service lui ont administré plusieurs injections. Elle a passé cette journée et la suivante à l'hôpital, où il n'y avait à ce moment-là aucun médecin. Le deuxième jour, Pa Abu Kamara est rentré chez lui et à son retour à l'hôpital, plusieurs heures plus tard, il a pu constater qu'Adama avait accouché, mais que le bébé n'avait pas survécu.

Adama perdait beaucoup de sang. Alors qu'il s'agissait d'une urgence et malgré la politique gouvernementale de gratuité des soins, elle n'y a pas eu droit. L'infirmière principale de l'hôpital a déclaré à Pa Abu Kamara que s'il ne payait pas les médicaments d'Adama, elle risquait de mourir.

Pa Abu Kamara a déclaré à Amnesty International : « *Je n'avais plus d'argent. J'ai juste sorti Adama de l'hôpital pour la ramener à la maison. Elle n'avait pas l'air bien et je ne voulais pas payer les frais de l'hôpital pour son corps, qui sont de 60 000 leones au moins [15 euros].* » À ce moment, Adama délirait et aurait été incapable de donner son avis, même si on le lui avait demandé.

Pa Abu Kamara a loué un taxi pour emmener Adama, qui est morte chez elle le lendemain. Son corps a été transporté chez ses parents et elle a été enterrée dans son village natal.

Pa Abu Kamara a déclaré à Amnesty International que la mort d'Adama l'attristait « *en particulier pour ses enfants.* Il a ajouté : *Je m'évertue toujours à rembourser les dettes que j'ai contractées pour le transport d'Adama à l'hôpital et pour ses médicaments.* »

LE FACTEUR PEUR : INCERTITUDE SUR LES COÛTS ET LA QUALITÉ

En Sierra Leone, un grand nombre de décès maternels sont dus à une suite de retards, dont les causes premières sont le coût élevé des soins et la peur de ces coûts : aux hésitations lors de la décision de se faire soigner succèdent le temps de transport jusqu'au centre de soins et le retard dans le traitement, une fois sur place.

Ces attermoissements ont plusieurs causes. Amnesty International a établi qu'ils n'étaient pas seulement liés à l'incapacité de payer les soins, mais aussi aux doutes quant à leur qualité, et à l'incertitude concernant leur coût.

NEINIE MANSARAY,

vingt-huit ans, de Kamanso (district de Koinadugu), a besoin d'une opération qu'elle ne peut se payer.

Le mari de Neinie pratique l'agriculture de subsistance. Elle a un enfant encore en vie et a subi trois grossesses difficiles. Lors de la deuxième, elle a été transportée dans un hamac jusqu'à l'hôpital de Kabala, ce qui a pris cinq heures. À cet hôpital, il lui a été déclaré qu'elle avait une fistule, une ouverture anormale entre le vagin et le rectum (ou, dans certains cas, la vessie) généralement causée par le traumatisme résultant d'un travail prolongé et difficile. Neinie a déclaré à Amnesty International : « *J'ai dû aller à Freetown pour me faire opérer de cette fistule. On m'a également dit que si j'étais à nouveau enceinte, j'aurais besoin d'une césarienne.* »

Son troisième enfant est né à l'hôpital de Kabala seize mois avant son entretien avec Amnesty International. Neinie nous a déclaré : « *Le médecin de garde a pratiqué une césarienne et m'a fait payer 995 000 leones [230 euros]. Nous ne pouvions pas payer toute cette opération tout de suite, et je n'ai pas encore fini de rembourser.* » La somme versée par Neinie pour sa césarienne est bien plus élevée que dans tous les autres centres de soins et hôpitaux publics, d'après les informations obtenues par Amnesty International.

Dans le cas de Neinie, la césarienne n'a pas été pratiquée correctement, et elle en a gardé une hernie ombilicale. Neinie a déclaré à Amnesty International : « *J'ai des difficultés à travailler maintenant. Je dois me faire opérer de ma hernie, mais je n'ai pas assez d'argent car je n'ai pas encore fini de rembourser pour la césarienne.* »



© Amnesty International

Neinie Mansaray a déclaré avoir dû payer 995 000 leones (230 euros) pour une césarienne, qui lui a laissé une hernie ombilicale. Elle a besoin d'une autre opération, mais ne parvient pas à réunir l'argent nécessaire.

La raison principale pour laquelle les patients sont incertains quant au prix à payer est qu'il n'existe ni standardisation ni transparence pour les coûts sanitaires. Comme le système est décentralisé, les prix sont déterminés à l'échelon local et varient donc considérablement d'un centre de soins ou d'un hôpital à un autre. En outre, les barèmes ne sont pas disponibles partout¹⁰⁷. Depuis juin 2009, cependant, le Princess Christian Maternity Hospital affiche un barème pour ses services – ainsi, une césarienne coûte 150 000 leones (35 euros). Ces prix sont en nette contradiction avec la politique gouvernementale d'exemption pour les femmes enceintes.

De plus, les salaires versés au personnel de santé sont faibles et un grand nombre de personnes travaillent dans ce secteur sans la moindre rémunération. Il en résulte que des soignants font payer directement et à titre individuel leurs services aux malades. Les prix ne sont pas régulés, car des reçus sont rarement donnés, et la transaction a lieu directement avec le patient, qui n'a aucun moyen de savoir si ces frais sont officiels ou non.

En l'absence de certitude quant aux coûts, il est difficile de prévoir et de rassembler la somme nécessaire. Il incombe au ministère de la Santé de veiller à l'accessibilité des centres et à la disponibilité des produits, du matériel et des services. Il doit par conséquent assurer la transparence et la cohérence des prix, faire en sorte que ceux-ci n'empêchent jamais les femmes d'accéder aux soins et les fonder sur le principe d'équité, afin que les foyers les plus pauvres ne subissent pas un fardeau excessif.

Amnesty International a entendu dire à de nombreuses reprises que les gens n'ont pas confiance dans la qualité des soins ; ils estiment donc qu'ils ne valent pas le prix qui peut leur être demandé.

ABIBATU COLE

est morte le 24 juillet 2008 au Princess Christian Maternity Hospital. Elle a donné naissance à une fille avant de mourir. Son mari, James, est employé d'une compagnie de sécurité.

Pour l'accouchement, James et Abibatu avaient prévu de se rendre à la clinique Soroti, un établissement privé de Freetown où Abibatu avait reçu des soins prénatals. Cependant, quand le travail d'Abibatu a commencé, sa sœur a pris la décision de l'emmener au Princess Christian Maternity Hospital. James a déclaré à Amnesty International : « *Nous avons parlé d'aller à la clinique Soroti parce qu'ils connaissaient Abibatu là-bas, et si quelque chose tournait mal, ils lui donneraient les soins qu'il faudrait. Je ne voulais pas aller au Princess Christian à cause du prix élevé et parce que je ne crois pas qu'ils s'occupent bien de leurs patients.* »

En arrivant à l'hôpital, le 21 juillet 2008, Abibatu a appris qu'elle avait besoin d'une césarienne d'urgence. James a déclaré à Amnesty International : « *J'ai rencontré le médecin responsable et il m'a dit que je devrais payer 700 000 leones [163 euros] pour le service. Je lui ai dit que je n'avais pas d'une somme pareille. Alors, il m'a dit de payer 400 000 leones [93 euros].* »

Tandis que la famille réunissait l'argent pour la césarienne, Abibatu a donné naissance à une fille. James a déclaré : « *J'ai été étonné qu'elle ait accouché naturellement. Les infirmières ont alors exigé que je paye 200 000 leones [45 euros] pour l'accouchement, ce que j'ai fait. Abibatu a ensuite dû rester à l'hôpital plusieurs jours encore après la naissance, parce que son état semblait empirer.* »

Le 24 juillet, les infirmières ont appelé James parce qu'Abibatu avait besoin d'être transfusée d'urgence. James a déclaré à Amnesty International : « *Je me suis précipité à l'hôpital et le frère d'Abibatu, qui était du même groupe sanguin qu'elle, lui a donné son sang. Pendant la transfusion, elle a levé les yeux vers moi et m'a dit qu'elle ne se sentait pas bien. Elle a demandé aux infirmières d'enlever la seringue. Juste après, elle est morte sous mes yeux.* » Par la suite, Amnesty International a appris que dans le dossier d'Abibatu il était inscrit qu'elle était morte à la suite d'une anémie. « *Ils ne m'ont jamais dit quelle était la cause de sa mort. Je sais que je dois prendre soin de ma petite fille.* »

Un habitant du district de Kambia a déclaré en mars 2008 à Amnesty International : « *Quand MSF était basé à Kambia, les soins étaient abordables, accessibles et de haute qualité. Après le départ de MSF, ils sont devenus inabordables, leur qualité s'est dégradée et leur fiabilité aussi.* »

Dans plusieurs districts, des habitants ont déclaré à Amnesty International lors de groupes de discussion qu'ils attendaient une qualité des soins supérieure à ce qu'ils recevaient, et qu'ils la paieraient si elle était disponible. À Rokupur par exemple, des membres de l'équipe soignante locale ont déclaré qu'ils préféreraient sans doute se rendre dans une clinique privée, malgré le coût supplémentaire, plutôt que dans les hôpitaux ou dispensaires où ils travaillaient, car ils s'inquiétaient de la qualité des soins.

LE COÛT DES TRANSPORTS

En raison du coût élevé des transports il est difficile d'arriver rapidement aux urgences. Si une complication apparaît et qu'une femme accouche à domicile, sa famille doit trouver et payer un moyen de transport vers une unité de soins périphérique ou un hôpital. Si une femme se trouve dans un centre de soins périphérique et qu'elle est envoyée à l'hôpital, sa famille doit organiser et payer ce transport. Dans la plupart des régions en dehors de Freetown, il n'existe aucun moyen de communication entre les centres de soins périphériques et les hôpitaux. Le transport peut être très cher et difficile, compte tenu du coût élevé du carburant, du mauvais état des routes et des distances.

En mars 2007, Simethy Sesay a subi de graves complications alors qu'elle était en travail. Une employée du système de santé local a alors voulu la transférer à l'hôpital public de Kabala, à dix kilomètres de là environ. Ni Satanay, le mari de Simethy, ni la personne du service de santé ne disposaient d'un téléphone portable, et ils n'ont pas pu appeler l'hôpital pour obtenir une ambulance. Au lieu de cela, Satanay a emprunté de l'argent pour louer un taxi et emmener sa femme à l'hôpital. À leur arrivée, le seul médecin de l'hôpital était en train d'opérer. Une autre femme présentant une urgence obstétrique est arrivée à l'hôpital presque en même temps que Simethy. Toutes deux ont dû attendre. Six heures plus tard, le médecin a déclaré aux deux femmes qu'il était trop épuisé pour opérer après trois jours sans repos, et qu'il fallait transférer Simethy et l'autre femme vers un autre hôpital. Simethy et l'autre patiente ont toutes deux dû payer 180 000 leones (42 euros) pour le carburant de l'ambulance, avant d'entreprendre un trajet de quatre heures vers l'hôpital de Magburaka. Après un accouchement par voie basse assisté, Simethy a donné naissance à un enfant mort-né. Elle a été hospitalisée pendant une semaine, ce qui a coûté à son mari 1 055 000 leones (245 euros).



© Amnesty International

Simethy Sesay, dont les soins d'urgence à l'hôpital ont coûté plus de 1 200 000 leones (280 euros).

DES COÛTS PLUS ÉLEVÉS LA NUIT

La nuit, l'accès aux soins est plus difficile. Il est plus difficile de trouver un moyen de transport, en particulier dans les zones rurales et, en outre, le prix peut être jusqu'à trois fois plus élevé. De plus, si une femme arrive de nuit dans un hôpital, le personnel en service est moins nombreux et, s'il est disponible, il prélèvera généralement des frais plus importants.

Des habitants de Susan's Bay, un bidonville proche du Princess Christian Maternity Hospital, dans la partie orientale de Freetown, ont déclaré à Amnesty International que malgré la proximité de cet hôpital, une femme accouchant de nuit ne s'y rendrait jamais, car le coût d'un accouchement, même normal, serait trop élevé.

Immédiatement après avoir donné naissance à domicile avec une accoucheuse traditionnelle, Princess Kallon de Calabala (une banlieue de Freetown) a commencé à perdre du sang, puis est morte chez elle. Son mari, Philip Kallon, a déclaré à Amnesty International : « *C'était tard dans la nuit et il n'y avait ni argent, ni moyen de transport pour l'emmener à l'hôpital. Elle est morte ici même.* Philip a ajouté : *Rien n'est donné en Sierra Leone.* »



Sarah Kabbia chez elle, à Kroo Bay (Freetown) en compagnie de sa nièce Maya, âgée de deux mois. Adama Turay, la sœur cadette de Sarah, est morte en couches. Sarah, à présent seule responsable de Maya, déclare qu'elle a des difficultés à payer la nourriture quotidienne du bébé.

fait baisser à 40 000 leones [9 euros]. Nous avions l'intention d'utiliser le reste de l'argent à l'hôpital Marie Stopes à Aberdeen, un quartier de Freetown. »

Sarah et Hassan, le mari d'Adama, l'ont accompagnée pendant les quarante minutes du voyage en taxi à l'hôpital. Adama est morte sur le parking de l'hôpital. Il était environ huit heures du matin, trois heures à peine après l'accouchement. Sarah et Hassan ont dû payer encore 40 000 leones (9 euros) au chauffeur du taxi pour qu'il emmène le corps à la morgue.

Sarah a déclaré à Amnesty International : « *Je crois qu'elle est morte parce que nous n'avions pas d'argent, et donc nous ne sommes pas arrivés à temps à l'hôpital. Nous l'avions emmenée chez l'accoucheuse traditionnelle parce que son mari n'avait pas les moyens de l'emmener à l'hôpital.* »

Sarah a ajouté : « *Nous savions que si nous l'emmenions à Marie Stopes, ils nous feraient payer, mais nous savions aussi que nous pourrions rembourser plus tard. Mais en fait, nous n'avions même pas de quoi l'emmener à l'hôpital.* » (Marie Stopes fournit des soins obstétriques gratuits aux femmes qui en ont besoin, mais la famille d'Adama l'ignorait).

La Princess Christian Maternity Hospital, la principale maternité de Freetown, est plus proche du domicile d'Adama, mais sa famille n'a pas envisagé de s'y rendre. Le personnel y exige immédiatement de l'argent, et la famille d'Adama savait qu'elle ne pourrait pas payer.

ADAMA TURAY,
trente-trois ans, est morte le 4 décembre 2008 dans un taxi, sur un parking, plusieurs heures après avoir accouché.

Le 3 décembre 2008, vers 11 heures du soir environ, Adama est entrée en travail. Elle a été conduite auprès d'une accoucheuse traditionnelle de Kroo Bay à Freetown, près de chez elle, et le lendemain à 5 heures du matin, elle a donné naissance à une petite fille. Immédiatement après l'accouchement, elle s'est mise à vomir et se plaignait d'avoir froid. Puis elle a commencé à perdre du sang, et sa famille a cherché à réunir de l'argent pour l'emmener à l'hôpital. Celui-ci ne se trouve qu'à dix kilomètres, mais il est situé dans le centre de Freetown, avec une circulation perpétuellement très dense.

Sarah, la sœur d'Adama, a déclaré à Amnesty International : « *Après avoir passé beaucoup de temps à chercher de l'argent, nous avons réussi à réunir 200 000 leones [47 euros]. Au début, le taxi nous demandait 70 000 leones [16 euros] mais nous l'avons*

LES SOINS PRÉNATALS

Pour que les signes de danger et les complications puissent être détectés à temps, il faut que les soins prénatals soient de bonne qualité. Au cours de la grossesse, la vaccination contre le tétanos, la prévention et le traitement du paludisme, la gestion de l'anémie et le traitement des infections sexuellement transmissibles peuvent grandement améliorer la santé de la mère et le pronostic du bébé. Certains problèmes, comme un poids trop faible à la naissance, peuvent être limités par une combinaison d'interventions destinées à améliorer l'état nutritionnel de la mère et empêcher les

infections pendant sa grossesse. D'après l'Évaluation nationale des besoins de 2008, seuls 14 % des professionnels de la santé interrogés connaissaient tous les éléments des soins prénatals de qualité¹⁰⁸.

Amnesty International a découvert que les coûts de ces soins variaient d'un village à l'autre. Selon l'étude de 2008, 81 % des femmes avaient bénéficié d'au moins une visite de contrôle prénatal au cours de leur dernière grossesse¹⁰⁹. Cependant, les normes élaborées par les Nations unies disposent que les femmes doivent bénéficier d'au moins quatre visites prénatales à chaque grossesse.

LES INITIATIVES POUR SURMONTER L'OBSTACLE DU COÛT

Dans certaines régions, les ONG et les donateurs internationaux soutiennent des programmes de soins gratuits pour les femmes enceintes. Début 2009, des programmes étaient en cours notamment dans les établissements suivants : à l'hôpital Gondema dans le district de Bo, un programme était soutenu par MSF ; à l'hôpital public de Makeni dans le district de Bombali, un autre était soutenu par le FNUAP, et l'hôpital St John of God à Lunsar, dans le district de Port Loko, bénéficiait d'une aide du gouvernement espagnol (qui devait prendre fin en avril 2009). Le FNUAP, grâce à un financement japonais, fournissait des médicaments et du matériel tel que des kits de maternité au Princess Christian Maternity Hospital.

Lors de leur visite à l'hôpital public de Makeni, en février 2009, les délégués d'Amnesty International ont pu constater combien la réduction des coûts imputés aux patientes permettait d'améliorer les résultats. Le service d'obstétrique était plein (contrairement à celui de nombreux autres hôpitaux visités) et les patientes ont déclaré qu'elles n'avaient rien dû payer pour les soins. Selon l'Évaluation nationale des besoins de 2008, sur les 239 complications obstétriques soignées, neuf décès maternels ont été relevés, soit un taux de mortalité inférieur à ceux de nombreux autres hôpitaux¹¹⁰.

L'hôpital de Makeni, qui couvre tout le nord du pays, a reçu du FNUAP des financements destinés à assurer la gratuité des services de contraception et des médicaments obstétriques, à payer intégralement le carburant pour les ambulances et à compléter les salaires du personnel de santé. L'hôpital est équipé pour traiter les urgences, dispose d'un personnel qualifié et a les moyens de pratiquer des césariennes et des accouchements assistés.

Le renforcement des capacités du personnel est un élément clé dans le succès du programme. Le Dr Ibrahim Bundu, directeur de l'hôpital et spécialiste régional de chirurgie, a déclaré à Amnesty International : « Ici, à l'hôpital, une sage-femme gagne environ 100 dollars [70 euros] par mois, et un médecin 300 dollars [210 euros]. C'est bien plus élevé que dans d'autres endroits, et cela leur permet de ne pas faire payer aux patients. » Par opposition, la sage-femme de l'hôpital public de Kambia gagnait 254 000 leones (60 euros) par mois pour six jours de travail par semaine, et un médecin à peine plus de 360 000 leones (85 euros).

Dans le district de Koinadugu, des projets d'épargne villageoise ont été créés pour financer les urgences, notamment les problèmes liés aux grossesses. À Koinadugu, l'organisation CARE a contribué à la création de plusieurs projets de ce type, notamment celui de Dogoloya, le village de Saffiatu Jalloh. Les villageois y contribuent par de petites sommes tout au long de l'année – par exemple, 500 leones (0,10 euro) par semaine ; ce fonds peut ensuite être ponctionné par les membres en cas d'urgence. Les trois quarts des résidents de Dogoloya sont membres de cette caisse mutuelle. Ce financement n'est utilisé que pour des problèmes au sein de la communauté, et s'il n'est pas utilisé, il est partagé entre les membres à la fin de chaque année.

Ces projets sont soutenus dans d'autres régions du pays par d'autres organisations, dont l'ONG nationale Medical Research Council à Tonkolili et Bo, et Health Unlimited à Bombali. L'initiative WISH, un projet soutenu par la Première dame de Sierra Leone, essaye également de créer des projets similaires dans diverses localités du pays¹¹¹.



Saffiatu Jalloh et son bébé, dans le nord de la Sierra Leone. En octobre 2008, sa famille a pu emprunter 600 000 leones (140 euros) à la caisse d'épargne villageoise, un projet d'entraide communautaire. Saffiatu avait besoin de cet argent pour le transport et des soins hospitaliers urgents. « *Si je n'avais pas eu cet argent, je serais peut-être morte* », dit-elle.

SAFFIATU JALLOH

En septembre 2008, Saffiatu Jalloh a subi de graves complications lors de sa grossesse, mais elle a pu emprunter de l'argent à la caisse d'épargne mutuelle de son village pour payer ses soins d'urgence.

À l'occasion d'une visite à une clinique prénatale en septembre 2008, Saffiatu a appris que son bébé était mal positionné et a été renvoyée vers l'hôpital public de Kabala. Au lieu de s'y rendre, estimant qu'elle n'y serait pas bien soignée, Saffiatu a décidé avec son mari d'aller à l'hôpital catholique de St John of God à Lunsar, dans le district voisin de Bombali. Cette décision avait des conséquences financières importantes, car Lunsar se trouve à trois ou quatre heures de voiture du village, sur la route principale entre Makeni et Freetown. Saffiatu et son mari ont payé 50 000 leones (12 euros) pour le transport.

Après son arrivée, Saffiatu est restée à l'hôpital plusieurs jours, puis elle a accouché et, le lendemain, elle est sortie. À l'hôpital St John of God, Saffiatu a dû payer 5 000 leones (1,67 euro) pour son admission, 10 000 leones (2,30 euros) pour ses « *frais de dossier* », 15 000 leones (3,50 euros) de frais administratifs, 25 000 leones (5,80 euros) pour l'accouchement, qui a eu lieu par voie naturelle, et

60 000 leones (14 euros) pour les médicaments. La famille déclare avoir payé une somme supplémentaire pour la chambre, soit un total de 300 000 leones (70 euros).

Saffiatu et son mari ont finalement dû emprunter 600 000 leones (140 euros) à la caisse d'épargne du village pour payer les soins urgents. Ils remboursent une partie du prêt chaque mois. Lorsqu'on demande à Saffiatu ce qui lui serait arrivé sans cette épargne villageoise, elle réfléchit et dit : « *Si je n'avais pas eu cet argent, je serais peut-être morte.* »

Au début de février 2009, reconnaissant la nécessité de prêter une plus grande attention au problème du coût comme obstacle aux services essentiels pour les femmes enceintes, MSF et Save the Children-RU ont tenu une table ronde en Sierra Leone avec les principales parties prenantes, notamment des représentants du gouvernement, d'organismes donateurs, d'organes des Nations unies et d'ONG internationales ainsi qu'avec des membres de la société civile¹¹².

Les organismes donateurs se sont accordés sur la priorité, à savoir la gratuité des soins (y compris les médicaments et les frais liés au service et au matériel), en particulier pour les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de cinq ans. Tous les participants à la table ronde sont convenus de soutenir le gouvernement sierra-léonais et de l'aider à mettre en œuvre sa politique de soins gratuits pour les femmes enceintes¹¹³.

© Amnesty International



© Amnesty International

Depuis cette rencontre, le ministre de la Santé a été remplacé et, en juillet 2009, le système de financement était encore à l'étude. En août, le ministère de la Santé a annoncé des programmes de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants, mis en place un comité consultatif d'ONG internationales et d'organismes donateurs, et lancé un plan de mise en œuvre qui a été soumis le même mois aux donateurs, en vue de son financement.

Cet objectif de gratuité des soins est explicitement soutenu par de nombreux donateurs. Dans un livre blanc datant de 2006, le Département du développement international du Royaume-Uni a fait part de l'engagement de ce pays à aider les pays à supprimer les frais exigés des patients pour des services de santé élémentaires, ainsi que d'autres obstacles à l'accès aux soins, tels que la discrimination à l'égard des femmes. Cet engagement est partagé par l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF et de nombreuses ONG internationales.

À gauche : Des bénévoles portent en hamac des femmes en travail ou d'autres personnes ayant besoin de transport, jusqu'au centre de soin le plus proche. Koinadugu, février 2009.

À droite : Des villageois cotisent à la caisse mutuelle de Dogoloya. Koinadugu, février 2009.

LES INITIATIVES POUR SOUTENIR LES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Des groupes de soutien encouragent les femmes enceintes et allaitantes à se réunir chaque semaine pour chanter, cuisiner et manger ensemble. Ce programme inclut aussi des discussions d'information sur les questions de santé et la distribution de moustiquaires traitées à l'insecticide. C'est l'occasion pour les femmes de se retrouver et s'accorder un bref répit entre leurs obligations culinaires, agricoles, ménagères et autres tâches familiales.

À Koinadugu, CARE travaille avec le ministère de la Santé et les autorités locales pour organiser ces groupes de soutien. Des initiatives similaires sont en cours dans d'autres endroits, comme les groupes organisés par Save the Children dans le district de Kailahun.

Les maisons maternelles d'attente, où les femmes peuvent être hébergées juste avant l'accouchement, leur garantissent la présence, le moment venu, d'une assistante compétente en matière d'accouchement qui peut les faire transporter si nécessaire lors de leur travail afin qu'elles ne soient pas à la merci d'un système de transport coûteux et peu fiable. Ces maisons servent de relais entre le village et le service de santé pour les femmes enceintes. Actuellement, ces lieux sont encore rares, sauf dans le district de Koinadugu, où ils ont été créés en raison des conditions topographiques difficiles.

5/MAUVAISE GESTION ET CORRUPTION

« Ces institutions [sanitaires] sont envahies par la corruption, tant au niveau de l'encadrement qu'aux niveaux subalternes, ce qui affecte gravement les conditions dans lesquelles les soins sont prodigués au public. »

Commission anticorruption ¹¹⁴

Dans certains secteurs essentiels du système de santé, le contrôle et la responsabilisation sont très insuffisants et il faut alors établir ou renforcer ces mécanismes. Dans d'autres secteurs, les procédures et systèmes existants ne sont pas utilisés. Dans les hôpitaux, les mécanismes qui obligent les responsables à rendre compte de leur action, comme les conseils d'administration, ne fonctionnent pas en pratique, et le recueil de données, dont dépendent la surveillance et l'évaluation, est au mieux incomplet, au pire inexistant.

En 2001, la Commission anticorruption a conclu que malgré l'ampleur des ressources que le gouvernement et les donateurs ont consacrées à l'amélioration du système de santé, une grande partie n'aurait pas été utilisée judicieusement en raison d'années de corruption endémique ¹¹⁵. En 2004, la Commission a donc rédigé un Guide des bonnes pratiques et procédures financières pour le système de santé. En 2008, elle signalait dans une étude qu'une grande partie de ces pratiques et recommandations n'étaient pas encore mises en œuvre.

Le Guide des bonnes pratiques recommandait la création d'un système centralisé de recettes, avec des agents chargés de tenir des livres de comptes et de délivrer des reçus pour toute somme perçue ¹¹⁶. Ce Guide identifiait diverses personnes haut placées, comme les directeurs financiers et les secrétaires hospitaliers, qui seraient responsables de la bonne marche du système, et recommandait que le ministère de la Santé et les conseils d'administration des hôpitaux ¹¹⁷ procèdent à des contrôles périodiques ¹¹⁸.

En 2008, la Commission anticorruption a produit un nouveau rapport, qu'elle a remis au ministère de la Santé ¹¹⁹. Ce dernier l'a accepté et travaille avec la Commission à la mise en œuvre des recommandations. Le ministère de la Santé s'est engagé à envoyer des rapports trimestriels sur les progrès effectués dans ce domaine.

Dans son rapport de 2008, la Commission anticorruption établissait que la plupart des hôpitaux n'appliquaient pas le système centralisé de recettes qu'elle avait recommandé, et que plusieurs membres du personnel hospitalier étaient chargés de cette collecte, suivant des tarifs variables, et n'en rendaient pas compte au département financier ¹²⁰. Selon ce rapport, en outre, le ministère de la Santé ne procédait pas souvent à des audits et les conseils d'administration des hôpitaux « étaient quasi moribonds ¹²¹ ».

La Commission anticorruption a renouvelé sa recommandation : dans tous les hôpitaux publics, toute recette devait être centralisée et le dépôt se faire quotidiennement. Elle a également recommandé que le prix des divers services ou interventions soit rendu public, et que les dispositions relatives aux ambulances soient régularisées¹²². De nombreuses femmes et leurs familles ont déclaré à Amnesty International qu'elles avaient directement payé le personnel médical avant de recevoir des soins, qu'elles avaient dû en négocier le coût avec ce personnel, et qu'elles n'avaient pas obtenu de reçu, même si elles avaient soigneusement conservé tous les documents qui leur avaient été remis.

Il existe aussi de graves problèmes liés à la disponibilité de médicaments et de fournitures médicales de base ainsi qu'à la mauvaise gestion et à la corruption lors de la distribution de ces médicaments. On a notamment pu constater des failles dans le contrôle des stocks, des faiblesses dans l'obligation de reddition de comptes et une mauvaise gestion des médicaments et des fournitures¹²³.

Même là où les médicaments et les produits tels que des poches de sang sont censés être fournis gratuitement, la plupart du temps ils ne sont pas disponibles. Amnesty International a ainsi appris qu'il arrive que des médicaments et du matériel donnés par Global Fund, l'UNICEF et le FNUAP à des hôpitaux et centres de soins soient vendus dans des pharmacies et sur les marchés.

En octobre 2008, le FNUAP a découvert qu'environ 40 000 euros de médicaments donnés au Princess Christian Maternity Hospital avaient disparu. Une enquête a fait apparaître que des membres du personnel hospitalier étaient impliqués ; le principal responsable dans cette affaire a été démis de son poste en mai 2009, mais nous ignorons si d'autres sanctions ont été prises.

Le Guide des bonnes pratiques propose des mesures pour améliorer l'inventaire et le suivi des médicaments et fournitures, avec la vérification périodique des stocks¹²⁴. La Commission anticorruption a ainsi proposé que « *de lourdes sanctions administratives soient prises par les équipes de direction hospitalière à l'encontre des personnes qui détiennent, vendent ou administrent illégalement des médicaments*¹²⁵. »

En avril 2009, l'UNICEF a annoncé son intention de prendre la responsabilité de l'approvisionnement en médicaments. En même temps, il y a lieu de former le personnel du ministère de la Santé afin qu'il soit en mesure d'assumer cette responsabilité en 2011¹²⁶.

Le gouvernement sierra-léonais a lui-même reconnu dans son rapport de 2005 sur les Objectifs du millénaire pour le développement que les ordres et conseils de médecins, infirmiers et pharmaciens, et autres associations professionnelles, avaient peu d'influence, et qu'il existait peu de règles et règlements susceptibles d'être mis en œuvre¹²⁷. Le gouvernement a créé un conseil des médecins et dentistes et l'a chargé d'enregistrer les centres de soins, de leur accorder les licences d'exploitation et de les contrôler et les inspecter périodiquement. La Commission anticorruption a néanmoins signalé que ce conseil doit être doté de ressources suffisantes pour pouvoir mener à bien ces tâches¹²⁸.

VERSEMENT ET COORDINATION DES FONDS

Le gouvernement doit s'efforcer davantage non seulement d'accroître les sommes prévues pour le secteur de la santé afin qu'elles atteignent 15 % du budget national, minimum convenu par les gouvernements africains ayant signé la Convention d'Abuja en 2001, mais aussi de verser réellement les sommes promises dans ce budget. De nombreux membres du système de santé, tant au niveau national que régional, ont déclaré à Amnesty International que les sommes promises n'étaient pas perçues en réalité. Dans son rapport, la Commission anticorruption a également conclu que les retards indus dans la perception de ces fonds avaient causé des difficultés financières extrêmes aux départements et agences de santé¹²⁹.

Le Dr Kargbo, coordinateur de la Direction de la santé infantile et en matière de procréation au ministère de la Santé, a confirmé que ce ministère recevait généralement moins de la moitié de la somme promise par le gouvernement¹³⁰. Un représentant d'une ONG internationale a déclaré à Amnesty International que les responsables de district se plaignaient de ne pas recevoir tous les fonds prévus, ce qui rendait difficile la mise en œuvre de leur programme au niveau régional.

Des fonctionnaires du ministère de la Santé et des membres de la société civile ont laissé entendre, lors d'entretiens, que selon eux il n'existait pas de mécanisme efficace en place pour surveiller la manière dont l'argent du gouvernement est réellement dépensé – le cas échéant¹³¹.

Étant donné que le secteur de la santé est tributaire des fonds des organismes donateurs, il faut aussi permettre au ministère de la Santé de développer les compétences à l'échelle du système ; il pourra ainsi améliorer le secteur en respectant les priorités convenues, plutôt qu'en éparpillant les fonds des organismes donateurs de manière inégale et irrégulière¹³².

DES VOIES DE RECOURS RARES, VOIRE INEXISTANTES

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies a déclaré que toute victime de violation du droit à la santé doit avoir accès à une réparation par voie judiciaire – ou autre – au niveau national et international. « *Toutes les victimes d'atteintes à ce droit sont nécessairement fondées à recevoir une réparation adéquate, sous forme de restitution, indemnisation, satisfaction ou garantie de non-répétition. Sur le plan national, ce sont les commissions des droits de l'homme, les associations de consommateurs, les associations de défense des malades ou d'autres institutions de cette nature qu'il faut saisir des atteintes au droit à la santé*¹³³ ».

En Sierra Leone, les femmes et leurs familles victimes de violations de leur droit à la santé qui souhaitent porter plainte et demander des réparations ont un accès extrêmement limité aux voies de recours, que ce soit devant les tribunaux ou par d'autres moyens.

La Constitution de 1991 ne reconnaît pas les droits économiques, sociaux et culturels (tels que les définit le PIDESC) parmi les droits fondamentaux qu'elle protège. Elle ne reconnaît que certains aspects de ces droits dans la partie consacrée aux principes fondamentaux. Selon son article 8-3, l'État s'efforcera de fournir des installations médicales et sanitaires à tous, en tenant compte des ressources publiques. Cependant, contrairement aux droits fondamentaux établis dans la Partie III de la Constitution, cette disposition ne confère pas de « *droits juridiques* » applicables par un tribunal¹³⁴. Ce manquement au droit à la santé peut avoir des conséquences sur d'autres droits tels que le droit à la vie, garanti par la Constitution.

Il existe peu d'autres voies de recours pour la population. Le mandat de la Commission des droits humains de Sierra Leone s'étend aux droits figurant dans les traités internationaux que la Sierra Leone a ratifiés, en plus des droits explicitement protégés par la Constitution¹³⁵. La Commission est mandatée pour enquêter sur toute plainte déposée pour violation des droits humains ; elle a aussi pour mission de surveiller les violations commises dans le pays et de recueillir des informations. Cependant, à la connaissance d'Amnesty International, aucun des cas liés à la mortalité maternelle n'a été étudié par la Commission.

DES INITIATIVES POUR UN MEILLEUR CONTRÔLE

La société civile est de plus en plus considérée comme ayant un rôle important à jouer dans la réduction la mortalité maternelle, par le contrôle qu'elle exerce sur le système de santé et l'utilisation des fonds publics. Les organismes donateurs et les organes des Nations unies, dont le Département du développement international britannique, Irish Aid et l'UNICEF, ont tous mis des fonds à la disposition de groupes de la société civile pour leur permettre de surveiller les activités du ministère de la Santé aux niveaux local et national.

La Health Coalition de Sierra Leone, une organisation réunissant des groupes de la société civile dans tout le pays, évalue et note le niveau de soins et l'accessibilité aux services dans les institutions secondaires et tertiaires. Lorsque des membres d'un groupe de Kambia ont découvert que tous les médicaments destinés à l'hôpital ne lui parvenaient pas, ils ont fait part de leur inquiétude au ministère de la Santé, au niveau national. Le ministère a réagi en menant une enquête sur le détournement de ces médicaments.

6/OBLIGATIONS INTERNATIONALES ET RÉGIONALES RELATIVES AUX DROITS HUMAINS

Lorsque des femmes meurent en couches ou durant leur grossesse parce que le gouvernement ne lutte pas contre les causes de mortalité maternelle qui peuvent être évitées, ce gouvernement viole le droit des femmes à la vie¹³⁶. Les décès et complications maternelles évitables correspondent aussi à des violations du droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint¹³⁷, et à l'égalité et la non-discrimination¹³⁸. Tous ces droits humains sont protégés par des traités internationaux et régionaux relatifs aux droits humains, dont la Sierra Leone a accepté la valeur contraignante.

LE DROIT À LA VIE

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), que la Sierra Leone a ratifié, dispose : « *Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine*¹³⁹ ». Le droit à la vie est également garanti par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, à laquelle la Sierra Leone est partie¹⁴⁰.

Le Comité des droits de l'homme des Nations unies a souligné que ce « droit inhérent à la vie » ne doit pas être interprété de manière restrictive, et que les États doivent prendre des mesures concrètes pour le protéger¹⁴¹. Le Comité a souligné l'obligation des États parties de prendre toutes les mesures possibles pour accroître l'espérance de vie¹⁴².

En conclusion, dans ses observations et recommandations, tout en surveillant la mise en œuvre par les États du PIDCP et les obligations relatives au droit à la vie, le Comité des droits de l'homme a exprimé sans ambiguïté son inquiétude quant au taux élevé de mortalité maternelle¹⁴³. Il a ainsi déclaré : « *En vue de garantir le droit à la vie, l'État partie devrait renforcer son action, en particulier en matière d'accessibilité aux services de santé, y compris les services de soins obstétricaux d'urgence. L'État partie devrait assurer une formation adéquate de ses personnels de santé. Il devrait aider les femmes à éviter les grossesses non désirées, notamment en renforçant ses programmes de planning familial et d'éducation sexuelle, et veiller à ce qu'elles ne doivent pas subir d'avortements clandestins mettant en danger leur vie*¹⁴⁴. »

LE DROIT À LA SANTÉ

Toute personne a le droit « de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre [et d'avoir accès à] des services médicaux et [à] une aide médicale en cas de maladie. »

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 12

«... le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. »

Comité des droits économiques, sociaux et culturels¹⁴⁵

Le droit à la santé est protégé par plusieurs traités internationaux et régionaux relatifs aux droits humains auxquels la Sierra Leone est partie, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 12), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (article 12), la Convention relative aux droits de l'enfant (article 24) et la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (article 16). La Convention sur l'élimination de la discrimination raciale (article 5-e-iv) exige aussi des États parties qu'ils interdisent et éradiquent la discrimination raciale et qu'ils assurent l'égalité devant la loi pour garantir la jouissance, entre autres, du droit à la santé publique et aux soins médicaux.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que le droit à la santé devait être interprété comme un droit global, impliquant non seulement la prestation de soins appropriés et en temps opportun, mais aussi les conditions nécessaires à un bon état de santé¹⁴⁶. Parmi ces conditions figurent les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à une eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé en matière de sexualité et de procréation¹⁴⁷. Le Comité a précisé que le droit à la santé inclut aussi le droit de participer au processus décisionnel concernant la santé aux niveaux communautaire, national et international¹⁴⁸.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que le droit à la santé nécessite que les installations, les biens et les services de santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité¹⁴⁹. Ceci implique que :

- les installations de santé, les professionnels qualifiés et les médicaments essentiels soient disponibles en nombre suffisant ;
- les installations, biens, services et informations en matière de santé soient accessibles, physiquement et économiquement, à toute personne sans discrimination ;
- les installations, biens et informations de santé soient acceptables, c'est-à-dire qu'ils respectent l'éthique médicale et qu'ils soient respectueux des valeurs culturelles des personnes et sensibles aux exigences spécifiques liées au genre ;
- les installations, biens, services et informations de santé soient, en outre, scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité. Cela nécessite, entre autres, un personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier non périmés et approuvés par les instances scientifiques, et des moyens d'assainissement adéquats.

Selon l'article 2 du PIDESC, il y a lieu de parvenir progressivement à la pleine application des droits reconnus par le Pacte, y compris le droit à la vie, par tous les moyens appropriés, individuellement ou par l'assistance et la coopération économiques, en utilisant au maximum les ressources des États parties. Cependant, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a précisé plusieurs obligations fondamentales que les États parties doivent remplir pour qu'au moins l'essentiel de chacun des droits énoncés dans le Pacte soit satisfait sans tarder¹⁵⁰. Parmi ces obligations fondamentales figurent : la répartition équitable de tous les centres, produits et services de soins ; la fourniture des médicaments essentiels, tels que les définit le Programme d'action concernant les médicaments essentiels de l'OMS ; l'adoption et la mise en œuvre d'une stratégie nationale et d'un plan d'action répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé. Le Comité a ajouté que l'obligation d'assurer les soins de santé génésique et maternelle (prénatale et postnatale)

est une priorité, comparable à une obligation fondamentale. Ceci s'étend également à l'obligation de fournir une formation suffisante au personnel de santé, notamment sur l'éducation à la santé et aux droits humains.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré : « *Un État dépourvu de la volonté d'utiliser au maximum les ressources à sa disposition pour donner effet au droit à la santé manque par conséquent aux obligations lui incombant en vertu de l'article 12 [le droit à la santé]. Si c'est la pénurie de ressources qui met un État dans l'impossibilité de se conformer aux obligations découlant du Pacte, l'État a alors la charge de démontrer qu'il n'a négligé aucun effort pour exploiter toutes les ressources à sa disposition en vue de s'acquitter à titre prioritaire des obligations indiquées ci-dessus*¹⁵¹. » Le Comité a souligné que même en période de restrictions sévères des ressources, les membres les plus vulnérables de la société peuvent et doivent être protégés par la mise en œuvre de programmes relativement peu coûteux¹⁵².

LE DROIT À LA SANTÉ MATERNELLE, SEXUELLE ET EN MATIÈRE DE PROCRÉATION

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels et le Comité pour l'élimination de toute discrimination à l'égard des femmes ont précisé que l'application du droit des femmes à la santé nécessite la suppression de tous les obstacles « *qui entravent l'accès aux services de santé, ainsi qu'à l'éducation et à l'information, y compris en matière de santé sexuelle et génésique*¹⁵³. » Le Comité pour l'élimination de toute discrimination à l'égard des femmes a déclaré : « *Ces obstacles peuvent prendre la forme de critères ou de conditions qui empêchent les femmes de se faire soigner comme des honoraires trop élevés, l'obligation de présenter une autorisation du conjoint, d'un parent ou des autorités hospitalières, l'éloignement des établissements et l'absence de transports publics pratiques et abordables*¹⁵⁴. »

Ce même Comité a également rappelé que « *l'accès aux soins de santé, notamment en matière de reproduction, est un droit fondamental consacré par la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*¹⁵⁵. » Selon l'article 12 de ce texte, il faut « *que les États éliminent la discrimination à l'égard des femmes pour ce qui est de l'accès aux services médicaux tout au long de leur vie, en particulier ceux qui concernent la planification familiale et ceux qui doivent être fournis pendant la grossesse et pendant et après l'accouchement*¹⁵⁶ [...] *Les mesures prises pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes sont jugées inappropriées si un système de soins de santé ne dispose pas des services voulus pour prévenir, détecter et traiter les maladies spécifiquement féminines*¹⁵⁷ ».

Comme cela a déjà été signalé plus haut, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a affirmé que l'obligation d'assurer les soins de santé génésique et maternelle est comparable à une obligation fondamentale. Le Comité a également souligné que les gouvernements doivent « *améliorer les soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésique, y compris l'accès à la planification de la famille, les soins pré et postnataux, les services d'obstétrique d'urgence ainsi que l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information*¹⁵⁸ ».

Aux termes de plusieurs traités internationaux dont la Sierra Leone a librement reconnu la valeur contraignante, les femmes ont droit à une série de soins qui jouent un rôle important dans l'amélioration de la santé maternelle, notamment :

- des soins élémentaires pendant toute la vie d'une femme¹⁵⁹ ;
- l'éducation et l'information concernant la santé sexuelle et en matière de procréation¹⁶⁰ ;

- des soins de santé sexuelle et en matière de procréation, comme les services de planification familiale¹⁶¹ ;
- des soins de santé prénatale¹⁶² ;
- des accouchements assistés par un personnel médical qualifié¹⁶³ ;
- des services d'obstétrique d'urgence¹⁶⁴ ; et
- des soins postnatals¹⁶⁵.

La Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes garantit à celles-ci le droit, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits¹⁶⁶. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dit bien : « *L'ampleur, de par le monde, des taux de mortalité et de morbidité liés à la maternité que révèlent les études sur le sujet, et le grand nombre de couples qui souhaiteraient avoir moins d'enfants mais qui n'ont pas accès à la contraception ou n'y ont pas recours, montrent bien que tous les États parties ne s'acquittent pas de leur obligation d'assurer aux femmes l'accès aux soins de santé*¹⁶⁷. » Le Comité a souligné l'obligation qu'ont les États de « *[D]onner une place prioritaire à la prévention des grossesses non désirées, par la planification familiale et l'éducation sexuelle, et réduire les taux de mortalité maternelle par des services de maternité sans risques, et d'assistante prénatale*¹⁶⁸ ».

Le rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint a précisé : « *Le droit à la santé, notamment à la santé en matière de sexualité et de procréation, comprend à la fois des libertés (affranchissement de la discrimination) et des droits* ». Il a ajouté : « *Les libertés, s'agissant de la santé sexuelle et génésique, incluent le droit de disposer de son corps et de prendre des décisions concernant sa santé. Le viol et d'autres formes de sévices sexuels, y compris la grossesse forcée, l'imposition de méthodes contraceptives sans le consentement de l'intéressée (comme la stérilisation forcée et l'avortement forcé), les mutilations génitales féminines et le mariage forcé, constituent de graves atteintes à la liberté sexuelle et génésique et sont, par nature, incompatibles avec le droit à la santé*¹⁶⁹. » Par exemple, « *les femmes devraient bénéficier, en droit et en fait, de l'égalité d'accès à l'information en matière de santé sexuelle et génésique*¹⁷⁰. »

Le rapporteur spécial dit également dans son rapport : « *Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient se voir proposer une information fiable et des conseils empreints de compréhension, y compris des renseignements concernant la durée de la période pendant laquelle il est possible d'interrompre une grossesse et sur les établissements qui pratiquent une telle intervention. Là où ils sont légaux, les avortements devraient être pratiqués dans de bonnes conditions de sécurité. Les systèmes de santé publics devraient former les prestataires de services de santé, leur procurer l'équipement adéquat et tout mettre en œuvre pour que les avortements ne soient pas seulement sûrs mais soient aussi accessibles. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Les dispositions qui prévoient des sanctions contre les femmes qui ont recours à l'avortement doivent être abrogées*¹⁷¹. »

La Déclaration et Programme d'action de Beijing dispose : « *Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences*¹⁷². »

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a également souligné l'obligation des États parties de lutter contre la violence liée au genre, qu'il considère être un problème de santé essentiel pour les femmes ; les États doivent notamment agir pour prévenir et punir les violations des droits par des particuliers et des organisations, en faisant appliquer les textes de loi de manière efficace, et en formant les personnels de santé aux questions liées au genre¹⁷³. Ces obligations s'étendent au vote et à l'application efficace de textes de loi interdisant les mutilations génitales féminines, les mariages forcés et les mariages de fillettes¹⁷⁴.

La Sierra Leone n'a toujours pas ratifié le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique¹⁷⁵. Pourtant, ce Protocole – œuvre d'organisations africaines de défense des droits humains et des droits de la femme – constitue une base non négligeable susceptible de guider le gouvernement de la Sierra Leone sur les questions relatives au respect des droits de la femme dans le domaine de la santé maternelle.

Le Protocole définit des mesures concrètes que les gouvernements doivent prendre pour que les droits des femmes à la santé sexuelle et en matière de procréation soient respectés et soutenus. Les femmes doivent vivre sans subir de violence liée au genre et voir leurs vies respectées : pour l'intégrité et la sécurité de leur personne ; pour leur droit de décider d'avoir des enfants et, si oui, combien et quand ; et pour leur droit à l'information et aux soins dont elles ont besoin pendant la grossesse, l'accouchement et la maternité. Cela implique des services de soins adéquats, abordables et accessibles – mais aussi des programmes d'information, d'éducation et de communication destinés aux femmes, en particulier dans les zones rurales, ainsi que la création de services de santé prénatale, obstétrique et postnatale et de services de nutrition pour les femmes enceintes ou allaitantes, et le renforcement des services existants. Le Protocole exige aussi que les États préviennent les décès maternels « *en autorisant des avortements médicalisés, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus*¹⁷⁶ ».

En novembre 2008, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a adopté une résolution pour lutter contre la mortalité maternelle en Afrique. Cette résolution reconnaissait que la mortalité maternelle évitable en Afrique constituait une violation du droit des femmes à la vie, à la dignité et à l'égalité, un droit inscrit dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et dans le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique. La Commission demande aux gouvernements africains de s'attaquer à la question de la mortalité maternelle, collectivement et séparément¹⁷⁷.

En juin 2009, le Conseil des droits de l'homme des Nations unies a également adopté une résolution sur la mortalité et la morbidité maternelles, dans lequel il a reconnu que la plupart des cas de mortalité et de morbidité maternelles peuvent être évités et que ces phénomènes « *constituent un défi sur les plans de la santé, du développement et des droits de l'homme, qui requiert aussi de véritablement promouvoir et protéger les droits fondamentaux des femmes et des filles, en particulier leur droit à la vie, à l'égalité dans la dignité, à l'éducation et leur droit d'être libre de chercher, de recevoir et de diffuser des informations, de jouir des avantages du progrès scientifique, d'être à l'abri des discriminations, et de jouir du plus haut niveau possible de santé physique et mentale, y compris en matière de santé sexuelle et procréative*¹⁷⁸. »

LE DROIT À L'ÉGALITÉ ET À LA NON-DISCRIMINATION

Le PIDCP, le PIDESC et la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples interdisent la discrimination liée au genre pour tous les droits contenus dans les traités¹⁷⁹. Aux termes du PIDCP, il existe également un droit propre à l'égalité et à l'absence de discrimination¹⁸⁰. La Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes exige des États parties qu'ils éliminent toute discrimination visant les femmes¹⁸¹. Comme il a été noté plus haut, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a déclaré que les mesures visant à éliminer cette discrimination seront insuffisantes si le système de santé ne dispose pas de services pour prévenir, détecter et soigner les maladies spécifiquement féminines¹⁸².

L'État de la Sierra Leone doit donc respecter, protéger et appliquer le droit à la non-discrimination, en s'assurant que ses textes de loi et ses pratiques ne soient pas discriminatoires, en protégeant les personnes de la discrimination venant de tierces parties, et en prenant les mesures législatives, administratives, budgétaires et judiciaires nécessaires pour promouvoir et appliquer pleinement le droit à la non-discrimination. Cette obligation exige des pouvoirs publics sierra-léonais qu'ils :

- intègrent le principe de l'égalité des hommes et des femmes dans le système juridique et qu'ils adoptent des mesures législatives et autres interdisant la discrimination à l'égard des femmes¹⁸³ ;
- prennent toutes les mesures nécessaires, notamment législatives, pour modifier ou abroger les lois, règlements, coutumes et pratiques existants qui constituent une discrimination contre les femmes¹⁸⁴;
- mettent en place des tribunaux et autres institutions publiques afin de garantir une protection efficace des femmes contre la discrimination¹⁸⁵ ; et qu'ils
- éliminent toutes les discriminations à l'égard des femmes, qu'elles soient le fait de personnes, d'organisations ou d'entreprises¹⁸⁶.

7//CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

© Amnesty International



Le mari et la fille survivante de Yerie Marah, février 2009.

Yerie Marah aurait dû être toujours en vie. Comme tant d'autres femmes en Sierra Leone, elle est morte inutilement d'une complication lors de son accouchement qui aurait pu être traitée.

Il aurait fallu qu'elle dispose de soins prénatals de bonne qualité. Il aurait fallu qu'elle puisse obtenir rapidement des soins obstétricaux d'urgence et de qualité lorsque les complications sont survenues. Il aurait fallu qu'elle entende de l'État qu'il s'engageait à ce que le manque d'argent ne l'empêche pas d'obtenir le traitement qui lui sauverait la vie. Quant à l'État, il aurait fallu qu'il s'acquitte de son obligation : faire en sorte que des soins de qualité soient disponibles et accessibles.

Mais pour Yerie, comme pour la majorité des femmes sierra-léonaises, rien de tout cela n'existait.

Le nombre de décès maternels en Sierra Leone reflète les nombreux obstacles qui empêchent les femmes d'accéder aux services de santé maternelle. Parmi ces obstacles figurent le manque de services de santé et la répartition inéquitable des services existants, notamment des professionnels qualifiés et des services d'obstétrique d'urgence ; l'insuffisance des médicaments, des fournitures et du matériel médical ; un système de prise en charge des patientes mal équipé et insuffisant ; le manque de formation et de supervision du personnel médical ; le manque de personnel qualifié pour les accouchements ; le manque de moyens de transport pour parvenir aux centres de soins, et le coût des soins.

Même si le gouvernement a adopté en 2002 une politique visant à exempter les femmes enceintes et autres groupes vulnérables des frais liés aux soins élémentaires, les obstacles financiers continuent d'empêcher de nombreuses femmes d'accéder à des soins qui leur sauveraient la vie. Le gouvernement n'a pas mis en place les systèmes et les ressources qui permettraient d'appliquer cette politique d'exemption : il ne l'a pas prévue au budget, n'en a pas fait état et ne surveille pas sa mise en œuvre. Les femmes et leurs familles doivent donc payer pour des médicaments, des fournitures et des services essentiels qui, selon le gouvernement, devraient être gratuits.

Comme le statut de nombreux membres du personnel de santé travaillant dans ce système sans salaire n'a pas été régularisé, et que leurs conditions de travail n'ont pas été améliorées, la corruption est répandue et les frais prélevés arbitraires. Cet état de fait a des conséquences inouïes sur la qualité et la disponibilité des soins. La peur des coûts et le refus de certains membres du personnel de santé de soigner des femmes sans paiement même en cas d'urgence risquent de retarder la décision de se faire soigner, ce qui à son tour peut être fatal.

La discrimination subie par les femmes dans de nombreux domaines de leur vie, ainsi que l'infériorité de leur statut social, limitent leur capacité à décider et planifier leurs grossesses et contribuent à une situation qui peut les empêcher d'avoir accès aux soins. Des pratiques comme les mariages précoces et forcés et les mutilations génitales féminines augmentent les risques encourus par les femmes lors de la grossesse et de l'accouchement.

Il reste encore beaucoup à faire dans le domaine de la décentralisation des services de santé avant que les responsabilités, les rôles et l'obligation de rendre des comptes soient clairement établis et que l'on puisse garantir une gestion efficace et une bonne répartition des budgets et autres ressources nécessaires au bon fonctionnement du système. Le gouvernement n'a pas mis en place de mesures adéquates pour empêcher la corruption et la mauvaise gestion, pas plus qu'il n'a mis en œuvre les recommandations essentielles de la Commission anticorruption. Si des femmes subissent des violations de leurs droits dans le système de santé, elles et leurs familles n'ont guère ou pas de voie de recours pour porter plainte ou demander des réparations.

Le gouvernement a pris certaines mesures positives. Il a développé un Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation, qui vise à abattre de nombreux obstacles à la santé maternelle étudiés dans ce rapport. Il a aussi créé une unité de santé infantile et en matière de procréation au sein du ministère de la Santé, et l'a dotée d'un personnel suffisant et compétent. Il a sollicité une aide technique auprès des agences des Nations unies et des organismes donateurs, et a mené de nombreuses évaluations du système de santé, notamment une Évaluation nationale des besoins en matière de services d'obstétrique d'urgence et de soins aux nouveau-nés en Sierra Leone. À partir de ces conclusions, et en consultation avec des partenaires clés, le FNUAP collabore étroitement avec le ministère de la Santé, à l'aide de fonds de donateurs tels que le Département du développement international britannique, la Banque mondiale et la Banque africaine de développement, pour créer des services d'urgence complets dans sept districts.

Les organismes donateurs s'engagent à mettre en œuvre le Plan stratégique, dont le coût serait approximativement de 200 millions d'euros de 2008 à 2010. Le Département du développement international s'est également engagé à soutenir le gouvernement de la Sierra Leone en fournissant une assistance technique pour que le ministère de la Santé soit davantage en mesure d'appliquer ce plan et puisse atteindre ses objectifs.

Il s'agit là d'avancées bienvenues, et le gouvernement doit rapidement les mettre en œuvre. Entre-temps, des Sierra-Léonaises comme Yerie Marah continuent à voir bafoués leurs droits à des soins maternels et génésiques qui peuvent leur sauver la vie.

Pour réduire le nombre de femmes qui meurent de complications lors de la grossesse et de l'accouchement alors que ces complications peuvent être traitées, le gouvernement de la Sierra Leone doit assurer à ces femmes l'accès à des soins de bonne qualité et abordables ; prendre des mesures pour remettre en cause les croyances d'ordre culturel et les pratiques sociales qui mettent en danger la vie des femmes, et créer une situation où les femmes peuvent prendre de manière autonome des décisions concernant leur fertilité et leur vie reproductive.

Les donateurs ont également un rôle important à jouer pour aider le gouvernement de la Sierra Leone à remplir ses obligations en lien avec le droit à la santé. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré : « *Eu égard aux ressources disponibles, les États parties devraient faciliter l'accès*

aux soins, services et biens sanitaires essentiels dans la mesure du possible et fournir, au besoin, l'aide nécessaire¹⁸⁷. »

RECOMMANDATIONS

Tout plan visant à lutter contre la mortalité maternelle en Sierra Leone doit intégrer au minimum les éléments suivants :

1. VEILLER À CE QUE LE COÛT NE CONSTITUE PAS UN OBSTACLE AUX SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS, NOTAMMENT À L'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE ET AUTRES SERVICES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE PROCRÉATION

Les coûts constituent actuellement le principal obstacle à l'accès des femmes aux services de santé en matière de procréation, notamment l'obstétrique d'urgence. Des traitements salvateurs, notamment les médicaments, doivent être délivrés gratuitement aux femmes enceintes.

- Le ministère de la Santé doit mettre en œuvre, dans tous les centres de soins, la politique exemptant les groupes vulnérables, dont les femmes enceintes et allaitantes, du paiement des médicaments et services essentiels, notamment l'obstétrique d'urgence. Le gouvernement doit prendre des mesures immédiates pour faire connaître cette politique.
- Le gouvernement doit mettre en œuvre les recommandations de la Commission anticorruption sur le système centralisé de recettes, en affichant et annonçant tous les frais liés aux services de santé, et en créant un système fiable de surveillance et de reddition de comptes.
- Le Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation doit préciser comment, dans sa mise en œuvre, il soutiendra cette politique visant à exempter les groupes vulnérables, notamment les femmes enceintes et allaitantes, du paiement des services et des médicaments.

2. ACCROÎTRE LE NOMBRE ET LA DISPONIBILITÉ DE PERSONNES QUALIFIÉES LORS DES ACCOUCHEMENTS

Plus de 80 % des femmes accouchent à domicile sans la présence de personnes qualifiées pour les assister, et n'ont aucun accès à des soins adéquats en cas de complication. Le ministère de la Santé doit :

- augmenter ce personnel en formant davantage de sages-femmes, d'assistantes de santé maternelle et infantile et d'autres personnes, et en améliorant la formation du personnel existant ;
- prévoir des incitations pour une meilleure répartition des membres du personnel médical qualifié dans tout le pays.

3. AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ ET L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS, NOTAMMENT LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE

Même si une femme parvient au centre de soins, les services nécessaires ne sont pas forcément disponibles. La plupart des centres, en particulier dans les zones rurales, manquent de personnel suffisamment qualifié, de matériel, de services de transfusion et

de médicaments. Six des 13 districts de santé ne disposent d'aucun service d'obstétrique d'urgence. Pour respecter ses engagements aux termes de l'accord d'Abuja et du Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation, le gouvernement de la Sierra Leone doit consacrer 15 % de son budget national à la santé chaque année et faire en sorte que cette somme soit versée dans un délai raisonnable.

- Le gouvernement doit consacrer suffisamment de ressources financières et de moyens techniques pour mettre en œuvre le Plan pour la santé génésique et infantile afin que, en 2010, tous les districts disposent d'un panier de soins essentiels.
- Le ministère de la Santé doit mettre en œuvre les recommandations de l'Évaluation nationale des besoins en matière de services d'obstétrique d'urgence et de soins aux nouveau-nés en Sierra Leone, pour que chaque district dispose d'au moins un hôpital fournissant un service complet d'obstétrique d'urgence, et que 70 unités de soins annexes assurent un service élémentaire dans ce secteur.
- Le ministère de la Santé doit prendre des mesures immédiates pour régulariser dans le cadre de la fonction publique le personnel de santé travaillant actuellement sans salaire, et pour que ce personnel reçoive une rémunération suffisante, selon les besoins en personnel des unités de soins.
- Le ministère de la Santé doit améliorer le recrutement, la conservation, la motivation et la formation du personnel, y compris en retenant mieux les personnes travaillant dans le secteur de la santé dans les zones rurales. Le ministère doit prendre toutes les mesures possibles pour améliorer les conditions de travail et les salaires de ces personnes.
- Le ministère de la Santé doit offrir une formation et un soutien suffisants aux membres du personnel de santé, et s'assurer que leurs activités sont supervisées par un personnel de niveau supérieur.
- Le ministère de la Santé doit assurer une répartition équitable du sang, des médicaments et autres fournitures médicales dans tout le pays.

4. AMÉLIORER LES RÉSEAUX DE PRISE EN CHARGE

Le manque de communication entre les centres de soins et de moyens de transport pour les patients, ainsi que le coût élevé des transports rendent le système dans une large mesure inopérant.

- Le ministère de la Santé et les autorités sanitaires du district doivent renforcer les liens entre tous les échelons du service de santé, en fournissant du matériel de communication et de transport.

5. RENFORCER LE CONTRÔLE ET LA REDDITION DES COMPTES

Il incombe au gouvernement de résoudre le problème de la mauvaise gestion et de la corruption au sein du système de soins, et de mettre en place à cet effet des mécanismes et des institutions efficaces et responsables. La société civile doit jouer un rôle actif dans le contrôle du système de santé.

- Le gouvernement doit s'assurer que le ministère de la Santé et les autorités régionales perçoivent effectivement la part du budget national affectée à la santé, et qu'une partie suffisante est consacrée à la santé en matière de procréation, notamment aux urgences obstétricales.

- Des évaluations des progrès accomplis doivent être menées périodiquement, au moins une fois par an, suivant les indicateurs des Nations unies définis dans l'Évaluation nationale des besoins en matière de services d'obstétrique d'urgence et de soins aux nouveau-nés en Sierra Leone. Les résultats doivent être largement diffusés auprès des prestataires de soins et du public.
- La collecte d'informations sur le nombre et les causes des décès maternels doit être améliorée, notamment par des contrôles portant sur ces décès. Le personnel de santé concerné doit être formé au recueil de données et un système de responsabilisation doit être mis en place qui garantisse que les données sont recueillies avec précision et régularité.
- La mise en œuvre du Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation doit être contrôlée à l'aide de mécanismes permettant l'implication et la participation de femmes ayant recours aux services de santé génésique et maternelle, ainsi que d'autres membres de la communauté et de la société civile pour les processus de planification, de contrôle et d'évaluation.
- Les recommandations de la Commission anticorruption doivent être mises en œuvre. Les mécanismes de surveillance et de reddition de comptes doivent être renforcés, notamment par des systèmes visant à réduire la corruption et la mauvaise gestion lors de la réception, du stockage et de la distribution de médicaments et de matériel. Tout mécanisme de plainte doit faire l'objet d'une ample publicité et être facilement accessible au public.
- Les organes de surveillance médicale doivent disposer des ressources nécessaires pour surveiller, autoriser, enregistrer et réglementer les centres et les professionnels de santé.
- Les pouvoirs publics doivent proposer aux femmes des voies de recours afin qu'elles puissent demander réparation, par voie judiciaire ou autre.
- Le gouvernement doit travailler en étroite collaboration avec les organismes donateurs et les agences internationales pour renforcer les systèmes de soins, les rendre transparents et viables et veiller à ce que les responsables soient tenus de rendre compte de leurs actions. Parmi les priorités essentielles figurent la réforme de la fonction publique, le renforcement de la capacité de direction et de gestion du ministère de la Santé aux niveaux central et régional, l'aide à la création d'un mécanisme efficace de distribution des médicaments et, à plus long terme, l'amélioration de l'information sanitaire.

6. INFORMER LE PUBLIC

Le ministère de la Santé doit collaborer avec toutes les parties prenantes, notamment la société civile, les ONG locales et internationales, les responsables traditionnels et les organisations locales pour améliorer la transparence et sensibiliser davantage aux questions relatives à la santé. Le gouvernement doit :

- mener une campagne médiatique et publique nationale pour mieux informer la population sur :
 - l'importance de la planification familiale ;
 - la nécessité des traitements d'urgence pour les complications liées à la grossesse ;
 - l'importance d'un personnel compétent durant l'accouchement ;

- les engagements et les projets gouvernementaux, dont la gratuité des soins pour les femmes enceintes et allaitantes et le Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation ;
- les mécanismes de plainte et de réparation ;
- le droit à la santé ;
- lancer une campagne médiatique nationale pour attirer l'attention du public sur l'exemption des groupes vulnérables, notamment les femmes enceintes et allaitantes, du paiement des services et des médicaments ;
- mener des campagnes d'éducation et d'information sur l'importance de la présence de personnes qualifiées lors des accouchements, mais abroger les arrêtés pris par les autorités et villages et interdisant l'accouchement à domicile.

7. LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES ET LES PRATIQUES DANGEREUSES

Le gouvernement a l'obligation de prendre toutes les mesures appropriées pour éradiquer la discrimination à l'égard des femmes sous toutes ses formes, y compris l'élimination des pratiques coutumières nocives pour les femmes, ou fondées sur des rôles stéréotypés attribués aux hommes et aux femmes qui renforcent la soumission de ces dernières. Le gouvernement doit :

- mener une campagne nationale de sensibilisation pour améliorer l'information sur la Loi relative aux droits de l'enfant (qui interdit le mariage précoce), et sur les textes de loi de 2007 relatifs au genre (qui portent sur le mariage, la succession, l'héritage et les infractions à caractère sexuel). Les autorités doivent faire respecter et appliquer ces lois ;
- résoudre la contradiction entre les dispositions de la Loi relative aux droits de l'enfant qui interdisent le mariage avant l'âge de dix-huit ans et l'article 2-2 de la Loi relative à l'enregistrement des mariages et divorces coutumiers (qui autorise le mariage en dessous de dix-huit ans avec le consentement parental) ;
- prendre des mesures pour éradiquer la pratique des mutilations génitales féminines en appliquant la Loi relative aux droits de l'enfant de 2007, article 33-1, qui fait de cette pratique d'initiation un acte réprimé par la loi, en modifiant le texte de loi de manière à interdire complètement cette pratique et en informant le public sur ses dangers.

8. RECONNAÎTRE ET HONORER SES ENGAGEMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

La Sierra Leone doit reconnaître qu'en vertu du droit national la population du pays est habilitée à bénéficier du droit à la santé, elle doit permettre la saisine des tribunaux en vue de l'exécution de ce droit et s'assurer que les personnes dont il a été bafoué disposent de voies de recours réels.

- La Sierra Leone doit ratifier le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique ; une fois le Protocole ratifié, la Sierra Leone doit l'intégrer à son droit national, notamment en modifiant ses textes de loi nationaux pour les rendre conformes aux dispositions du Protocole.
- La Sierra Leone doit signer et ratifier le Protocole optionnel au Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels une fois ce Protocole ouvert aux signatures, car il reconnaît le droit de recours aux particuliers.

- Le gouvernement doit encourager la Commission nationale des droits humains et le médiateur national à lutter contre les violations du droit à la santé dans le cadre de leur travail et à veiller à ce que les systèmes d'information sur les violations de ce droit sont accessibles et bien présentés au public.

9. LES PAYS DONATEURS ET LES ORGANISMES INTERNATIONAUX DOIVENT TRAITER LA MORTALITÉ MATERNELLE EN SIERRA LEONE COMME UN PROBLÈME URGENT DE DROITS HUMAINS

Amnesty International prie les gouvernements des pays donateurs, les autres gouvernements et les organismes internationaux de :

- continuer à travailler avec le gouvernement de la Sierra Leone pour la mise en place de mécanismes efficaces de supervision et de responsabilisation, afin que les ressources destinées à la santé, notamment celles fournies par l'aide internationale, fassent l'objet de comptes exhaustifs et transparents et soient distribuées équitablement, la priorité étant donnée aux personnes les plus vulnérables et marginalisées ;
- veiller d'urgence à ce que les donateurs et le gouvernement de la Sierra Leone se coordonnent pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre du Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation ;
- faire en sorte que l'aide financière et technique octroyée au gouvernement de la Sierra Leone pour la santé place en priorité la suppression des obstacles financiers ou autres qui empêchent les femmes d'accéder aux services de santé ;
- soutenir les projets visant à améliorer la formation, le recrutement, le maintien dans leurs fonctions et les conditions de travail des membres du personnel de santé, en particulier dans les zones rurales ;
- veiller à ce que l'aide technique soit destinée à améliorer, entre autres priorités, le recueil de données au sein du système de santé, notamment par des études sur la mortalité maternelle, l'objectif étant d'apporter des informations pour la planification, les politiques et les pratiques en matière de santé sexuelle et génésique ;
- fournir une coopération et une aide internationales au gouvernement sierra-léonais pour l'application du droit au plus haut niveau de santé susceptible d'être atteint, en renforçant le système et en donnant la priorité aux personnes les plus vulnérables et marginalisées pour l'accès aux soins essentiels.

ANNEXE 1/LE SYSTÈME DE SANTÉ EN SIERRA LEONE

Le système de santé en Sierra Leone suit un processus de décentralisation depuis 2004. Le cadre légal est fourni par la Loi de 2003 sur les conseils d'administration des hôpitaux et la Loi de 2004 relative aux pouvoirs locaux.

Il existe 19 conseils locaux dans les 13 districts de Sierra Leone (12 conseils de district, cinq conseils municipaux, le conseil municipal de Freetown et le conseil rural de la Zone occidentale). Ces conseils sont chargés de la gestion des services de santé primaire. Ils recouvrent les quatre régions administratives : Freetown et la Zone occidentale, la province du Nord (Bombali, Tonkolili, Kambia, Koinadugu, Port Loko), la province du Sud (Moyamba, Bo, Pujehun, Bonthe) et la province de l'Est (Kono, Kailahun et Kenema).

Les 13 équipes de direction de la santé des districts sont chargées de mettre les services à la disposition des patients. Elles planifient, organisent, gèrent, mettent en œuvre, surveillent et supervisent les programmes de santé dans leurs districts. Ces équipes élaborent des plans annuels qu'elles présentent au ministère de la Santé pour financement. Elles sont en charge des soins primaires, les soins secondaires étant en cours de décentralisation au profit des districts. Un médecin directeur de la santé publique supervise l'administration des soins au niveau du district et dirige l'équipe.

Tous les conseils locaux disposent d'une commission santé et d'un département gouvernemental local des finances. Ces institutions sont responsables de l'élaboration des plans de santé et des budgets, qui sont étudiés par les équipes de district puis validés par le conseil local et le ministère de la Santé. Les plans sont soumis au ministère de la Santé et au ministère des Finances et du Développement économique, pour financement.

Le ministère de la Santé joue un rôle global de direction et de coordination auprès des donateurs et des autres principales parties prenantes. Il est responsable de l'élaboration des programmes et politiques dans le domaine de la santé, de la création et de la surveillance des normes en matière de performance, ainsi que de la mobilisation des ressources. Le ministère de la Santé est directement responsable des institutions tertiaires. L'emploi du personnel de santé est contrôlé au seul niveau central : le recrutement est organisé par le ministère, l'intégration dans la fonction publique est contrôlée par le secrétariat d'État chargé du placement des personnes, et la paye est administrée par le ministère des Finances. Sous l'autorité du ministre de la Santé, se trouvent un médecin chef et divers départements, dont la Direction de la santé infantile et en matière de procréation, nouvellement créée au sein du ministère de la Santé pour apporter des conseils sur les stratégies et la mise en œuvre du Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation.

Au sein des districts, les unités de santé périphériques fournissent des soins primaires. Parmi ces unités figurent les centres de santé communautaires, avec des praticiens locaux, les postes de santé communautaires, avec des infirmiers engagés par l'État, et au niveau le plus élémentaire, les postes de santé maternelle et infantile, avec des assistants et assistantes de santé maternelle et infantile. Chacun des 13 districts possède un hôpital public. Il existe aussi plusieurs hôpitaux privés et centres de soins dirigés par des organisations religieuses et d'autres organisations nationales et internationales.

Les centres de soins du troisième niveau n'ont pas encore été décentralisés. Le Princess Christian Maternity Hospital est l'établissement de troisième niveau chargé de la santé maternelle et infantile.

En 2007, il existait 97 ONG enregistrées dans le secteur de la santé. Selon certaines estimations, le ministère de la Santé fournit 50 % des services de santé. Le reste provient des ONG et du secteur privé¹⁸⁸. Toutes les institutions privées, y compris les ONG locales et nationales, les organisations religieuses et les donateurs, doivent s'enregistrer auprès des départements des finances et de la planification du ministère de la Santé¹⁸⁹.

ANNEXE 2/LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

En Sierra Leone, il existe trois sources principales de financement pour la santé : l'État, les particuliers et les organismes donateurs.

Selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses privées de santé en 2007 (des foyers) correspondaient à 31 euros par personne et par an et les dépenses publiques (par les gouvernements et les donateurs) étaient de 11 euros par personne¹⁹⁰.

Le secteur de la santé dépend dans une grande mesure des donateurs. Selon certaines estimations, ceux-ci ont contribué pour environ 128 milliards de leones, (un peu moins de 30 millions d'euros) entre 2004 et 2007, ce qui équivaut à quelque 6 euros par personne¹⁹¹.

La dépense publique est financée en partie par le fonds consolidé¹⁹² (22 %) et en partie par des projets extérieurs (78 %)¹⁹³. Les organismes donateurs, principalement le Département du développement international britannique, la Banque mondiale, l'Union européenne et la Banque africaine de développement, fournissent environ 20 % du budget global du gouvernement en termes d'aide non affectée *a priori*. La part qui revient au ministère de la Santé est mal connue.

Les chiffres relatifs au financement gouvernemental du système de santé varient et sont difficiles à comparer. En février 2008, le ministère de la Santé a déclaré que le gouvernement consacrait 14,85 % de son budget périodique de 2007 au secteur de la santé¹⁹⁴, mais des responsables gouvernementaux ont déclaré à Amnesty International que la somme totale prévue pour la santé en 2008 se situait entre 7,8 et 10 % du budget national¹⁹⁵. Cela correspondait à 7 millions d'euros environ, sans tenir compte des salaires du personnel, rémunéré par le ministère des Finances.

FINANCEMENT PAR LES DONATEURS DU PLAN STRATÉGIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ INFANTILE ET DE PROCRÉATION

Le coût d'ensemble lié à la mise en œuvre de ce Plan entre 2008 et 2010 est estimé à 200 millions d'euros environ¹⁹⁶. Une part élevée des coûts estimés est consacrée à des dépenses directes pour les centres de soin, notamment le transport, la logistique, les médicaments, les équipements et les moyens de communication, mais aussi aux ressources humaines, notamment la rémunération, l'assurance santé, le transport, les aides au logement et la formation du personnel. Reconnaisant la nécessité d'augmenter les salaires, le Plan comprend des estimations du coût lié au quadruplement des salaires et aux mesures d'incitation pour les personnes travaillant dans des zones rurales ou à haut risque¹⁹⁷. L'une de ses stratégies consiste à travailler avec d'autres partenaires pour supprimer les obstacles, financiers et autres, qui entravent l'accès aux services de santé¹⁹⁸.

L'un des principaux objectifs du programme est de développer des compétences dans l'ensemble du système de santé au sein du ministère et de permettre ainsi à ce dernier d'apporter des améliorations selon les priorités décidées, plutôt que d'éparpiller les fonds des donateurs de manière inégale et irrégulière¹⁹⁹.

À cette date, le Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation est largement financé par un groupe de donateurs. La Banque mondiale, via son Fonds catalyseur de croissance en Afrique, a engagé 20 millions d'euros en deux phases. En 2008, la Banque mondiale a consacré approximativement deux millions d'euros à des véhicules et ordinateurs. La Banque mondiale travaille principalement avec les conseils locaux²⁰⁰. D'autres donateurs comme Irish Aid ont engagé des fonds, en grande partie par l'intermédiaire des organes des Nations unies. En 2008, Irish Aid a fourni des fonds pour l'Évaluation nationale des besoins. En juin 2009, l'UNICEF a fourni 560 000 euros aux districts pour la supervision, les médicaments et équipements, et pour les études sur la mortalité maternelle.

L'agence d'aide japonaise JICA, l'Union européenne et les ONG internationales fournissent des ressources techniques et financières au secteur de la santé, tout comme l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP, le Programme alimentaire mondial (PAM), l'ONUSIDA et le PNUD²⁰¹.

Le Département du développement international britannique s'est engagé à fournir 50 millions de livres sterling sur dix ans au Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation²⁰². En février 2009, il avait décaissé quelque 0,5 million de livres (550 000 euros), en grande partie pour l'assistance technique.

En avril 2009, le Département du développement international a annoncé 16 millions de livres (17 à 18 millions d'euros) de soutien au Plan stratégique pour²⁰³ :

- les soins obstétricaux d'urgence (notamment l'accès aux centres de soins, à des sages-femmes qualifiées et à des conseils en planning familial), ainsi que la promotion de la vaccination et un programme de lutte contre la malnutrition ;
- des cliniques et des hôpitaux de district fournissant des soins primaires. Le Département du développement international et la Banque mondiale ont prévu de créer un fonds commun pour financer directement les centres de soins gérés par les conseils de district, afin qu'ils dispensent les soins élémentaires ;
- une gestion efficace des ressources, pour assurer une gestion financière et une supervision adéquates des dépenses ;
- des financements à court terme destinés à un groupe d'ONG pour que le Plan stratégique soit mis en œuvre aussi vite que possible dans cinq districts prioritaires (Bo, Tonkolili, Bombali, Koinadugu, Kono). Le Département du développement international a également annoncé en avril 2009 qu'il aiderait ces districts à fournir des soins obstétricaux d'urgence²⁰⁴.

Un tiers environ de ces fonds doivent aller directement à la Direction de la santé infantile et en matière de procréation²⁰⁵.

Malgré l'importance des hôpitaux centraux, le Plan stratégique ne fait guère référence aux institutions tertiaires (le troisième niveau de soins). Lors de discussions avec les organismes donateurs, il semblait que ces institutions ne constituaient pas leur priorité et que les financements devaient se concentrer sur les soins de premier et deuxième niveaux. Cependant, le FNUAP finance actuellement des médicaments pour le Princess Christian Maternity Hospital, la seule maternité de troisième niveau du pays.

NOTES

1 Chiffre avancé par l'ONU :

[http://data.un.org/Data.aspx?d=SOWC&f=inID per cent3A132](http://data.un.org/Data.aspx?d=SOWC&f=inID%20per%20cent3A132).

2 Paul Hunt et Judith Bueno de Mesquito, *Reducing maternal mortality, The contribution of the right to the highest attainable standard of health*, Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), p. 8.

3 UNICEF, analyse de la situation en 2006.

4 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 21.

5 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistiques de la Sierra Leone, Mesure DHS, décembre 2008, p. 14.

6 *Reproductive and Child Health Program*, (Programme de santé infantile et en matière de procréation), ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, *Nationwide Needs Assessment for Emergency Obstetrics and Newborn Care Services in Sierra Leone*, 2008, p. 1. (Évaluation nationale des besoins en matière de services d'obstétrique d'urgence et de soins aux nouveau-nés, ci-après Évaluation nationale des besoins).

7 Évaluation nationale des besoins, p. 1.

8 On trouve le chiffre de 5,1 dans le document *Sierra Leone Demographic Health Survey 2008, Preliminary Report*, qui précise toutefois que ce taux est plus élevé dans les campagnes. L'Évaluation nationale des besoins donne le chiffre de 6,1 (p. 1).

9 Évaluation nationale des besoins.

10 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010, volume III, *Reproductive health programme norms and standards*, 2008, p. 13.

11 De plus, alors que les femmes constituent 52 % de la population, elles participent peu à la vie politique : seuls 14,5 % des parlementaires sont des femmes et elles ne sont que trois dans un gouvernement qui compte 21 ministres. Seuls deux des 22 ambassadeurs de la Sierra Leone et deux de ses 19 juges sont de sexe féminin.

12 Comité des droits économiques, sociaux et culturels (ci-après CESCR), Observation générale n°14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc ONU E/C.12/2000/4, 11 août 2000 (ci-après CESCR, Observation générale 14).

13 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 24.

14 Manifeste politique du Congrès du peuple réuni (APC), 2007, p. 13.

15 Entretien avec Abdul Tejan Cole, président de la Commission anticorruption, réalisé à Freetown en avril 2008. La Commission anticorruption a pour mission d'examiner les pratiques des organismes publics, dans le souci de permettre la dénonciation des pratiques ou actes de corruption, ainsi que de faire réviser les pratiques et procédures qui, de l'avis de la Commission, peuvent déboucher plus ou moins directement sur des pratiques frauduleuses ou relevant de la corruption.

16 Évaluation nationale des besoins.

17 *Witness to Truth: Report of the Sierra Leone Truth and Reconciliation Commission*, Vol 1, p. 10 (Rapport de la Commission de la vérité et de la réconciliation).

18 *Witness to Truth: Report of the Sierra Leone Truth and Reconciliation Commission* Vol 3 A, p. 80.

19 Entretien avec le ministre de la Santé, réalisé à Freetown en février 2009.

20 Chiffre de 2007, données de l'ONU, obtenu en juillet 2009, <http://data.un.org/CountryProfile.aspx?crName=Sierrapercent20Leone>

21 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 12.

22 http://hdrstats.undp.org/2008/countries/country_fact_sheets/cty_fs

23 *2004 Sierra Leone Poverty Reduction Strategy Paper (SL-PRSP)* (Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté en Sierra Leone, 2004).

24 CAFOD, *Local perspectives on Gender: Liberia and Sierra Leone*, juillet 2008, CAFOD (Catholic Agency for Overseas Development / Organisation catholique pour le développement outre-mer) et Christian Aid, p. 41.

25 UNICEF, http://www.unicef.org/french/infobycountry/sierraleone_statistics.html.

26 Parmi elles figurent les écoles gérées par les associations Sande et Poro. Sande est une association féminine implantée au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée, qui accompagne les jeunes filles dans leur passage à la vie d'adulte, leur apporte des conseils en matière de fertilité et leur donne des notions de moralité et de comportement sexuel. Cette association continue de s'intéresser au bien-être de ses membres tout au long de leur vie. Poro est une institution complémentaire pour les hommes.

27 CAFOD, *Local perspectives on Gender: Liberia and Sierra Leone*, , juillet 2008, CAFOD et Christian Aid, p. 27-29.

28 La Commission de la vérité et de la réconciliation mise en place en Sierra Leone en 2004 a entre autres recommandé d'abolir la pratique, jugée discriminatoire et archaïque, consistant à renvoyer des établissements scolaires les jeunes filles qui se retrouvaient enceintes.

29 Amnesty International, *Women face human rights abuses in the informal legal sector*, index: AFR 51/002/2006, 2006, <http://www.amnestyusa.org/document.php?lang=e&id=ENGAFR510022006>.

30 La Loi relative à l'enregistrement des mariages et des divorces coutumiers a été révisée et mise à jour en 2009. Cette nouvelle version remplace celle de 2007.

31 La Commission nationale sur la violence liée au genre, qui dépend du ministère des Affaires sociales, de la Condition féminine et de l'Enfance.

32 Chez les femmes ayant subi des mutilations génitales, « la probabilité de complications à l'accouchement, à savoir : césarienne, hémorragie du postpartum, épisiotomie, hospitalisation prolongée, réanimation du nouveau-né, décès périnatal pendant l'hospitalisation de la mère, est significativement plus élevée que lorsque la femme n'a pas eu de mutilation ». OMS, « Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains », Groupe d'étude OMS sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical, revue de l'OMS, également paru dans *The Lancet* 2006, 367 :1835-1841.

- 33 <http://asiapacific.amnesty.org/library/Index/FRAAFR510022007?open&of=FRA-SLE>
- 34 Loi de 2007 relative aux droits de l'enfant, article 35, p. 18.
- 35 Les sommes exprimées dans le présent rapport sont calculées en fonction d'un taux de change fixe de 3 000 leones pour un dollar américain ou 0,67 euro. Dans la réalité, ce taux varie sans cesse.
- 36 Centre de recherche Innocenti (UNICEF), *Le mariage précoce*, Digest Innocenti, UNICEF, n°. 7, 2001, p. 11.
- 37 FNUAP, *Child Marriage Fact Sheet*, disponible (en anglais) à l'adresse http://www.unfpa.org/swp/2005/presskit/factsheets/facts_child_marriage.htm#ftn10
- 38 La fistule obstétricale (ou fistule vaginale) est une lésion grave, caractérisée par la constitution d'une communication anormale (une fistule) entre le rectum et le vagin ou entre la vessie et le vagin. Elle survient généralement après un accouchement difficile, lorsque les soins médicaux adéquats ne sont pas disponibles.
- 39 Centre de recherche Innocenti (UNICEF), *Le mariage précoce*, Digest Innocenti, UNICEF, n°. 7, 2001, p. 11.
- 40 *Sierra Leone Poverty Reduction Strategy Paper* (SL-PRSP), p. 29.
- 41 *Sierra Leone Poverty Reduction Strategy Paper*.
- 42 Contre-rapport faisant suite aux cinq premiers rapports soumis par la Sierra Leone au titre de Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, remis lors de la 38e session du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (ci-après CEDAW), mai 2007, p. 26-28.
- 43 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 23.
- 44 Une assistante compétente est une professionnelle de la santé accréditée, ayant reçu un enseignement et une formation lui ayant permis de maîtriser les compétences nécessaires à la prise en charge des grossesses, accouchements et soins à prodiguer lors de la période postnatale immédiate, en dehors de toutes complications, ainsi que de détecter ces dernières et d'être à même de faire face à de telles situations, en envoyant les femmes et les nourrissons dans les établissements appropriés.
- 45 Voir Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 25.
- 46 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistiques de la Sierra Leone, Mesure DHS, décembre 2008, p. 9.
- 47 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistiques de la Sierra Leone, Mesure DHS, décembre 2008, p. 9.
- 48 Il s'agit d'un petit tube, placé sous la peau après anesthésie locale et dont l'action dure trois ans.
- 49 Entretien téléphonique avec Marie Stopes International, juin 2009.
- 50 Division de la population, Département des affaires économiques et sociales (ONU), *Abortion Policies: A Global Review*, 2002, www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm
- 51 Voir Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 21.
- 52 Dr Moses, discussion de groupe, Princess Christian Maternal Hospital, 5 février 2009.
- 53 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistiques de la Sierra Leone, Mesure DHS, décembre 2008, p. 79.
- 54 Séminaire national annuel de révision et de planification des politiques de santé, novembre 2007.
- 55 Évaluation nationale des besoins, p. 15.
- 56 Évaluation nationale des besoins, p. 15.
- 57 Évaluation nationale des besoins, p. 2.
- 58 Le Ministerial Leadership Initiative for Global Health est un partenariat entre les organisations Realizing Rights : Ethical Globalization Initiative, Council of Women World Leaders, et Results for Development Institute. Ces organisations sont financées par la Fondation Bill et Melinda Gates.
- 59 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 25.
- 60 Évaluation nationale des besoins, p. 32.
- 61 http://hdr.undp.org/en/reports/nationalreports/africa/sierraleone/sierraleone_nhdr_20071.pdf
- 62 *Primary Health Care in Sierra Leone: Clinic Resources and Perceptions of Policy after One Year of Decentralization*, juin 2007, Projet de réforme institutionnelle et de renforcement des capacités (IRCBP), Unité d'évaluations, p. 1.
- 63 Selon les discussions qu'ont pu avoir sur le terrain les délégués d'Amnesty International avec des membres du personnel d'ONG internationales et d'hôpitaux privés financés par des institutions religieuses. Un médecin de MSF gagne par exemple 600 dollars par mois, alors qu'un médecin employé par l'État touche un salaire situé entre 100 et 200 dollars.
- 64 Dr Moses, discussion de groupe, Princess Christian Maternity Hospital, 5 février 2009.
- 65 Entretien avec le directeur des consultations au Princess Christian Maternity Hospital, mars 2009.
- 66 *Primary Health Care in Sierra Leone: Clinic Resources and Perceptions of Policy after One Year of Decentralization*, juin 2007, Projet de réforme institutionnelle et de renforcement des capacités (IRCBP), Unité d'évaluations, p. 1.
- 67 Selon le Dr Alikalie, médecin du district de Koinadugu, février 2009.
- 68 CESCR, Observation générale 14, § 14.
- 69 UNICEF, OMS, FNUAP, *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux*, 1997, p. 26.
- 70 Évaluation nationale des besoins.
- 71 CESCR, Observation générale 14, § 43-e.
- 72 Évaluation nationale des besoins, p. 15.
- 73 Alors que les lignes directrices de l'ONU disposent que le taux de mortalité doit être inférieur à 1 %, l'Évaluation nationale des besoins cite un taux de 7 % pour la Sierra Leone. Les auteurs de l'étude indiquent cependant que ce chiffre n'a qu'une valeur très relative, dans la mesure où les registres médicaux ne reflètent guère le nombre réel des cas de complications obstétriques, et encore moins celui des décès maternels (p. 73).
- 74 D'après plusieurs conversations avec l'administrateur et directeur des consultations du Princess Christian Maternity Hospital, en février 2009.

75 *Primary Health Care in Sierra Leone: Clinic Resources and Perceptions of Policy after One Year of Decentralization*, juin 2007, Projet de réforme institutionnelle et de renforcement des capacités (IRCBP), Unité d'évaluations, p. 1.

76 Commission anticorruption, *Recommendations for Reform Towards a Better Health Care Delivery System*, 2008 (ci-après Rapport de la Commission anticorruption.)

77 Rapport de la Commission anticorruption, p. 14.

78 Les enquêtes réalisées sur les dépenses publiques par le ministère des Finances en 2007 ont révélé que des quantités importantes de médicaments disparaissaient entre les magasins médicaux centraux et les pharmacies des districts. La situation est telle que des entrepreneurs privés approvisionneraient aujourd'hui directement en médicaments les pharmacies de districts.

79 Rapport de la Commission anticorruption, p. 25-26.

80 Rapport de la Commission anticorruption, p. 8, 18.

81 Rapport de la Commission anticorruption, p. 8, 14 et 18.

82 Rapport de la Commission anticorruption, p. 8, 23.

83 *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2008, Preliminary Report*, Statistiques de la Sierra Leone, Mesure DHS, décembre 2008, p. 79.

84 Évaluation nationale des besoins, p. 79.

85 Une assistante compétente est une professionnelle de la santé accréditée, ayant reçu un enseignement et une formation lui ayant permis de maîtriser les compétences nécessaires à la prise en charge des grossesses, accouchements et soins à prodiguer lors de la période postnatale immédiate, en dehors de toutes complications, ainsi que de détecter ces dernières et d'être à même de faire face à de telles situations, en envoyant les femmes et les nourrissons dans les établissements appropriés.

86 Selon l'Évaluation des besoins de 2008, 17 % seulement des personnes appelées à apporter une assistance lors de la grossesse et de l'accouchement étaient capables de citer tous les signes permettant de dresser un diagnostic rapide d'hémorragie post-partum et seulement 20 % connaissaient toutes les interventions décisives à pratiquer. Les résultats étaient sensiblement les mêmes pour les autres causes majeures de décès maternel que sont la rétention placentaire et la septicémie post-partum.

87 Évaluation nationale des besoins, 2008, p. 1.

88 Gouvernement de la Sierra Leone, ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, *Report on an Assessment of the Sierra Leonean Health Information System*, octobre 2006, p. 27, disponible à l'adresse : http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/hmn_sle_his_2007_en.pdf

89 Gouvernement de la Sierra Leone, ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, *Report on an Assessment of the Sierra Leonean Health Information System*, octobre 2006, p. 10.

90 Évaluation nationale des besoins, p. 83.

91 Évaluation nationale des besoins, p. 84.

92 UNICEF, Multi-Indicator Cluster Survey (enquête à indicateurs multiples), 2005.

93 MSF, *Access to healthcare in Post war Sierra Leone, Summary of a 2005 survey in four districts: Kambia, Tonkolili, Bombali, Bo*, 2006.

94 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options Final report*, Oxford Policy Management, 2008, p. 12.

95 Les comptes nationaux de la santé mesurent le total des

dépenses privées et publiques de santé, ainsi que celles des organismes donateurs. Ils mesurent les flux des dépenses depuis la source de financement jusqu'aux agents de financement, prestataires de service, institutions de santé publique, moyens de production et bénéficiaires.

96 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, Oxford Policy Management, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options Final report*, Oxford Policy Management, 2008, p. 15.

97 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 13.

98 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, 2008, p. 13.

99 CESC, Observation générale 14, § 12-b.

100 CESC, Observation générale 14, § 44-a.

101 CESC, Observation générale 14, § 21.

102 CEDAW, Recommandation générale 24, § 27.

103 Cependant, cette interprétation ne repose sur aucun document officiel. Entretien avec le Dr Kargbo, coordinateur, Direction de la santé infantile et en matière de procréation, ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Freetown, avril 2009.

104 Évaluation nationale des besoins, p. 78.

105 Évaluation nationale des besoins, p. 81.

106 Rapport de la Commission anticorruption, p. 12.

107 Reconnaisant ce problème, la Commission anticorruption a recommandé que la liste des frais relatifs aux services et médicaments soit rendue publique.

108 Évaluation nationale des besoins, p. 33.

109 Évaluation nationale des besoins, p. 1.

110 Évaluation nationale des besoins, p. 20.

111 Un projet du Bureau de la Première dame, l'initiative WISH (Women In Safer Health), a été élaboré pour réduire le taux de mortalité maternelle par le soutien à des groupes de femmes, par la formation et le développement de ces groupes et par la construction et l'équipement de maisons d'accouchement.

112 Pour de plus amples informations, voir le rapport de la table ronde de MSF et Save The Children – Royaume-Uni (SCF-UK), *Suppression of patients' financial participation to care: New policies to increase the use of health services*, 29 janvier 2009.

113 Cette réunion a fixé une date butoir et un plan d'action comprenant les éléments suivants : le ministère de la Santé organisera une réunion de coordination d'ici le 17 février 2009 avec le groupe de travail sur le financement de la santé ; tous les partenaires de ce secteur se rencontreront pour coordonner leur soutien aux diverses initiatives ; la gratuité des soins pour les femmes enceintes sera considérée comme une stratégie à appliquer d'urgence, en même temps que se développeront les options de financement à long terme comme l'assurance sociale de santé ; toutes les parties prenantes soutiendront le gouvernement dans la recherche de systèmes de santé de qualité qui soient gérés, financés, soutenus et considérés comme prioritaires aux niveaux national et local ; des mécanismes seront établis pour que la population soit entendue et des actions entreprises. Cependant, il n'a guère été précisé le sens exact de cette

- « *gratuité des soins* », ni à cette réunion ni lors des discussions qui ont eu lieu ultérieurement avec des membres de SCF-UK en Sierra Leone.
- 114** Rapport de la Commission anticorruption, p. 6.
- 115** Rapport de la Commission anticorruption, p. 31.
- 116** Rapport de la Commission anticorruption, p. 32-33.
- 117** La Loi de 2003 relative aux conseils d'administration des hôpitaux prévoyait la création de ces instances avec pour mission de maintenir un certain niveau de normes en matière de soins, de formation, de gestion et d'administration, et de conseiller le ministère sur les frais à prélever pour les services de santé rendus par les hôpitaux.
- 118** Rapport de la Commission anticorruption, p. 32, 41.
- 119** Rapport de la Commission anticorruption.
- 120** Rapport de la Commission anticorruption, p. 7.
- 121** Rapport de la Commission anticorruption, p. 9.
- 122** Rapport de la Commission anticorruption, p. 12-13.
- 123** Évaluation par le groupe technique du document sur la santé infantile et en matière de procréation, mai 2008, p. 18.
- 124** Évaluation par le groupe technique du document sur la santé infantile et en matière de procréation, p. 36-37.
- 125** Évaluation par le groupe technique du document sur la santé infantile et en matière de procréation, p. 14.
- 126** Entretien avec le Dr Kargbo, coordinateur de la Direction de la santé infantile et en matière de procréation, avril 2009.
- 127** Gouvernement de la République de Sierra Leone, *Millennium Development Goals: Report for Sierra Leone, 2005*, p. 35, disponible à l'adresse : http://www.undg.org/archive_docs/6530-Sierra_Leone_MDG_Report.pdf.
- 128** Rapport de la Commission anticorruption, p. 17.
- 129** Rapport de la Commission anticorruption, p. 6.
- 130** Entretien filmé avec le Dr Kargbo.
- 131** Dr Kargbo, discussion de groupe.
- 132** Évaluation des capacités institutionnelles et de gestion, [ministère de la Santé et des Affaires sanitaires], Centre de ressources du Département du développement international britannique sur la santé en Sierra Leone, 2008. Selon l'*Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme* (p. 8), l'objectif du gouvernement dans le secteur de la santé publique est de développer une approche sectorielle, avec des fonds provenant du gouvernement et de partenaires qui soutiendraient un plan stratégique de santé national unifié, et avec un budget de santé répondant aux besoins par des programmes, et non des projets individuels.
- 133** CESCR, Observation générale 14, § 59.
- 134** L'article 14 de la Constitution dispose : « *Nonobstant les dispositions de l'article 4, celles contenues dans le présent chapitre n'accordent pas de droits juridiques et ne sont opposables devant aucun tribunal, mais les principes qui y sont contenus sont néanmoins fondamentaux pour la conduite des affaires de l'État, et le Parlement a le devoir de les mettre en œuvre lors de l'élaboration des lois* » (traduction non officielle).
- 135** Loi de 2004 sur la Commission des droits humains de Sierra Leone, article 1.
- 136** Pacte international des droits civils et politiques (PIDCP), article 6.
- 137** Pacte international relative aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), article 12.
- 138** Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 12 ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, article 5-e-v.
- 139** PIDCP, article 6.
- 140** Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, article 4.
- 141** Comité des droits de l'homme, Observation générale 6, adopté le 30 Avril 1982, disponible à l'adresse : <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/comments.htm>, § 5.
- 142** Comité des droits de l'homme, Observation générale 6, § 5.
- 143** Voir par exemple les observations finales du Comité des droits de l'homme sur la Zambie, CCPR/C/ZMB/CO/3/CRP.1, 2007, § 18. Pour d'autres exemples, voir le Centre pour les droits reproductifs : *Bringing Rights to Bear: Preventing Maternal Mortality and Ensuring Safe Pregnancy*, October 2008, disponible à l'adresse : http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/BRB_Maternal%20Mortality_10.08.pdf, p. 9, 30.
- 144** Observations finales du Comité des droits de l'homme sur le Mali, CCPR/CO/77/MLI, 16 Avril 2003, § 14.
- 145** CESCR, Observation générale 14, § 9.
- 146** CESCR, Observation générale 14, § 11.
- 147** CESCR, Observation générale 14, § 11 et 4.
- 148** CESCR, Observation générale 14, § 11.
- 149** CESCR, Observation générale 14, § 12.
- 150** CESCR, Observation générale 14, § 43.
- 151** CESCR, Observation générale 14, § 47.
- 152** CESCR, Observation générale 3, HRI/GEN/1/Rev.7, § 12.
- 153** CESCR, Observation générale 14, § 21; CEDAW, Recommandation générale 24, disponible à l'adresse <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recom.htm#recom24>, § 31-b.
- 154** CEDAW, Recommandation générale 24, § 21.
- 155** CEDAW, Recommandation générale 24, § 1.
- 156** CEDAW, Recommandation générale 24, § 2.
- 157** CEDAW, Recommandation générale 24, § 11.
- 158** CESCR, Observation générale 14, § 14.
- 159** CESCR, Observation générale 14, § 21; CEDAW, Recommandation générale 24, § 8.
- 160** CESCR, Observation générale 14, § 11; CEDAW, Recommandation générale 24, § 18.
- 161** Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 12; CESCR, Observation générale 14, § 14.
- 162** CESCR, Observation générale 14, § 14; Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 12; Convention relative aux droits de l'enfant, article 24-2-b.
- 163** CESCR, Observation générale 14, § 12-d et 36. Ces paragraphes mentionnent un « *personnel médical qualifié* » au sens général (§ 14) et la « *santé sexuelle et génésique* » entre autres (§ 36).
- 164** CESCR, Observation générale 14, § 14.
- 165** CESCR, Observation générale 14, § 14; Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 12; Convention relative aux droits de l'enfant, article 24-2-b.
- 166** Article 16-1-e.
- 167** CEDAW, Recommandation générale 24, § 17.

168 CEDAW, Recommandation générale 24, § 31-c.

169 Rapport du rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, Paul Hunt, Commission des droits de l'homme, E/CN.4/2004/49, 16 février 2004, § 24 et 25 (ci-après rapport de 2004 du rapporteur spécial sur le droit à la santé.)

170 Rapport de 2004 du rapporteur spécial sur le droit à la santé, § 28.

171 Rapport de 2004 du rapporteur spécial sur le droit à la santé, § 30.

172 Déclaration et programme d'action de Beijing, § 96.

173 CEDAW, Recommandation générale 24, § 15.

174 Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, articles 2-c et 16-b ; CEDAW, Recommandation générale 24, § 15-d.

175 Le Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique est entré en vigueur le 25 janvier 2004.

176 Protocole de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, article 14 : Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction.

177 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, résolution sur la maternité maternelle adoptée en novembre 2008, http://www.achpr.org/english/resolutions/resolution135_en.htm

178 Doc. ONU A/HRC/11/L.16/Rev.1, 16 juin 2009, § 2.

179 PIDCP, article 2 ; PIDESC, article 2 ; Charte africaine, article 2.

180 PIDCP, article 26.

181 Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 2.

182 CEDAW, Recommandation générale 24, § 11.

183 Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 2-a et b ; PIDCP, article 26.

184 Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 2-f.

185 Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 2-c.

186 Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, article 2-e.

187 CDESCR, Observation générale 14, § 39.

188 Ministère de la Santé, *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, p. 10.

189 Ministère de la Santé, *Ministry of Health Medium Rolling Plan and Budget (2007-2009)* p. 29-32.

190 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options Final report*, Oxford Policy Management, 2008, p. 15.

191 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options Final report*, Oxford Policy Management, 2008, p. 29.

192 Fonds consolidé – le principal compte bancaire public dans les pays du Commonwealth.

193 Tim Ensor, Tomas Lievens, Mike Naylor, *Review of Financing of Health in Sierra Leone and the development policy options Final report*, Oxford Policy Management, 2008, p. 21.

194 Ministère de la Santé, *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, p. 8.

195 Entretiens avec de hauts responsables des ministères de la Santé et des Finances, février et juillet 2009.

196 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010, Volume I, *Cost of the Reproductive and Child Health Programme 2008-2010*, janvier 2008 : ce plan décrit avec précision les coûts du programme. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un budget, ces estimations fournissent des informations précises sur les besoins de financement. Elles portent sur le personnel, le matériel, les locaux, l'installation du personnel, le transport et la santé infantile et génésique pour toutes les unités de soins périphériques. Elles tiennent également compte des soins obstétricaux d'urgence et néonataux dans les hôpitaux, ainsi que de l'amélioration des institutions, de la gestion et des systèmes prévue dans le Plan stratégique.

197 Ministère de la Santé, Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010, Volume I, *Cost of the Reproductive and Child Health Programme 2008-2010*.

198 Action stratégique 1.7 du Plan stratégique en matière de santé infantile et de procréation 2008-2010 : *A Strategic Plan To Better Deliver Health Services For Women And Children*, p. 32.

199 Évaluation de la capacité institutionnelle et de gestion [Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires], Centre de ressources du Département du développement international britannique sur la santé en Sierra Leone. Selon l'*Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, p. 8, l'objectif du gouvernement dans le secteur de la santé est de développer une approche sectorielle par laquelle des fonds provenant du secteur public et des organismes donateurs soutiennent un plan et un budget stratégiques et unifiés de santé qui visent à répondre aux besoins en fonction de programmes plutôt que de projets individuels.

200 Au début de l'année 2009, la Banque mondiale préparait un prêt-programme évolutif de six ans devant soutenir les services de santé, d'éducation, d'eau et d'assainissement. La Banque mondiale canaliserait les fonds directement aux conseils locaux ; ceux-ci travailleraient directement avec le ministère des Finances et du Développement économique. L'assistance dans le domaine technique et de renforcement des capacités répondra aux besoins locaux de gestion et de planification.

201 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, p. 7-9.

202 Ministère de la Santé et des Affaires sanitaires, *Operations Manual for the Reproductive and Child Health Programme*, 2008, p. 9.

203 Voir : <http://www.medicalnewstoday.com/articles/145025.php>

204 Selon l'évaluation nationale des besoins, cependant, Bombali et Bo sont relativement bien dotés en services d'obstétrique d'urgence.

205 En juin 2009, le Département du développement international britannique a lancé un appel d'offres pour la fourniture de compétences techniques destinées à renforcer les systèmes et capacités au sein du ministère de la Santé, en vue de garantir un système financier efficace et responsable, un programme de ressources humaines fiable et une Direction de la santé infantile et en matière de procréation bien dirigée et coordonnée.



**JE VEUX
AIDER**

LES CAMPAGNES D'AMNESTY INTERNATIONAL S'EFFORCENT D'OBTENIR LA JUSTICE, LA LIBERTÉ ET LA DIGNITÉ POUR TOUS ET DE MOBILISER L'OPINION PUBLIQUE POUR UN MONDE MEILLEUR, QUE CE SOIT LORS DE CONFLITS TRÈS MÉDIATISÉS OU DANS DES ENDROITS OUBLIÉS DE LA PLANÈTE

CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE

Dans le monde entier, des militants font la preuve qu'il est possible de résister aux forces qui bafouent les droits humains. Rejoignez ce mouvement mondial. Rejoignez la lutte contre les marchands de peur et de haine.

- Adhérez à Amnesty International et participez, au sein d'un mouvement mondial, à la lutte contre les atteintes aux droits fondamentaux. Vous pouvez nous aider à changer les choses.
- Faites un don pour soutenir l'action d'Amnesty International.

Ensemble, nous ferons entendre notre voix.

Je désire recevoir des renseignements complémentaires sur les conditions d'adhésion à Amnesty International.

Nom

Adresse

Pays

Courrier électronique

Je désire faire un don à Amnesty International
(merci de faire des dons en livres sterling, en dollars US ou en euros)

Somme

Veillez débiter ma carte

Visa

Mastercard

Numéro de la carte

Date d'expiration

Signature

www.amnesty.org

Veillez retourner ce formulaire au siège d'Amnesty International de votre pays. Vous trouverez une liste des sièges d'Amnesty International dans le monde entier à l'adresse suivante : www.amnesty.org/en/worldwide-sites

Si Amnesty International n'est pas présente dans votre pays, faites parvenir ce formulaire à :
Amnesty International, Secrétariat international, Peter Benenson House,
1 Easton Street, Londres, WC1X 0DW, Royaume-Uni



INABORDABLE

LE COÛT DE LA SANTÉ MATERNELLE EN SIERRA LEONE

Chaque année, en Sierra Leone, des milliers de femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, souvent dans d'atroces douleurs. Dans presque tous les cas, ces décès auraient pu être évités, si ces femmes avaient eu accès à temps à des soins médicaux abordables.

La plupart des victimes décèdent chez elles, sans avoir reçu l'assistance d'un personnel médical. D'autres meurent pendant leur transport vers l'hôpital. D'autres encore succombent après leur arrivée, soit parce qu'elles ont été admises trop tard, soit parce que, même une fois sur place, on a trop tardé à leur administrer les soins nécessaires.

Les moyens consacrés à la santé en Sierra Leone sont totalement insuffisants. Six des 13 districts du pays sont dépourvus de services d'obstétrique d'urgence. Une femme qui a besoin d'être opérée ou transfusée n'a nulle part où aller, même lorsqu'il s'agit d'une question de vie ou de mort. Les hôpitaux et les cliniques de la Sierra Leone souffrent d'un manque chronique de personnel, d'équipements et de médicaments. Qui plus est, ils sont chers. Le coût des soins de santé constitue l'une des principales raisons qui font que tant de Sierra-Léonaises ne reçoivent pas le traitement dont elles ont besoin.

La discrimination dont sont victimes les femmes en Sierra Leone, dans presque tous les domaines, se reflète dans le faible niveau de priorité accordé à leurs besoins en matière de santé. Cette discrimination constitue une atteinte à leur droit à la santé.

La Sierra Leone est le pays où le risque pour une femme de mourir en couches est pratiquement le plus élevé au monde. Cette situation ne constitue pas seulement une urgence sanitaire : c'est un scandale au regard des droits humains.

Amnesty International
Secrétariat international
Peter Benenson House
1 Easton Street
Londres WC1X 0DW
Royaume-Uni

www.amnesty.org

Index : AFR 51/005/2009
Septembre 2009

WWW.DEMANDDIGNITY.ORG

LA SANTÉ, C'EST
UN DROIT HUMAIN
AMNESTY
INTERNATIONAL

