



DÉVOILER LE MANQUE DE RESPECT  
ET LES MAUVAIS TRAITEMENTS  
AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT ET  
LA NAISSANCE

LE MOUVEMENT DE PROMOTION DU RESPECT  
DANS LES SOINS DE MATERNITÉ

*Notes d'orientation*

Mary Beth Hastings  
Consultante, White Ribbon Alliance

Crédit photo: Joanna Vestey/WRA

Introduction

L'impulsion internationale visant à améliorer la santé maternelle a donné d'importants résultats au cours des dernières décennies, ce qui a grandement contribué à augmenter l'accès des femmes à des prestataires de soins compétents lors de leur accouchement dans la plupart des pays du monde. Toutefois, des preuves s'accumulent de manifestations très répandues de manque de respect et de mauvais traitements (MRMT) affectant les femmes et les jeunes filles, perpétrés par les travailleurs de la santé lorsque les femmes sont en travail et accouchent. Ceci illustre le fossé énorme qui subsiste entre les expériences regrettables vécues quotidiennement par un grand nombre de femmes et de jeunes filles et les idéaux portés par les droits humains et les normes de soins de santé maternelle. Pour combler ce fossé, un mouvement multisectoriel qui s'étend rapidement, porté par des prestataires de soins, des responsables de mise en œuvre en santé maternelle, d'institutions internationales et de défenseurs des droits humains, a fait progresser le respect dans les soins de maternité au moyen de politiques et de programmes de soutien.

(Respectful Maternity Care – Le Respect dans les soins de maternité).<sup>1</sup>

Un mouvement multisectoriel qui s'étend rapidement, porté par des prestataires de soins, des responsables de mise en œuvre en santé maternelle, d'institutions internationales et de défenseurs des droits de la personne, a fait progresser le respect dans les soins de maternité au moyen de politiques et de programmes de soutien.

Le mouvement pour le Respect dans les soins de maternité (RSM) a progressé rapidement ces cinq dernières années et des gestes significatifs ont été posés. En 2014, l'organisation internationale chef de file en normes de soins, l'Organisation mondiale de

la santé (OMS), a sonné l'alarme quant à la nécessité d'agir de façon plus marquée à l'échelle internationale et nationale pour éliminer les mauvais traitements dont des femmes sont victimes lorsqu'elles reçoivent des soins de maternité.<sup>2</sup> La même année, The Lancet a réclamé un "changement de perspective" dans l'évaluation des services de maternité pour qu'ils soient « fondés sur les besoins des femmes et sur ce qu'elles souhaitent lors de leur grossesse et de leur accouchement ».<sup>3</sup>

De plus – et peut-être est-ce à souligner particulièrement étant donné l'importance de la reconnaissance par les professionnels de la santé de cette problématique et de leur engagement à ce sujet – la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) a approuvé en juillet 2014 des lignes directrices à l'intention des « établissements amis des mères-bébés ». Ces lignes directrices affirment le droit des femmes à « être traitées avec dignité et respect » et en appellent à l'élimination des « interventions non nécessaires, des pratiques et procédures sans fondement scientifique, et de toute pratique qui ne respecte pas la culture, l'intégrité corporelle et la dignité (des femmes) ».<sup>4</sup>

En chevauchant les secteurs des droits humains, de l'égalité des genres, de la violence fondée sur le genre, de la qualité des soins, et de la santé de la reproduction, de la santé maternelle, de celle du nouveau-né et de l'enfant (RMNCH), le mouvement RSM a attiré l'attention de différents acteurs-clés à l'échelle internationale, nationale et locale. Conséquemment, le mouvement a facilité une compréhension commune du MRMT durant l'accouchement; de plus, il a établi des cibles internationales concernant le RSM, et a développé des interventions appropriées destinées à cibler les causes individuelles et structurelles du MRMT.

Maintenant que les leaders internationaux examinent d'un œil plus critique comment à la fois améliorer la santé des femmes et faire progresser leurs droits – en particulier en vue des Objectifs de développement durable (ODD), il est important d'examiner jusqu'où ce qui se passe en matière de respect dans les soins de maternité nous a conduits jusqu'à présent, les leçons apprises ce faisant, et les composantes essentielles qui doivent constituer des priorités pour continuer

d'avancer. Ces notes d'orientation – résultat de programmes, de politiques internationales et nationales et d'entrevues avec des acteurs-clés ayant œuvré pendant des années afin d'attirer l'attention sur cette question – vise à constater les progrès réalisés et à fournir des recommandations sur des soins de maternité centrés sur les femmes.

## Le respect dans les soins de maternité: la naissance du mouvement

Les avancées récentes concernant le respect dans les soins de maternité sont le résultat de dizaines d'années d'efforts de la part de prestataires en santé des femmes et de militants pour les droits des femmes qui commencèrent, dans les années 70 et 80, à attirer l'attention sur des incidents pouvant être qualifiés de

Les efforts à l'échelle internationale pour dénoncer les mauvais traitements en maternité manquaient de coordination et n'avaient pas de programme rassembleur.

MRMT lors du travail et de l'accouchement, et ce, tant dans les pays développés que dans ceux en voie de développement. Ces incidents touchaient toute une série de comportements d'intervenants et de ratés du système, tels : les interventions et pratiques ou examens faits sans le consentement des femmes, l'abandon des femmes enceintes en cours de travail, le non respect de leur intimité, le recours à des pratiques non justifiées médicalement, le refus de laisser des femmes choisir la position dans laquelle elles voulaient donner naissance, la violence verbale envers les femmes en travail et des claques ou des coups. Ces incidents incluaient aussi le fait d'obliger des femmes à partager le même lit et de les détenir dans l'établissement pour défaut de paiement.

Des leaders militants avancèrent d'abord qu'à mesure que l'accouchement était transféré dans les établissements (hôpitaux et cliniques), s'est alors perdu ce dont les

femmes avaient bénéficié auprès des accoucheuses traditionnelles – comme le respect de leurs traditions culturelles et la relation entre elles. En dépit du fait que ce changement provenait d'un souci de sauver des vies, les observateurs et les praticiens ont remarqué que dans les établissements, peu d'attention était accordée aux besoins et aux préférences des femmes en train d'accoucher. Plusieurs s'indignèrent aussi du haut taux de césariennes, notamment dans les pays d'Amérique latine, où des mouvements citoyens avaient initié le mouvement vers l'humanisation de l'accouchement.<sup>5</sup> En 2007, le Center for Reproductive Rights publiait «Failure to Deliver : Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities », qu'on pourrait traduire par « L'échec de l'accouchement : violations des droits des femmes dans les établissements de soins au Kenya ». Les auteurs analysent les situations de mauvais traitements en maternité sous l'angle plus large des droits sexuels et de la reproduction.<sup>6</sup> Toutefois, ces efforts à l'échelle internationale pour dénoncer ces mauvais traitements manquaient de coordination et n'avaient pas de programme rassembleur.

En 2010, l'organisation américaine United States Agency for International Development (USAID) a décidé de s'attaquer au manque de coordination en finançant un effort à deux volets : 1) examiner l'étendue et la dynamique du MRMT durant le travail et l'accouchement, et 2) militer pour que les décideurs à l'échelle internationale, nationale et locale reconnaissent l'existence du problème. Afin d'appuyer la recherche sur la question, USAID a soutenu financièrement le programme Translating Research into Action (TRAction) pour combler le manque de connaissances touchant des questions cruciales en santé maternelle et infantile. Ceci a conduit à la rédaction et à la publication d'un remarquable état de la situation, le premier à jeter de la lumière sur les questions du MRMT durant l'accouchement. Écrit par Diane Bowser et Kathleen Hill, ce rapport analyse les facteurs conduisant au MRMT et documente le lien entre ces derniers et la sous-utilisation des services offerts par des accoucheurs qualifiés.<sup>7</sup> Considérée comme la rampe de lancement du nouveau mouvement sur le respect dans les soins de maternité, cette analyse a contribué à la définition de concepts-clés et a révélé l'existence de données crédibles concernant cette problématique cruciale.

Afin de disséminer ces connaissances et d'assurer un soutien multisectoriel pour l'élaboration de politiques et de programmes, USAID a soutenu financièrement l'Alliance du Ruban Blanc (White Ribbon Alliance - WRA) par le biais du Health Policy Project (Projet de politique de la santé) dans la création d'un groupe

Le message du mouvement RSM résonne chez les femmes et les militants partout dans le monde car ils comprennent le caractère universel de la problématique du MRMT et des droits qu'on retrouve dans la charte RSM.

de travail de chercheurs, de praticiens, de défenseurs des droits de la personne et de leaders en santé maternelle. La WRA a aussi travaillé de concert avec ses divisions dans plusieurs pays, afin que des efforts de sensibilisation au RSM aient lieu ou soient accrus. Et, fait très significatif, en 2011, la WRA a réuni un groupe multisectoriel pour la rédaction d'une charte sur les droits universels des femmes pendant la période périnatale<sup>8</sup>, droits fondés sur des traités internationaux en ce qui a trait aux droits humains. Traduite en huit langues, la charte a rejoint des médecins, des sages-femmes, des militants et des femmes, partout dans le monde. Les acteurs-clés du mouvement pour le respect dans les soins de maternité (RSM) considèrent que la charte est la réalisation la plus significative du mouvement militant à ses débuts, puisqu'elle fournit une série de principes, positifs et clairs, susceptibles de pouvoir être appliqués partout.

#### LES SUCCÈS QUI ÉMERGENT

Le message du mouvement RSM résonne chez les femmes et les militants partout dans le monde car ils comprennent le caractère universel de la problématique du MRMT et des droits qu'on retrouve dans la charte RSM. Par conséquent, le mouvement RSM représente maintenant un large éventail d'organisations à portée internationale et il en bénéficie. L'état de la situation (USAID) et la charte (WRA) consolident le concept du respect dans les soins de maternité, provoquant un intérêt croissant pour des actions à l'échelle internationale, afin de mettre fin au MRMT affectant le travail et l'accouchement. Des organisations-clés et des projets-clés – incluant TRAction, l'Alliance du

Ruban Blanc (WRA) et le Groupe de travail en Santé maternelle (MHTF) - ont fait avancer les choses par le biais de militantisme citoyen et international et par la recherche et l'implantation de projets destinés à diminuer le MRMT. Des exemples récents de succès par des militants et des exemples de mise en œuvre figurent un peu plus loin.

## Élaborer des politiques promouvant le RSM

Quand le mouvement RSM a débuté, plusieurs pays étaient en train de se rendre compte qu'ils n'arriveraient pas à atteindre les cinq cibles en santé maternelle fixées par les Objectifs du Millénaire pour le développement. Les liens établis par Bowser et Hill entre le MRMT et la sous-utilisation des services délivrés par des prestataires compétents pour l'accouchement ont attiré l'attention de décideurs dans certains pays. Ceci a facilité la conduite d'actions dans des pays où, souvent, des branches de la WRA étaient en train de développer des stratégies portant sur le RSM, pays qui ont pu alors bénéficier de l'aval de leurs autorités en santé. À l'échelle internationale, des organisations-clés du RSM ont attiré l'attention en présentant la problématique dans des congrès internationaux. Elles ont aussi sollicité la collaboration de membres du personnel de l'OMS et de chercheurs dans le domaine clinique, pour les sensibiliser à la question.

Exemples frappants de succès remportés par le mouvement militant, à la suite des actions mentionnées précédemment et d'actions complémentaires:

### POLITIQUES INTERNATIONALES ET SOUTIEN:

- L'OMS endosse la charte Le respect dans les soins de maternité: les droits universels des femmes pendant la période périnatale, et en 2014, elle publie une déclaration appelant les gouvernements et les bailleurs de fonds à mener des études et à lancer des actions pour contrer le MRMT. L'OMS fait aussi une revue systématique de la littérature internationale sur le MRMT.

- En mai 2015, l'OMS publie un cadre de référence pour la qualité des soins en santé maternelle et infantile<sup>9</sup>, cadre qui inclut la provision de soins et l'expérience des soins comme déterminants égaux de qualité des soins. Ce document est important car il situe le RSM comme un aspect crucial de la qualité des soins, et pas uniquement comme une question de droits humains.

- Un document de USAID, publié en 2015, Maternal Health Vision for Action souligne que le respect dans les soins de maternité constitue un élément crucial et stratégique pouvant contribuer à réduire la mortalité maternelle ainsi que le manque de respect et les mauvais traitements durant l'accouchement.

- En 2014, des associations professionnelles d'obstétriciens, de sages-femmes et de pédiatres ont endossé la charte Le respect dans les soins de maternité et se sont engagées à soutenir des établissements amis des mères et des bébés.

- En juillet 2015, Human Rights in Childbirth a convié à un sommet africain des militants, des juristes, des chercheurs et des prestataires de soins. Le sommet s'est terminé par une déclaration-consensus sur leur engagement renouvelé à combattre le MRMT dans les soins de maternité.

### POLITIQUES NATIONALES ET SOUTIEN

- La reconnaissance du RSM à l'échelle internationale, qui l'a inscrit à l'agenda des politiques internationales, a été cruciale pour faire avancer cette reconnaissance au niveau national, puisqu'elle fournit aux leaders

Fortes de données plus solides confirmant que le MRMT constitue un problème global, des institutions-clés se sont chargées de faire avancer la recherche sur les manifestations de MRMT et sur les solutions possibles à ce problème.

des pays un cadre de référence et parfois même un incitatif à l'action.

- Le Ministère fédéral de la santé au Nigéria a adopté la charte sur les droits universels des femmes durant la période périnatale à titre de norme nationale de soins pour les établissements de santé publics.
- L'Afghanistan a fondé ses normes de soin sur la charte.
- Au Népal, le Ministère de la santé a réussi à faire inclure le langage de la charte dans un projet de loi du Parlement sur la santé maternelle. Même si ce projet de loi n'a malheureusement pas été adopté, suite aux changements politiques dans ce pays, l'intégration de la charte RSM dans la législation proposée constitue un premier pas significatif.
- Au Malawi, la charte a été utilisée dans la formation de base des sages-femmes ayant porté sur le respect dans les soins de maternité.
- L'influence grandissante du mouvement RSM et ses principes internationaux ont attiré l'attention et le soutien d'organisations œuvrant à l'amélioration de l'expérience d'accouchement au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. L'organisation américaine Improving Childbirth utilise la charte RSM comme cadre pour ses communications avec les médias sociaux et pour la mobilisation des personnes la soutenant.

## La contribution de la recherche sur la mise en œuvre de services en santé maternelle

Fortes de données plus solides confirmant que le MRMT constitue un problème global, des institutions-clés se sont chargées de faire avancer la recherche sur les manifestations de MRMT et sur les solutions possibles à ce problème. Le projet TRAction, à travers le Population Council au Kenya et le programme AMDD (Adverting Maternal Health and Disability) de l'Université Columbia, en Tanzanie, s'est chargé de mesurer la prévalence de MRMT et d'évaluer différentes approches susceptibles de les réduire. En même temps, le MHTF travaillait avec des partenaires en Tanzanie et en Éthiopie afin de mesurer de façon similaire la prévalence du MRMT, d'en explorer les causes et

de développer des solutions identifiées par les communautés.

Ces études ont contribué substantiellement à accroître la compréhension de ce que sont le manque de respect et les mauvais traitements. Par exemple, dans chaque site, on a pu constater que les taux de MRMT varient beaucoup. Ce que les chercheurs observent est plus fréquent que ce qui est rapporté par des patientes ou par le personnel. Toutes les études ont souligné que les autorités en santé résistent généralement à l'idée qu'il puisse y avoir manque de respect et mauvais traitements. De plus, les prestataires de soins de santé considèrent souvent que leurs comportements – incluant la violence physique – sont nécessaires ou qu'ils contribuent à sauver la vie des femmes et/ou de leur bébé.

Même si les manifestations de MRMT varient, ce n'était pas toujours facile pour les chercheurs impliqués de voir si les violations provenaient du comportement de praticiens ou de lacunes du système. Par exemple, si un membre du personnel abandonne une femme en train d'accoucher, cela peut provenir d'un manque de considération des besoins de cette femme, ou peut résulter d'un ratio insuffisant clientèle-personnel. D'autres mauvais traitements étaient par contre plus faciles à catégoriser. Le fait de mettre plusieurs femmes dans le même lit provient généralement de l'incapacité du système de santé à fournir un lit à chacune, tandis que la violence physique et verbale relèvent plutôt d'un comportement inadéquat des intervenants. Toutefois, la recherche souligne aussi que le comportement d'un intervenant peut être fortement influencé par le système de santé, tels un manque de personnel, une paie insuffisante et des horaires créant un environnement clinique stressant, qui nuisent au respect dans les soins de maternité.

Ces recherches originales sur la mise en œuvre se sont avérées critiques pour attirer davantage l'attention sur les lacunes des connaissances portant sur le MRMT. Beaucoup d'acteurs-clés ont précisé

que, alors que la question du respect dans les soins de maternité était très peu discutée il y a cinq ans, il y a de plus en plus d'études sur le sujet. Certaines sont faites en pays en voie de développement par des chercheurs indépendants des principaux projets de recherche sur la question. Des acteurs-clés ont aussi noté qu'il y a de plus en plus d'intérêt envers la recherche, se manifestant par exemple par de fréquentes demandes de présentations du RSM lors de conférences ou de permission de citer des documents, même lorsqu'il s'agit de documents non publiés.

## Leçons retenues

Les acteurs-clés ont souligné que l'on peut tirer plusieurs leçons des dernières années de militantisme, de recherche et de mise en œuvre coordonnées à propos du RSM:

Le militantisme, la recherche et la mise en œuvre sont hautement interdépendants. Le mouvement RSM a bénéficié d'un mécanisme de coordination et de convocation comprenant ces trois aspects : les chercheurs fournissent des données critiques que les militants peuvent utiliser pour faire avancer l'adoption de politiques, que les responsables de mise en œuvre peuvent utiliser pour développer des interventions; les militants contribuent à la dissémination des résultats de recherche, et ils s'assurent que les changements de politique soutiennent la mise en œuvre du RSM alimentée par la mobilisation citoyenne; enfin, parce qu'ils sont en contact étroit avec le terrain, les militants et les responsables de la mise en œuvre peuvent identifier des questions-clés que les chercheurs peuvent examiner.

Les responsables de la mise en œuvre évaluent à quel point la recherche saisit ce qui se passe sur le terrain et fournit aux militants des pratiques prometteuses susceptibles de donner lieu à plus de soutien institutionnel et politique.

Les professionnels de la santé peuvent constituer des alliés. Les responsables de la mise en œuvre de projets en RSM ont découvert que les médecins, les infirmières et les sages-femmes sont aussi victimes de MRMT dans le cadre du système de santé, ce qui peut contribuer à la maltraitance de patients. Alors qu'il est important que

les femmes puissent avoir accès à un recours sur le plan juridique lorsqu'elles sont victimes de MRMT, le recours à une approche punitive pour réduire le MRMT dans ces circonstances n'est pas toujours la meilleure solution. Se préoccuper des causes sous-jacentes structurelles du MRMT peut transformer les professionnels de la santé en alliés, à l'intérieur d'un système qui accroît leur compréhension du RSM sans que soit oublié, dans une perspective de RSM, qu'ils sont redevables, ayant des comptes à rendre sur leur comportement et leurs actes.

La coordination des efforts des militants à l'échelle internationale et à l'échelle nationale constitue un levier puissant. Les efforts des militants sont considérés comme des éléments critiques pour le succès de n'importe quelle initiative touchant le RSM, car la volonté politique est essentielle à l'adoption et à la mise en œuvre des changements nécessaires. En Afghanistan, par exemple, même si on retrouve le langage de la charte dans les normes nationales de soins, il n'y a pas eu de volonté politique de s'assurer du respect de ces normes. Et à leur tour, les gains du militantisme à l'échelle internationale donnent un énorme coup de pouce aux militants des différents pays, car ils élèvent le niveau des enjeux que doivent considérer les leaders de ces pays.

Le message est important. Le mouvement RSM, qui a commencé par mettre l'accent sur le MRMT, met maintenant davantage l'accent sur les messages de promotion du RSM. Ceci a contribué à faciliter des avancées tant militantes que dans la mise en œuvre, puisque le RSM présente maintenant une vision positive de ce que les soins peuvent être. En même temps, on continue de discuter de MRMT, de sorte que le caractère grave des mauvais traitements n'est pas oublié. De plus, les responsables de la mise en œuvre de politiques ou de programmes ont constaté que les messages encourageant le respect mutuel entre prestataires de soins et patientes sont appréciés, et ne font pas oublier ceux sur l'importance de soutenir les droits humains.

Le RSM doit inclure des changements précis et un virage fondamental dans la dynamique interpersonnelle (entre les acteurs). Définir plus précisément le MRMT et le RSM a aidé à faire avancer le mouvement, et a créé un cadre global incluant les attentes précises contenues dans la charte sur le type de soins auxquels les femmes sont en droit de s'attendre. Toutefois, le RSM ne doit pas être compris uniquement en termes d'un changement

ou deux à faire dans la salle d'accouchement, telles l'installation de rideaux ou l'acceptation de la présence de proches auprès de la femme en travail. Les efforts de promotion du RSM doivent cibler les systèmes, les structures, les attitudes et les comportements qui sont source de MRMT dans tel ou tel environnement clinique et s'y attaquer.

Pour faire progresser le RSM, on doit prendre en compte chaque contexte et on a besoin de plus d'information sur ce qui fonctionne. Même si les expériences de MRMT se ressemblent, les solutions gagnantes sont jusqu'à présent celles qui ont été profondément ancrées dans des contextes précis. Jusqu'à présent, peu d'interventions ont été vraiment évaluées, et aucune n'a été reproduite à plus large échelle. Les acteurs-clés impliqués dans la mise en œuvre jusqu'ici soulignent que ce qu'ils ont pu observer et les interventions qu'ils ont développées pourraient ne pas pouvoir être adaptées à d'autres cultures ou à d'autres pays.

Le partenariat avec d'autres secteurs est crucial. L'étendue du mouvement RSM est vu par les acteurs-clés comme un élément critique de la puissance de ce mouvement, en partie parce qu'il rassemble des militants qui considèrent la question de différents points de vue. Plusieurs acteurs-clés ont observé que le mouvement aurait pu être encore plus inclusif dès les débuts, par exemple en incluant des militants et des praticiens de la problématique VIH afin d'avoir pu bénéficier de leur expérience et des leçons qu'ils avaient apprises.

## L'avenir du RSM et l'évolution de la définition de qualité des soins

Le succès du mouvement RSM a créé de nouvelles possibilités et a mené vers une interface avec le mouvement axé sur la qualité des soins. Pendant des dizaines d'années, les programmes internationaux en santé maternelle ont fonctionné en assumant que la solution à la morbidité et à la mortalité maternelles était d'accroître l'accès aux prestataires de soins compétents, pour les femmes enceintes. Lorsqu'il est devenu évident

que l'accès aux soins ne rencontrait pas toujours le succès escompté, les leaders en santé maternelle ont commencé à accorder plus d'attention à la qualité des soins de santé maternelle. À ce moment-là, et jusqu'à récemment, les leaders préoccupés par la qualité des soins de santé mettaient uniquement l'accent sur les compétences et gestes cliniques des praticiens : par exemple, sur leur capacité de gérer une hémorragie. Les droits des patientes ou les perceptions sur les soins reçus n'étaient pas pris en compte dans la définition de la qualité des soins.

La vision de l'OMS en matière de qualité des soins pour les femmes enceintes et les nouveau-nés fit l'objet d'une publication en mai 2015, publication qui marqua un tournant dans l'adoption d'une nouvelle définition. Cette nouvelle perspective divise la qualité des soins en deux composantes égales, qui s'influencent mutuellement : la provision de soins par le fournisseur de soins (pratiques fondées sur des preuves scientifiques, sur des systèmes d'information facilitant la mise en œuvre, et sur des systèmes de références fonctionnels) ainsi que l'expérience que les patientes ont des soins (communication de qualité, respect, dignité et soutien émotionnel).

L'alliance entre l'approche en santé publique de la qualité des soins et l'approche de défense des droits de la personne dans le domaine de la santé peut constituer une percée significative. Elle rend les arguments des défenseurs du RSM plus clairs et plus susceptibles d'avoir un impact accru. Ceux-ci affirment en effet que le manque de respect et les mauvais traitements constituent un échec des systèmes de santé et que l'expérience qu'ont les femmes de la manière dont elles sont traitées pendant le travail et l'accouchement est tout aussi importante pour la qualité des soins de santé que des pratiques fondées sur des preuves scientifiques.

Le RSM et la qualité des soins sont liés et se sont influencés mutuellement dans la marche vers ce changement de perspective important. Par exemple, des décideurs ont utilisé les concepts touchant la qualité des soins dans leur mise en œuvre d'interventions axées sur le RSM. De plus, tout comme pour le RSM, des interventions touchant la qualité des soins ont visé à changer non seulement les comportements des prestataires de soins, mais aussi les systèmes qui influencent ces comportements. L'influence du RSM dans les discussions sur la qualité des soins a contribué à diriger l'attention vers les

pratiques fondées sur la recherche scientifique. Selon l'approche du RSM, la même interaction ne peut être qualifiée de réussie que si le praticien ou la praticienne obtient le consentement de la patiente pour les gestes posés, et que si elle ou il communique bien avec elle et lui fournit aussi un soutien sur le plan émotif.

À partir de maintenant, si l'on souhaite assurer un statut égal à la provision de soins et à la perception des patientes, le changement dans la définition de la qualité des soins pour inclure le RSM de manière explicite devra s'accompagner d'un changement aussi important dans la manière de le mesurer.

## Recommandations

### Recommandations concernant le programme global

On doit traiter le manque de respect et les mauvais traitements (MRMT) à plusieurs niveaux, parce que la responsabilité échoit à de nombreux acteurs. Le MRMT provient de la dynamique de pouvoir entre le fournisseur de soins et la patiente, du manque de personnel dans le secteur de la santé, de l'inégalité reliée au genre, de discrimination et de formation inadéquate. Les efforts pour contrer le MRMT doivent être multisectoriels. Ils doivent comprendre des actions sur les plans suivants : démarches juridiques, imputabilité sociale, formation sur les valeurs des prestataires de soins, renforcement des systèmes de santé, et éducation de la population, afin d'autonomiser (empower) les femmes au sujet de leurs droits.

Les efforts de réduction du MRMT doivent tenir compte du contexte et impliquer les femmes. Une approche centrée sur les femmes est essentielle dans le développement de solutions au MRMT. Les femmes devraient être impliquées dans la définition de leurs besoins et de leurs préférences concernant les soins de maternité. Elles devraient aussi être impliquées dans l'élaboration de systèmes destinés à faciliter leur rétroaction continue et leur participation. Les interventions effectuées doivent être adaptées à chaque lieu, et les éléments susceptibles de pouvoir être appliqués ailleurs ne devraient l'être qu'avec la participation active des femmes.

Le processus est important. La visibilité du RSM a généré de l'intérêt pour développer et rapidement mettre des solutions en œuvre. Toutefois, il importe de s'assurer que le processus implique la participation et le soutien de tous les acteurs concernés, incluant : les prestataires de soins, les autorités en santé, les leaders des communautés, ainsi que les femmes elles-mêmes. Les concepteurs de projets devraient identifier leurs propres croyances et s'assurer vraiment que leurs projets ne causent pas de torts par inadvertance. Et parce que le RSM est un nouveau domaine, des projets mal mis en œuvre risquent non seulement de mal fonctionner, mais ils pourraient aussi entraîner une perte d'intérêt sur le plan politique ou de la part des bailleurs de fonds envers des projets de RSM ultérieurs.

Le RSM a besoin d'être mieux défini et on devrait avoir accès à des indicateurs de mesure. Et même si sa définition n'est pas encore très claire, il ne faut pas oublier que le RSM n'est pas seulement l'absence de MRMT. Les responsables de l'implantation de projets devraient chercher à identifier des indicateurs qui mesurent ce que sont de vraies interventions de RSM.

Donner des formations de manière isolée ne constitue pas une solution. Comme il a été dit précédemment, les sources de MRMT proviennent de différents niveaux. Les interventions devraient viser le plus de niveaux possibles, et éviter les solutions implantées à la hâte qui ne sont pas durables.

### Recommandations concernant les politiques

Le RSM devrait être une priorité internationale en santé maternelle, dans tous les pays y compris les plus pauvres. Le caractère universel des Objectifs de développement durable (ODD) se marie bien avec le caractère universel des principes soutenant le RSM, ce qui constitue une occasion importante de consolider le progrès international vers le RSM. Les leaders, à l'échelle internationale et nationale, devraient s'assurer que les engagements envers le RSM se retrouvent dans leurs stratégies de santé visant l'atteinte des ODD, et ils devraient s'assurer aussi qu'on utilise les données provenant des contributions du RSM à la santé maternelle et aux droits de la personne. Les organismes



de la société civile ont aussi une occasion, avec les ODD, d'insister pour intégrer le RSM dans les approches en santé maternelle des secteurs public et privé.

Le RSM constitue un aspect important et légitime de la qualité des soins en santé maternelle. La vision de la qualité des soins de l'OMS affirme la légitimité du RSM comme aspect essentiel de la qualité des soins. Les leaders internationaux et nationaux devraient inclure cette définition élargie de la qualité des soins dans leurs politiques sur la santé, et s'assurer que les façons de mesurer le succès dans le contexte des soins de santé incluent le respect, la protection et la réalisation des droits humains.

Le RSM est à un point tournant : ce mouvement a besoin de soutien financier afin d'assurer sa mise en œuvre. Comme il s'agit d'un domaine relativement nouveau d'intervention, il a besoin de ressources adéquates pour tester des approches et accroître son influence. Des engagements au niveau politique ne peuvent suffire sans le soutien réel de mise en œuvre de politiques, sans des systèmes participatifs d'imputabilité et sans des programmes précis. Les bailleurs de fonds et les gouvernements des pays devraient engager assez de ressources financières pour que le RSM devienne partie intégrale des programmes en santé maternelle.

Le militantisme doit continuer car il est essentiel à la durabilité du RSM, mais ceci ne peut avoir lieu sans financement. Les bailleurs de fonds intéressés par la question des droits en santé maternelle, sexuelle, en santé de la reproduction, et à la qualité des soins, devraient soutenir financièrement le mouvement RSM, à l'échelle internationale et à celle des mouvements citoyens. Ils devraient aussi soutenir la mise en œuvre de projets afin d'assurer le succès du RSM. Continuer à défendre les droits n'est pas important uniquement pour créer des changements de politiques, mais aussi pour évaluer les progrès accomplis, pour les alimenter et pour les enraciner.

Il est important que la voix des femmes soit au cœur des politiques qui font avancer le respect dans les soins de maternité. Les politiques de promotion du RSM – et les mouvements militants qui font avancer ces politiques – doivent être guidés par les femmes et par les organisations citoyennes de femmes, afin d'en assurer la légitimité et l'efficacité. Les femmes n'ont pas toutes les mêmes idées ni les mêmes préférences

en ce qui concerne la mise au monde de leurs enfants. Un processus de consultation réelle auprès d'une gamme étendue de groupes est donc essentiel, particulièrement auprès de groupes représentant des femmes marginalisées. C'est essentiel pour élaborer des politiques qui reconnaissent et respectent la diversité des points de vue et des besoins. Le mouvement RSM doit continuer à se développer comme mouvement dirigé par les femmes elles-mêmes, afin de s'assurer que leurs besoins et leurs préférences fassent l'objet de priorités.

S'associer à d'autres mouvements internationaux dans le domaine de la santé peut contribuer à assurer le succès du RSM. Dans les autres secteurs de la santé, le MRMT est fortement lié aux échecs des droits humains et de la qualité des soins. Par exemple, les jeunes femmes, les mères célibataires ou d'autres femmes marginalisées sont plus susceptibles d'être victimes de MRMT, perpétrés en particulier par des fournisseurs de soins dans le cadre de services de santé sexuelle et de la reproduction. Le mouvement RSM est assez fort pour se positionner sur le continuum de modèle de soins en contribuant à mieux faire comprendre le caractère intersectionnel de la discrimination. Ce faisant, il contribue à créer une vision positive et entièrement inclusive du respect dans les soins touchant le cycle entier de la vie. En s'alliant avec les secteurs de violence reliée au genre, du VIH, de la santé sexuelle et de la reproduction, et de la santé des adolescents, les promoteurs du RSM peuvent accroître leur compréhension des facteurs à l'origine du MRMT, utiliser ces nouvelles connaissances pour améliorer les résultats concernant le RSM et bonifier de manière significative l'analyse de la santé fondée sur le respect des droits.

## Remerciements

L'Alliance du Ruban Blanc (White Ribbon Alliance) remercie l'auteure, Mary Beth Hastings, consultante, qui a effectué la recherche documentaire, mené des entrevues avec les acteurs-clés et écrit ces notes d'orientation, ainsi qu'Hélène Vadeboncoeur, qui a traduit ce document en français. La WRA apprécie aussi les commentaires fournis par les personnes qui ont révisé la version anglaise et française de ce document, incluant Mandé Limbu, Lisa Bowen et Betsy McCallon, de la WRA. Nous sommes profondément reconnaissants envers les personnes suivantes qui ont accepté de nous accorder du temps pour être interviewées : Deborah Armbruster, Neal Brandes, et Mary Ellen Stanton (USAID); Lynn Freedman (Columbia University); Sheena Currie (JHPIEGO); Rima Jolivet (Maternal Health and Task Force); Betsy McCallon (WRA); Kathleen McDonald, consultante; Charlotte Warren (Population Council); and Emily Peca (TRAction Project). Le WRA remercie en particulier les membres du Global RMC Advisory Council qui ont fourni éclairage et suggestions, et apprécie leurs efforts inlassables pour faire avancer le respect dans les soins de maternité donnés aux femmes partout dans le monde.

## Traductions

Traduction par Hélène Vadeboncoeur, chercheuse en droits des femmes et périnatalité, de Pulling Back the Curtain on Disrespect and Abuse – The Movement to Ensure Respectful Maternity Care, White Ribbon Alliance, automne 2015. Hélène Vadeboncoeur est membre du Comité aviseur de la charte RSM, et du conseil d'administration de l'International Mother Baby Childbirth Organization.

## Notes de fin

1. Il s'agit de soins de maternité empreints de respect envers les femmes. Ils sont centrés sur les relations interpersonnelles qu'une femme vit pendant son travail, son accouchement, et la période post-partum qui s'ensuit. Alors que le RSM (respect dans les soins de maternité) met d'abord l'accent sur l'absence de mauvais traitements et d'agressions par les prestataires de soins et les autres membres du personnel, il fait aussi la promotion d'attitudes et de comportements positifs et de soutien susceptibles d'accroître la satisfaction des femmes quant à leur expérience de l'accouchement.
2. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1) et [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/)
3. [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60859-X/fulltext?rss%3Dyes](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60859-X/fulltext?rss%3Dyes) Traduction libre : Hélène Vadeboncoeur
4. "Mother-baby friendly birthing facilities". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 128 (2015) 95-99.
5. <http://www.midwiferytoday.com/articles/latinamerica.asp>
6. <http://www.reproductiverights.org/document/failure-to-deliver-violations-of-womens-human-rights-in-kenyan-health-facilities>
7. Diana Bower et Kathleen Hill, Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. USAID TRAction Project. 20 septembre 2010. Disponible à : [http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final.pdf](http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf)
8. Le respect dans les soins en maternité : les droits universels des femmes lors de la période périnatale. Disponible à : <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/RespectfulCareCharterFrench.pdf>
9. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 122:3, 1 May 2015; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929823>

### Pour communiquer avec nous

Health Policy Project  
1331 Pennsylvania Avenue NW, Suite 600  
Washington, DC 20006  
[www.healthpolicyproject.com](http://www.healthpolicyproject.com)  
[policyinfo@futuresgroup.com](mailto:policyinfo@futuresgroup.com)

Le Projet de Politique de Santé est un accord coopératif de 5 ans financé par l'Agence Américaine pour le Développement International sous l'égide de l'accord # AID-OAA-A-10-00067, qui a pris effet le 30 septembre 2010. Ce projet est mis en oeuvre par Futures Group en collaboration avec Plan International USA, Avenir Health (anciennement Futures Institute), Partners in Population and Development, le Bureau Régional Afrique (PPD ARO), Population Reference Bureau (PRB), RTI International, et l'Alliance du Ruban Blanc (WRA).