

# Soins maternels respectueux et responsabilisation sociale



**Amy Manning<sup>1</sup> & Marta Schaaf<sup>1</sup>, avec la gracieuse contribution de la part des membres du Respectful Maternity Care Council**

*Ce dossier est destiné aux communautés de praticiens et aux chercheurs spécialistes des soins maternels respectueux et de la responsabilisation sociale. Bien que ces deux domaines soient naturellement liés, rares sont les efforts formels qui ont pour but d'intégrer ces deux secteurs. Ce dossier fournit des éléments sur chaque domaine et suggère des modes de collaboration entre ces deux communautés afin de faire progresser les ressources humaines pour les soins maternels respectueux. Nous suggérons aux praticiens des moyens d'intégrer des principes des soins maternels respectueux dans les structures de ressources humaines existantes et vice versa.*

## Soins maternels respectueux

Un ensemble de preuves de plus en plus important montre que les femmes sont confrontées à des traitements irrespectueux et violents aux mains des prestataires de soins maternels. Outre les troubles psychologiques, ce type de comportement peut dissuader les femmes d'avoir recours aux établissements de soins pour bénéficier de soins maternels, et il peut à terme aboutir à des décès et des incapacités évitables (Ogannah et al., 2007; Bowser & Hill, 2010; Freedman & Kruk, 2014; Abuya et al., 2015; Bohren et al., 2015). Le **manque de respect et les mauvais traitements**—également dénommés maltraitance, violence obstétrique et soins déshumanisés—peuvent se manifester sous diverses formes, y compris la violence physique; la violence sexuelle; la violence verbale; la

stigmatisation et la discrimination; l'incapacité à respecter des normes professionnelles; les mauvaises relations entre les femmes et les prestataires; et les contraintes des systèmes de santé. Les contraintes du système de santé comprennent le manque de ressources telles que des infrastructures afin de garantir le respect de l'intimité, les fournitures pour veiller à ce que les normes de soins soient respectées et le personnel pour faire en sorte que les prestataires ne soient pas excessivement stressés et puissent répondre aux besoins de chaque femme et bébé de manière efficace (Bohren et al., 2015).

À la lumière de ces données, les organisations de promotion de la santé et des droits humains ont considéré que le manque de respect et les mauvais traitements lors des soins maternels constituent une violation des droits humains des femmes. Lorsque que l'on définit le manque de respect et les mauvais traitements, il est important de noter que l'absence de comportements irrespectueux et violent n'est pas pour autant le signe d'une attitude bienveillante ; les soins respectueux, de qualité et centrés sur les femmes requièrent des efforts conscients et doivent être prioritaires par les prestataires de soins, les administrateurs, et les décideurs (Freedman & Kruk, 2014). Ainsi, des militants faisant campagne pour cette cause ont lancé un appel en faveur des soins respectueux et de la protection de toutes les femmes enceintes, en particulier celles qui sont marginalisées et vulnérables comme les adolescentes, les minorités et les femmes souffrant d'incapacités (Amnesty International, 2010; White Ribbon Alliance, 2011; Organisation mondiale de la Santé, 2015). Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur ce qui constitue des soins respectueux, le nouveau mouvement des **soins maternels respectueux** plaide pour une approche centrée sur les patients et fondée sur le respect des droits humains élémentaires des femmes de même

<sup>1</sup> Programme visant à Éviter les décès et incapacités maternels [en anglais, Averting Maternal Death and Disability (AMDD)], Mailman School of Public Health, Université de Columbia

que pour des données cliniques. La Charte des soins maternels respectueux, un document normatif qui a été élaboré dans le cadre d'une collaboration avec des chercheurs, des cliniciens, des administrateurs de programme et des militants, expose une approche des nombreux aspects des soins fondée sur les droits. La Charte s'appuie sur les instruments internationaux universellement reconnus dont de nombreux pays sont signataires, tels que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques; le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels; et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Les sept droits des femmes enceintes décrits dans cette charte sont les droits à :

- la protection de l'intégrité physique et face aux mauvais traitements;
- l'information, au consentement informé, et au refus, ainsi qu'au respect des choix et préférences, notamment le droit à un(e) accompagnateur (trice) de son choix dans la mesure du possible;
- la confidentialité et au respect de l'intimité;
- la dignité et au respect;
- l'égalité, la protection face à la discrimination et aux soins équitables;
- aux soins de santé en temps voulu et au meilleur niveau de santé possible;
- et à la liberté, l'autonomie, l'auto-détermination, et la liberté contre la contrainte (White Ribbon Alliance, 2011).

Les efforts visant à développer le contenu de ces droits ont démontré l'importance des pratiques comme les soins continus lors du travail et de l'accouchement, la liberté de mouvement durant le travail, la liberté de manger et de boire pendant le travail, et la non-séparation de la mère et du nouveau-né (USAID MCHIP, n.d.; Positive Birth Movement [Mouvement pour une naissance positive], n.d.). Le contenu des soins maternels respectueux variera selon les contextes, il faut donc davantage de recherches pour définir et promouvoir les comportements efficaces en matière de soins maternels respectueux.

Les recherches ont montré que la question du manque de respect et des mauvais traitements au sein des établissements de soins est complexe car elle procède de plusieurs facteurs dans la mesure où ils surviennent à plusieurs niveaux du système de soins (Bowser & Hill, 2010; Freedman & Kruk, 2014; Bohren et al., 2015). En conséquence, la meilleure façon de limiter le manque de respect et les mauvais traitements passe par des approches multidimensionnelles qui s'attaquent à différents niveaux du système de santé et qui mobilisent des alliés issus du gouvernement pour s'attaquer aux facteurs plus larges du système de santé qui contribuent au manque de respect et aux mauvais traitements, y compris le manque de responsabilité (Abuya et al., 2015; Bohren et al., 2017).

## Responsabilisation sociale

**La responsabilisation sociale** est un domaine qui suscite de plus en plus d'intérêt dans la recherche et les programmes sur le sujet plus large de la responsabilisation; il comprend des « efforts continus et collectifs pour tenir les agents publics responsables de la mise à disposition de biens publics qui sont des obligations en vigueur de l'État » (Houtzager & Joshi, 2008), ou qui sont en conformité avec les « normes socialement acceptées, » (Feruglio, 2017). Sur le plan opérationnel, ces efforts incluent généralement « (un) ensemble de normes adoptées d'un commun accord par rapport auxquelles le comportement est évalué, (b) des informations sur les actions publiques entreprises, et (c) la justification de celles-ci » (Joshi & Houtzager, 2012, p. 151).

Parmi les exemples de mesures de responsabilisation sociale, figurent les audits sociaux, le suivi communautaire, et les rapports communautaires. Ces efforts sont généralement entrepris par des organisations non-gouvernementales et des coalitions citoyennes, parfois en collaboration avec le gouvernement. Par l'intermédiaire des mécanismes de responsabilité, la voix des usagers est entendue (White Ribbon Alliance, 2015); dans le contexte de la santé maternelle, cette « participation significative » peut assurer les femmes d'obtenir ce qu'elles veulent et ce dont elles ont besoin durant la grossesse et l'accouchement (Freedman & Kruk, 2014; Organisation mondiale de la Santé, n.d.). Les

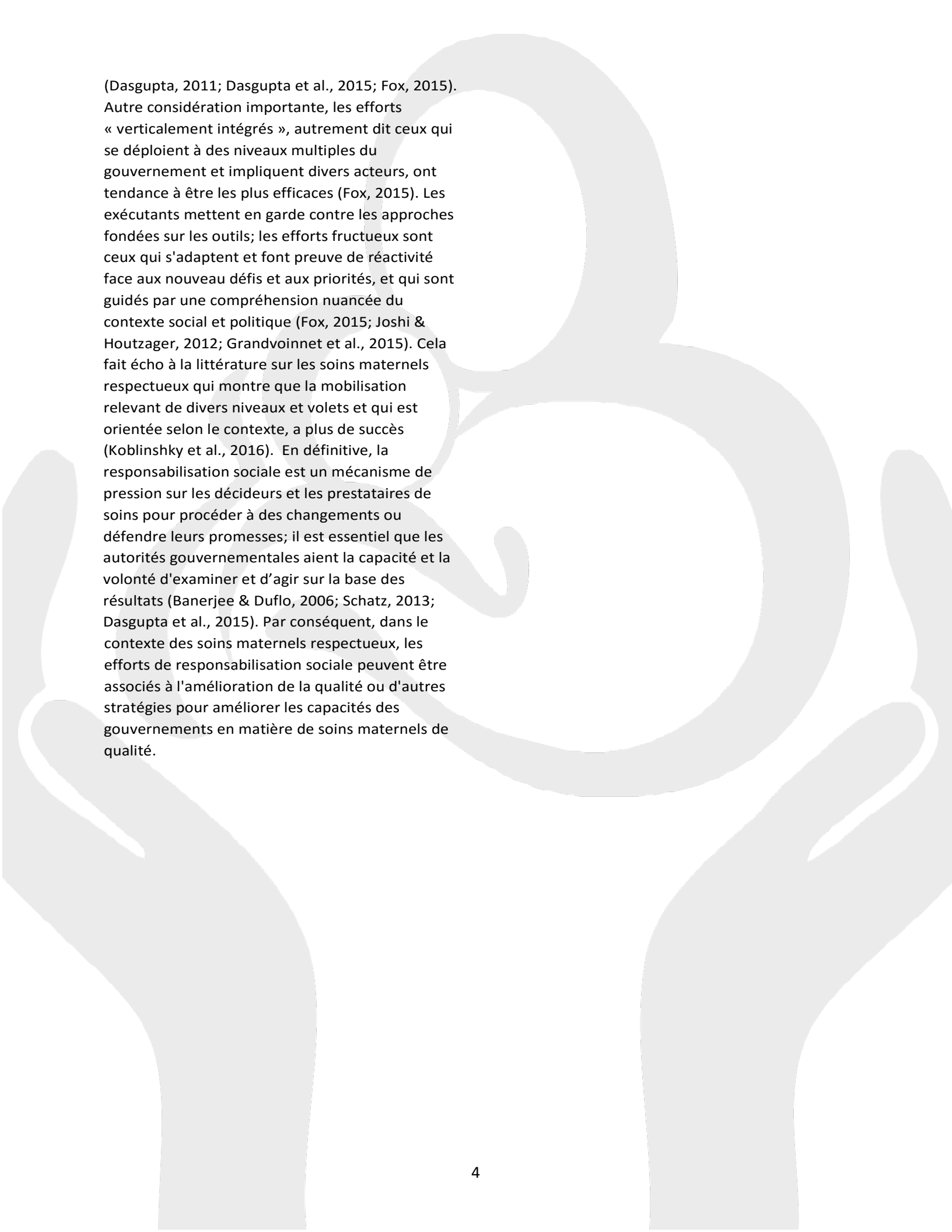
recherches quelque peu limitées sur la responsabilisation sociale et la santé montrent que la responsabilisation sociale peut contribuer à des améliorations des soins de santé au niveau local, notamment dans les soins respectueux. Plusieurs études et bilans ont permis de constater que les efforts de responsabilisation sociale peuvent améliorer les connaissances et l'autonomisation des membres des communautés, accroître la qualité de la prestation de service, développer la confiance entre les communautés et le système de santé, améliorer le fonctionnement des institutions soutenues par le gouvernement, accroître le nombre de recours aux services de santé, et améliorer les résultats en matière de santé (Wild & Harris, 2011; Papp et al., 2013; Mafuta et al., 2015; Ho et al., 2015; Lodenstein et al., 2016; Schaaf et al., 2017; Gullo et al., 2016; Gullo et al., 2017; Bjorkman & Svensson, 2009).

Dans le domaine des soins maternels respectueux, les études ont montré que la responsabilisation sociale peut contribuer à un nombre réduit de demandes de paiements informels, un traitement plus poli, des temps d'attente plus courts, une meilleure disponibilité des médicaments, et un absentéisme réduit parmi les prestataires (Maru, 2010; Ho et al., 2015; Schaaf et al., 2017; Gullo et al., 2016). Ces changements permettent des soins cliniques de meilleure qualité et des soins interpersonnels plus respectueux, sachant que les deux constituent des éléments fondamentaux des soins maternels respectueux.

Nous évoquons ici quelques exemples de suivi de la qualité des soins par les citoyens, une approche commune de la responsabilisation sociale. Les citoyens ne sont pas en mesure d'évaluer certains éléments de la qualité clinique, mais ils peuvent évaluer des facteurs tels que le nombre de lits de maternité requis présents, la politesse et la prise en charge dans un délai convenable, ainsi que la violence physique ou verbale. Bien que ces comportements soient rarement signalés car le manque de respect et la violence sont normalisées, il existe de nombreux exemples de projets visant à permettre aux citoyens de signaler les cas de manque de respect et de mauvais traitement. Une approche consiste, par exemple, à former un groupe de membres de la communauté en tant que

moniteurs pour évaluer la disponibilité du personnel, les temps d'attente, les expériences des usagers avec les prestataires, la qualité des informations fournies par les prestataires et la disponibilité des médicaments. Au Pérou, cette approche du suivi des citoyens a conduit à des améliorations de la qualité du traitement et l'organisation des services (Frisancho & Vasquez, 2008). Les téléphones mobiles et d'autres technologies d'information et de communication (TIC) ont de plus en plus permis aux membres d'une communauté de s'investir dans le suivi et le signalement en temps réel pour améliorer la transparence et la responsabilisation. À travers des programmes comme le mTrac et U-report de l'UNICEF, les citoyens peuvent signaler des problèmes comme les ruptures de stocks de médicaments et les demandes de paiements informels pour les soins de santé (Asiimwe et al., 2013; Chai & Cummins, 2014; Cummins & Huddleston, 2013). Nazdeek, une organisation indienne de démarginalisation par le droit aide les femmes bénévoles à signaler des violations des soins de santé par SMS, elle recueille ensuite les données et les rend accessibles au public; sa campagne End Maternal Mortality Now dans les zones de plantation de thé d'Assam a saisi environ 70 exemples de violations, y compris les paiements indus, l'absentéisme des prestataires, l'indisponibilité des ambulances et de réserves de sang, les transferts inadaptés des patients vers d'autres structures, et les mauvaises conditions (Nazdeek, 2015). En Inde également, le projet de SAHAYOG Mera Swasthya, Meri Aawaz (My Health, My Voice) reçoit les signalements via une ligne d'assistance téléphonique gratuite, permettant ainsi aux femmes analphabètes de contribuer au suivi des demandes des paiements informels et des refus de soins pendant la grossesse et les soins maternels (Dasgupta et al., 2015).

Pour que les efforts de responsabilisation sociale soient efficaces, les exécutants doivent développer la confiance chez les communautés cibles et surmonter les normes profondément ancrées qui empêchent les personnes marginalisées de revendiquer leurs droits. Les exécutants ont également le devoir de protéger les membres des communautés qui participent aux efforts de responsabilisation à l'égard des représentants de l'État



(Dasgupta, 2011; Dasgupta et al., 2015; Fox, 2015). Autre considération importante, les efforts « verticalement intégrés », autrement dit ceux qui se déploient à des niveaux multiples du gouvernement et impliquent divers acteurs, ont tendance à être les plus efficaces (Fox, 2015). Les exécutants mettent en garde contre les approches fondées sur les outils; les efforts fructueux sont ceux qui s'adaptent et font preuve de réactivité face aux nouveaux défis et aux priorités, et qui sont guidés par une compréhension nuancée du contexte social et politique (Fox, 2015; Joshi & Houtzager, 2012; Grandvoinet et al., 2015). Cela fait écho à la littérature sur les soins maternels respectueux qui montre que la mobilisation relevant de divers niveaux et volets et qui est orientée selon le contexte, a plus de succès (Koblinskyy et al., 2016). En définitive, la responsabilisation sociale est un mécanisme de pression sur les décideurs et les prestataires de soins pour procéder à des changements ou défendre leurs promesses; il est essentiel que les autorités gouvernementales aient la capacité et la volonté d'examiner et d'agir sur la base des résultats (Banerjee & Duflo, 2006; Schatz, 2013; Dasgupta et al., 2015). Par conséquent, dans le contexte des soins maternels respectueux, les efforts de responsabilisation sociale peuvent être associés à l'amélioration de la qualité ou d'autres stratégies pour améliorer les capacités des gouvernements en matière de soins maternels de qualité.

## Pour en savoir plus

Cette fiche d'information offre un bref aperçu du rôle de la responsabilisation sociale dans la promotion des soins maternels respectueux. Pour plus d'informations sur les soins maternels respectueux, veuillez vous référer aux ouvrages et articles suivants:

- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A., Tuncalp, O., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J., & Gulmezoglu, A.M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health.
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M.E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 92(12), 915-917.
- White Ribbon Alliance. (2011). Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. Washington DC: WRA.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins : déclaration de l'OMS. Genève: OMS.

Pour en savoir plus sur la responsabilisation sociale, veuillez vous référer aux ressources suivantes aux ressources suivantes :

- Das, A., et Dasgupta, J. (2013). Claiming entitlements: The story of women leaders' struggle for the right to health in Uttar Pradesh, India. New Delhi: Centre for Health and Social Justice et COPASAH.
- Dasgupta, J., Sandhya, Y. K., Lobis, S., Verma, P.,

& Schaaf, M. (2015). Using Technology to Claim Rights to Free Maternal Health Care: Lessons about Impact from the My Health, My Voice Pilot Project in India. *Health & Human Rights: An International Journal*, 17(2).

- Fox, J. A. (2015). Social accountability: what does the evidence really say? *World Development*, 72, 346-361.
- Grandvoinet, H., Aslam, G., & Raha, S. (2015). Opening the Black Box: The contextual drivers of social accountability. Washington DC: World Bank Publications.
- Maru, V. (2010). Allies unknown: Social accountability and legal empowerment. *Health and Human Rights*, 12(1), 83-93.
- White Ribbon Alliance. (2015). Effective Accountability for Disrespect and Abuse Experienced by Women During Maternity Care. Washington DC: WRA.

## Références

- Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., Mbehero, F., Njeru, A., & Bellows, B. (2015).  
B. (2015). Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One*, 10(4), e0123606.
- Amnesty International. (2010). *Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in the USA*. London: Amnesty International.
- Asiimwe, E.N., Wairagala, W., & Gronlund, A. (2013). Using technology for enhancing transparency and accountability in low resource communities: experiences from Uganda. *ICT for Anti-Corruption, Democracy, and Education in East Africa*. Stockholm University: Stockholm. 37-52.
- Banerjee, A., & Duflo, E. (2006). Addressing absence. *The Journal of Economic Perspectives*, 20(1), 117-132.
- Björkman, M., & Svensson, J. (2009). Power to the people: evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(2), 735-769.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F.S., Diniz, A.L.A., Tunçalp, O., Javadi, D., Oladapo, O.T., Khosla, R., Hindin, M.J., & Gulmezoglu, A.M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M. A., Olutayo, A. O., Ogunlade, M., Oyeniran, A.A., Osunsan O.R., Metiboba, L., Idris, H. A., Alu, F.E., Oladapo, O.T., Gulmezoglu, A.M., & Hindin, M.J. (2017). Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. *Reproductive Health*, 14(1), 9.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health.
- Chai, J., & Cummins, M. (2014). *From 'What Happened?' to 'What's Happening?' Equity in Action Through Real Time Monitoring*. New York: UNICEF.
- Cummins, M., & Huddleston, B. (2013). Real time monitoring for the most vulnerable: UNICEF's experience in Uganda. *IDS Bulletin*, 44(2), 57-68.
- Dasgupta, J. (2011). Ten years of negotiating rights around maternal health in Uttar Pradesh, India. *BMC International Health and Human Rights*, 11(3), S4.
- Dasgupta, J., Sandhya, Y. K., Lobis, S., Verma, P., & Schaaf, M. (2015). Using Technology to Claim Rights to Free Maternal Health Care: Lessons about Impact from the My Health, My Voice Pilot Project in India. *Health & Human Rights: An International Journal*, 17(2).
- Feruglio, F. (2017). Do more empowered citizens make more accountable states? Power and legitimacy in legal empowerment initiatives in Kenya and South Africa. Making All Voices Count Research Report. Brighton: Institute of Development Studies.
- Fox, J. A. (2015). Social accountability: what does the evidence really say? *World Development*, 72, 346-361.
- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44.
- Frisancho, A., & Vasquez, M. L. (2008). Citizen monitoring to promote the right to health care and accountability. *The Lancet*, 371.
- Grandvoinnet, H., Aslam, G., & Raha, S. (2015). *Opening the Black Box: The contextual drivers of social accountability*. World Bank Publications.
- Gullo, S., Galavotti, C., & Altman, L. (2016). A review of CARE's Community Score Card experience and evidence. *Health Policy and Planning*, 32(1), 125-140.
- Gullo, S., Galavotti, C., Kuhlmann, A. S., Msiska, T., Hastings, P., & Marti, C. N. (2017). Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: A cluster-randomized controlled evaluation. *PloS one*, 12(2), e0171316.
- Ho, L. S., Labrecque, G., Batonon, I., Salsi, V., &

- Ratnayake, R. (2015). Effects of a community scorecard on improving the local health system in Eastern Democratic Republic of Congo: qualitative evidence using the most significant change technique. *Conflict and Health*.
- Houtzager, P. & Joshi, A. (2008) Introduction: Contours of a Research Project and Early Findings. *IDS Bulletin*, 38:6 1–9.
- Joshi, A., & Houtzager, P. P. (2012). Widgets or watchdogs? Conceptual explorations in social accountability. *Public Management Review*, 14(2), 145-162.
- Koblinsky, M., Moyer, C. A., Calvert, C., Campbell, J., Campbell, O. M., Feigl, A. B., Graham, W.J., Hatt, L., Hodgins, S., Matthews, Z., McDougall, L., Moran, A.C., Nandakumar, A.K., & Langer, A. (2016). Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *The Lancet*, 388(10057), 2307-2320.
- Lodenstein, E., Dieleman, M., Gerretsen, B., & Broerse, J. E. (2016). Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low-and middle-income countries: a realist review. *Health Policy and Planning*, 32(1), 125-140.
- Mafuta, E. M., Dieleman, M. A., Hogema, L. M., Khomba, P. N., Zioko, F. M., Kayembe, P. K., ... & Mambu, T. N. (2015). Social accountability for maternal health services in Muanda and Bolenge Health Zones, Democratic Republic of Congo: a situation analysis. *BMC Health Services Research*, 15(1), 514.
- Maru, V. (2010). Allies unknown: Social accountability and legal empowerment. *Health and Human Rights*, 12(1), 83-93.
- mTrac. (2012). "Mission, Vision, Objective." [www.mtrac.ug/content/mission-vision-objective](http://www.mtrac.ug/content/mission-vision-objective).
- Nazdeek. (2016). "Home." [www.nazdeek.org](http://www.nazdeek.org).
- Nazdeek, PAJHRA & ICAAD. (2015). No Time to Lose: Fighting Maternal Mortality in Assam. [www.issuu.com/endmmnow/docs/endmmnow\\_advocacy\\_final\\_press](http://www.issuu.com/endmmnow/docs/endmmnow_advocacy_final_press).
- Ogangah, C., Slattery, E., & Mehta, A. (2007). *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Papp, S. A., Gogoi, A., & Campbell, C. (2013). Improving maternal health through social accountability: A case study from Orissa, India. *Global Public Health*, 8(4), 449-464.
- Positive Birth Movement. (n.d.). "About the Positive Birth Movement." [www.positivebirthmovement.org](http://www.positivebirthmovement.org).
- SAHAYOG. (2017). "My Health My Voice (Mera Swasthya Meri Aawaz)." [www.sahayogindia.org/maternal-health-and-rights/local/campaigns/msma](http://www.sahayogindia.org/maternal-health-and-rights/local/campaigns/msma).
- Schaaf, M., Topp, S. M., & Ngulube, M. (2017). From favours to entitlements: community voice and action and health service quality in Zambia. *Health Policy and Planning* 23(5):
- Schatz, F. (2013). Fighting corruption with social accountability: a comparative analysis of social accountability mechanisms potential to reduce corruption in public administration. *Public Administration and Development*, 33:161-174.
- U-Report. (n.d.). "About." [www.ureport.in/about](http://www.ureport.in/about).
- USAID MCHIP (n.d.). *Respectful Maternity Care Program Review Instrument*. [www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Program%20Review%20Instrument\\_0.pdf](http://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Program%20Review%20Instrument_0.pdf).
- White Ribbon Alliance. (2011). *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*. Washington DC: WRA.
- White Ribbon Alliance. (2015). *Effective Accountability for Disrespect and Abuse Experienced by Women During Maternity Care*. Washington DC: WRA.
- Wild, L., & Harris., D. (2011). *The Political Economy of Community Scorecards in Malawi*. London: Overseas Development Institute.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins: déclaration de l'OMS*. Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (n.d.). « Participation » [www.who.int/gender-equity-rights/understanding/participation-definition/en/](http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/participation-definition/en/).