

Manque de respect et mauvais traitements durant l'accouchement et soins maternels respectueux



Amy Manning¹ & Marta Schaaf¹, avec la gracieuse contribution des membres du Respectful Maternity Care Council

Ce dossier expose le problème du manque de respect et de la violence lors des accouchements dans les établissements de soins et l'importance des soins maternels respectueux. Il est destiné aux planificateurs de programmes et aux praticiens souhaitant avoir un aperçu de ce domaine, ou qui veulent plaider en faveur d'une attention croissante à l'égard des soins maternels respectueux.

Définition du manque de respect et du mauvais traitement

Le manque de respect et les mauvais traitements à l'égard des femmes durant les accouchements dans les établissements de soins n'est pas un phénomène nouveau. Les défenseurs de la santé et des droits des femmes se plaignent depuis longtemps du mauvais traitement dans les services de santé reproductive et maternelle, en particulier pour les femmes pauvres et marginalisées. Bien que ce problème soit reconnu depuis les années 1950 (Diniz et al., 2015), ce n'est qu'en 2007 que les organisations de défense des droits humains ont commencé à documenter les cas de manque de respect et de mauvais traitements dans les soins maternels (Ogangah et al., 2007; Amnesty International, 2010). Depuis lors, le travail sur le manque de respect et les mauvais traitements s'est développé parallèlement aux difficultés relatives à la définition et à la mesure d'un phénomène si complexe.

Le manque de respect et les mauvais traitements également dénommé maltraitance, violence obstétrique ou les soins déshumanisés, peuvent être définis de manière générale comme des

« interactions ou des conditions que tout le monde considère localement comme étant humiliantes ou indignes, et les interactions ou ces conditions qui sont vécues comme ou sont destinées à être humiliantes ou indignes » (Freedman et al., 2014). Le manque de respect et les mauvais traitements se manifestent de diverses manières à la fois de façon individuelle (comportements des prestataires vécus ou destinés à manquer de respect ou à être humiliants) et structurelles (défaillances systémiques qui créent un environnement irrespectueux ou violent). Une étude systématique datant de 2015 composées de 65 méthodes d'études qualitatives, quantitatives et mixtes a proposé un modèle de sept catégories pour classer les cas de manque de respect et de mauvais traitement: violence physique; violence sexuelle; violence verbale, stigmatisation et discrimination; incapacité à respecter les normes professionnelles de soins (c'est-à-dire l'absence de consentement informé et de confidentialité, les examens et interventions douloureux ou la non mise à disposition d'analgésiques, de même que la négligence et l'abandon); les mauvaises relations entre les femmes et les prestataires; ainsi que les contraintes de systèmes de santé. Les contraintes du système de santé comprennent le manque de ressources, telles que les infrastructures pour garantir le droit à l'intimité, les fournitures faisant en sorte que les normes de soins soient respectées, et le personnel pour veiller à ce que les prestataires ne soient pas excessivement stressés et puissent répondre de manière efficace aux besoins de chaque femme et chaque bébé. Il s'agit également des lacunes en termes de politiques sanctionnant les mauvais comportements, des cultures d'établissement qui promeuvent la corruption et l'extorsion; qui ont des structures tarifaires floues; ou des exigences irraisonnables des agents de santé à l'égard des femmes (Bohren et al., 2015).

La définition et la mesure du manque de respect et

¹ 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

du mauvais traitement est compliquée du fait de la nature subjective de l'expérience et de la normalisation de certaines pratiques irrespectueuses ou violentes. Dans de nombreux cas, les femmes ne considèrent pas les comportements comme irrespectueux ou violents car ces pratiques sont monnaie courante et même attendues dans le contexte de leur système de santé. De même, les femmes peuvent estimer qu'un comportement constitue un manque de respect et un cas de maltraitance non perçus comme tel par les prestataires car il est ancré dans leur pratique (Freedman et al., 2014). Une définition complète du mauvais traitement et de la violence doit « [saisir] la complexité du lien entre les attentes, la normalisation et les droits, tout en reconnaissant le lien entre l'action individuelle et les conditions systémiques qui les soutiennent » (Freedman & Kruk, 2014).

Le manque de respect et les mauvais traitements surviennent dans les milieux à revenus faibles ou élevés mais ils peuvent se manifester sous différentes formes en fonction du contexte (Schroll et al., 2013). Dans leur étude systématique, Bohren et al. (2015) ont trouvé des preuves des sept types de manques de respect et de mauvais traitements dans différentes régions.

Pourquoi devons-nous nous intéresser au manque de respect et au mauvais traitement lors de l'accouchement?

Le manque de respect et les mauvais traitements peuvent porter préjudice pour des raisons diverses et variées. Tout d'abord, ils peuvent constituer une violation des droits humains qui limite la citoyenneté et l'autonomie des femmes. Ils peuvent également dégrader la satisfaction et la confiance dans le système de santé, et à terme générer des résultats négatifs en matière de santé. Ils peuvent aussi avoir pour conséquence directe des résultats négatifs en matière de santé. Enfin, le manque de respect et les mauvais traitements peuvent avoir des ramifications défavorables sur le plan économique.

Au fond, le manque de respect et la violence sont des questions éminemment liées aux **droits humains**. Les soins irrespectueux et violents sont une violation des droits des femmes à la vie, à la santé, à l'intégrité physique, à l'autodétermination,

à la vie de famille, à la liberté spirituelle et à la protection face à la discrimination (Lokugamage & Pathberiya, 2017; Organisation mondiale de la Santé, 2015). Bien que le manque de respect et la violence soient commis et vécus par des individus, cette pratique est une manifestation de la violence structurelle et de l'inégalité entre les sexes qui sont devenues la norme à travers le monde (Sadler et al., 2016; Jewkes & Penn-Kekana, 2015). Selon la psychologue Rachelle Chadwick (2017), « la violence obstétrique fonctionne comme un mode de discipline ancrée dans des relations normatives de classe, genre, race et pouvoir médical » (p.1).

Lorsque les femmes ont le sentiment que leurs droits ne sont pas respectés durant les soins de santé, cela peut miner leur **satisfaction et leur confiance** vis-à-vis des établissements de santé et des prestataires (Kujawski et al., 2015; Kowalewski et al., 2000; Bohren et al., 2014; Turan et al., 2008). La satisfaction d'une femme à l'égard des services de santé est liée à son utilisation de ces services; une étude menée sur les femmes en Tanzanie a montré que les femmes qui ont été confrontées au manque de respect et au mauvais traitement ont signalé être peu satisfaites et être moins désireuses d'accoucher dans un établissement (Kujawski et al., 2015). L'utilisation tardive peut à son tour avoir un impact sur la santé des femmes. Les femmes ayant tardivement recours aux soins - soit en ignorant les soins prénatals soit en accouchant à domicile - afin de limiter les expériences de manque de respect et de mauvais traitement peuvent **subir d'autres complications ou mettre leur santé ou celle de leur bébé en danger** (Bowser & Hill, 2010). En accouchant à domicile sans l'aide d'un agent qualifié pour prendre en charge les complications cliniques, les femmes courent un risque plus élevé de morbidité et mortalité maternelle et néonatale (Gao et al., 2010; Kowalewski et al., 2000; Bradley et al., 2016; Oyerinde et al., 2013; Moyer et al., 2014; Bohren et al., 2014). En outre, certaines recherches ont montré que les mauvais traitements commis par les prestataires durant la grossesse ou l'accouchement dissuadent les mères de recourir aux établissements de soins à long terme, y compris pour leurs enfants. Les expériences précédentes des femmes avec le système de santé et leurs perceptions de la qualité des soins dans les établissements peuvent influencer leur recours aux soins pour leurs nouveau-nés et leurs enfants (Atuyambe et al.,

2009; Syed et al., 2008; Colvin et al., 2013).

Le manque de respect et les mauvais traitements peuvent aussi contribuer directement à de mauvais résultats. La négligence ou l'abandon de la part des prestataires, par exemple, **peuvent empêcher un diagnostic opportun ou adapté et le traitement des complications**. La surmédicalisation de l'accouchement, notamment l'utilisation excessive et inadaptée des interventions inconfortables, peut également contribuer à la morbidité et à la mortalité. Bien qu'elles soient parfois efficaces ou vitales, ces interventions, notamment l'accouchement provoqué, l'augmentation, le suivi fœtal électronique continu, les épisiotomies, les césariennes et les lavements peuvent entraîner des complications maternelles ou néonatales, telles que la rupture de l'utérus, la lacération périnéale, ou le prolapsus utérin (Miller et al., 2016). Dans une étude consacrée à des établissements de santé publique d'Uttar Pradesh, Inde, les femmes qui ont signalé des cas de mauvais traitements durant l'accouchement étaient plus susceptibles de subir des complications pendant l'accouchement et la période du postpartum (Raj et al., 2017).

Les mauvais résultats physiques ne sont pas les seuls impacts des soins irrespectueux et violents. Le manque de respect et les mauvais traitements **ont des effets néfastes sur la santé mentale** dans la mesure où ils génèrent une crainte de l'accouchement (Lukasse et al., 2015; Schroll et al., 2013), en ayant un impact négatif sur la sexualité et le souhait d'avoir des enfants (Schroll et al., 2013), et entraîne des sentiments de culpabilité et de peine (Forssén, (2012). Certaines femmes ont également précisé que leur expérience du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement a réveillé les souvenirs d'agression sexuelle (Reed et al., 2017)

Outre le fait d'être un problème de santé, le manque de respect et les mauvais traitements peuvent avoir des **implications négatives sur le plan économique**. L'utilisation inutile de technologies néfastes et le non-respect des procédures portent non seulement préjudice aux femmes; mais ils impliquent aussi un coût sur le plan financier et en termes de temps, pour les établissements. Les interventions inutiles sont coûteuses pour les établissements de soins, et ces coûts peuvent être encore plus importants si le recours excessif aux

interventions cause des préjudices évitables ou provoque des interventions en cascade. En améliorant la qualité des soins, les établissements peuvent minimiser les coûts et accroître leur efficacité (Hulton et al., 2007; Miller et al., 2016).

Que peut-on faire vis-à-vis du manque de respect et du mauvais traitement? Le mouvement en faveur des soins maternels respectueux

À la lumière d'un corpus croissant de données, les organisations de promotion de la santé et des droits humains ont considéré que le manque de respect et la violence durant les soins maternels sont une violation des droits humains des femmes. Lorsque l'on définit le manque de respect et les mauvais traitements, il est important de souligner que l'absence de manque de respect et de mauvais traitements ne suppose pas pour autant qu'il y ait du respect; les soins respectueux, de qualité et centrés sur les femmes requièrent des efforts conscients et doivent être priorités par les prestataires de soins et les systèmes de santé (Freedman & Kruk, 2014). Ainsi, les militants ont lancé un appel en faveur des soins respectueux et 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 pour les droits humains élémentaires et les données cliniques des femmes. La Charte des soins maternels respectueux, un document normatif qui a été élaboré dans le cadre d'une collaboration entre chercheurs, cliniciens, administrateurs de programme et 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 par 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, à l'autonomie, à l'auto-détermination, et la liberté face à la contrainte (White Ribbon Alliance, 2011).

Les efforts visant à développer le contenu de ces droits ont identifié l'importance des services tels que les soins continus durant le travail et l'accouchement; la liberté de mouvement pendant le travail; la liberté de manger et boire pendant le travail; et la non-séparation de la mère et du nouveau-né (USAID MCHIP, n.d.; Positive Birth Movement, n.d.). Les soins maternels respectueux varient selon les contextes, il faut donc davantage de recherches pour définir et promouvoir les comportements efficaces en matière de soins maternels respectueux. Le mouvement en faveur des soins maternels respectueux cherche à générer des données probantes sur le manque de respect et de la violence, à plaider pour des soins de qualité pour toutes les femmes, et à offrir des solutions pour améliorer les soins maternels et les résultats en matière de santé maternelle.

Pour en savoir plus

Cette fiche d'information offre un bref aperçu de la question du manque de respect et de la violence lors de l'accouchement et des soins maternels respectueux. Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux ressources suivantes:

- 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., Ndwigwa, 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.

Références

- Amnesty International. (2010). *Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in the USA*. London: Amnesty International Secretariat.
- Atuyambe, L., Mirembe, F., Annika, J., Kirumira, E. K., & Fixelid, E. (2009). Seeking safety and empathy: adolescent health seeking behavior during pregnancy and early motherhood in central Uganda. *Journal of adolescence*, 32(4), 781-796.
- Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive health*, 11(1), 71.
- 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*. USAID.
- Bradley, S., McCourt, C., Rayment, J., & Parmar, D. (2016). Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: A qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences. *Social Science & Medicine*, 169, 157-170.
- Chadwick, R. (2017). Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism & Psychology*.
- Colvin, C. J., Smith, H. J., Swartz, A., Ahs, J. W., de Heer, J., Opiyo, N., Kim, J.C., Marraccini, T., & George, A. (2013). Understanding careseeking for child illness in sub-Saharan Africa: a systematic review and conceptual framework based on qualitative research of household recognition and response to child diarrhea, pneumonia and malaria. *Social Science & Medicine*, 86, 66-78.
- Diniz, S. G., de Oliveira Salgado, H., de Aguiar Andrezzo, H. F., de Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. A., & Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-382.
- Forssén, A. S. (2012). Lifelong significance of disempowering experiences in prenatal and maternity care interviews with elderly Swedish women. *Qualitative health research*, 22(11), 1535-1546.
- 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.
- 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 of the World Health Organization*, 92(12), 915-917.
- Gao, Y., Barclay, L., Kildea, S., Hao, M., & Belton, S. (2010). Barriers to increasing hospital birth rates in rural Shanxi Province, China. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 35-45.
- Hulton, L. A., Matthews, Z., & Stones, R. W. (2007). Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. *Social science & medicine*, 64(10), 2083-2095.
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med* 2(11):e298.
- Kowalewski, M., Jahn, A., & Kimatta, S. S. (2000). Why do at-risk mothers fail to reach referral level? Barriers beyond distance and cost. *African Journal of Reproductive Health*, 4(1), 100-109.
- Kujawski, S., Mbaruku, G., Freedman, L. P., Ramsey, K., Moyo, W., & Kruk, M. E. (2015). Association between disrespect and abuse during childbirth and women's confidence in health facilities in Tanzania. *Maternal and child health journal*, 19(10), 2243-2250.
- Lukasse, M., Schroll, A. M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A. S., Ryding, E.L., & Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 94(5), 508-517.
- Lokugamage, A. U., & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*, 14(1), 17.

- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10057), 2307-2320.
- Moyer, C. A., Adongo, P. B., Aborigo, R. A., Hodgson, A., & Engmann, C. M. (2014). 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*, 30(2), 262-268.
- 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.
- Oyerinde, K., Harding, Y., Amara, P., Garbrah-Aidoo, N., Kanu, R., Oulare, M., et al. (2013). A qualitative evaluation of the choice of traditional birth attendants for maternity care in 2008 Sierra Leone: implications for universal skilled attendance at delivery. *Maternal and Child Health Journal*, 17(5), 862-868.
- Positive Birth Movement. (n.d) "About the Positive Birth Movement."
www.positivebirthmovement.org.
- Raj, A., Dey, A., Boyce, S., Seth, A., Bora, S., Chandurkar, D., Hay, K., Singh, K., Das, A.K., Chakraverty, A., Ramakrishnan, A., Shetye, M., Saggurti, N., & Silverman, J.G. (2017). Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India. *Maternal and Child Health Journal*, 1-13.
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 21.
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-55.
- Schroll, A. M., Kjærgaard, H., & Midtgaard, J. (2013). Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 74.
- Syed, U., Khadka, N., Khan, A., & Wall, S. (2008). Care-seeking practices in South Asia: using formative research to design program interventions to save newborn lives. *Journal of perinatology*, 28(S2), S9.
- Turan, J. M., Miller, S., Bukusi, E. A., Sande, J., & Cohen, C. R. (2008). HIV/AIDS and maternity care in Kenya: how fears of stigma and discrimination affect uptake and provision of labor and delivery services. *AIDS care*, 20(8), 938-945.
- USAID MCHIP (n.d.). Respectful Maternity Care Program Review Instrument.
https://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.
- 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.