

# Soins maternels respectueux et ressources humaines pour la santé



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

*Ce dossier est destiné aux communautés de praticiens et aux chercheurs spécialistes des soins maternels respectueux et des ressources humaines pour la santé. 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 (Ogangah 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 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

<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

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, 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 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 les difficultés relatives aux ressources humaines pour la santé (Abuya et al., 2015; Bohren et al., 2017).

## Ressources humaines pour la santé

Les lacunes en matière de ressources humaines—notamment les pénuries de personnels de santé, la mauvaise répartition des agents de santé, la mauvaise gouvernance des ressources humaines pour la santé, et les conditions de travail négatives ou stressantes—limitent la capacité des établissements et des agents de santé à fournir des soins maternels respectueux (Bohren et al., 2015; Vogel et al., 2015; Chen et al., 2004; Center for Reproductive Rights, 2008; Bowser & Hill, 2010). Les impacts de telles contraintes du système de santé sur la qualité des soins dispensés par les agents de santé sont bien documentés dans les rapports mondiaux notamment de l'Organisation mondiale de la Santé et al. *Midwives' Voices, Midwives' Realities* report (2016) et du Center for Reproductive Rights, *Broken Promises: Human Rights, Accountability and Maternal Death in Nigeria* report (2008), de même que la littérature spécialisée (Bowser & Hill, 2010; Mselle et al., 2013; Jewkes & Penn-Kekana, 2015).

Le manque de respect et les mauvais traitements ne sont généralement pas le fait de quelques « mauvais éléments », bien qu'il existe évidemment des exemples de prestataires qui ont un comportement abusif que leurs collègues condamneraient. Le manque de respect et les mauvais traitements peuvent raisonnablement être décrits comme des phénomènes répandus profondément ancrés dans des systèmes de santé débordés (Freedman & Kruk, 2014). Comme le disent Freedman et Kruk (2014):

Le manque de respect et les mauvais traitements représentent une rupture au niveau de la responsabilisation du système de santé non seulement à l'égard des usagers mais aussi à l'égard des femmes et des hommes employés en tant que prestataires de service. Eux-mêmes sujets à des conditions de travail dégradées et irrespectueuses, les idéaux professionnels des prestataires cèdent souvent face à la pression des stratégies de survie émotionnelle et physique—une sage-femme qui dispense des soins avec bienveillance à un moment donné, peut être dépassée par le stress de demandes impossibles à satisfaire la minute suivante, et s'en prendre aux femmes dont elle s'occupe. (p. e43)

Lorsque les exigences du travail commencent à supplanter les récompenses perçues, la question de la motivation commence à se poser et se manifeste par le manque de respect à l'égard des patients, la lenteur, l'absentéisme, et les retards et les raccourcis en matière de soins (Mathauer &

Imhoff, 2006). En Tanzanie par exemple, les agents de santé peuvent prétendre à une promotion et à une augmentation de salaire tous les trois ans; cependant, la plupart des agents sont mécontents car ils attendent dix ans voire plus sans obtenir une promotion (Manongi & Marchant, 2006). En outre, les systèmes de supervision et de responsabilisation inadaptés peuvent favoriser le manque de respect et les mauvais traitements susceptibles d'être négligés ou acceptés; dans certains cas, les soins dispensés de manière irrespectueuse peuvent même être façonnés par les supérieurs hiérarchiques, comme les superviseurs, les formateurs ou le personnel d'encadrement (Bowser & Hill, 2010; Bohren et al., 2015; Vogel et al., 2015), ou couverts en raison d'une « conspiration du silence » au sein du système (Goer, 2010). Tous ces facteurs contribuent à la normalisation des comportements fondés sur le manque de respect et les mauvais traitements. Il est donc essentiel que des mécanismes soient en place pour permettre aux prestataires de soulever ces questions en toute sécurité et confidentialité, sans se mettre eux-mêmes en danger, ou mettre leur emploi en péril (Freedman & Kruk, 2014).

En raison de la nature systémique du problème, les efforts visant à remédier au problème de manque de respect et de mauvais traitements ne peuvent se concentrer uniquement sur les prestataires en tant qu'individus; ils doivent également aborder la réalité des systèmes de santé qui conduit les prestataires à traiter les patients de cette façon (Freedman & Kruk, 2014).

### Ressources humaines pour la santé et le genre

Les normes culturelles et historiques jouent un rôle essentiel dans les ressources humaines pour la santé dans la mesure où elles « [ont un impact] sur la manière dont le travail est reconnu, valorisé et soutenu avec des conséquences différentes au niveau professionnel [...] et au niveau personnel » (George, 2010, p. 210). Malgré le fait qu'elles représentent la majorité des agents du secteur de la santé—surtout pour les soins maternels—dans de nombreux pays, les femmes se voient souvent attribuer un statut inférieur dans le système de santé; elles sont plus susceptibles d'avoir des postes nécessitant moins d'années de formation, de percevoir des salaires plus faibles, et sont moins en sécurité (George, 2010; Langer et al., 2015). Gupta et al. (2003) soutiennent que « certains postes considérés comme féminins, notamment dans les soins infirmiers, n'ont pas une valeur à la hauteur de leurs compétences, étant donné qu'on les assimile tout simplement à un « travail de

femme » (sans numéro de page). Dans de nombreuses sociétés, on attend des femmes qu'elles dispensent des soins et elles ne sont donc pas soutenues, reconnues ou rémunérées convenablement. En même temps, sachant que les femmes agents de santé sont considérées comme étant naturellement bienveillantes, on peut exiger d'elles un niveau élevé de soins interpersonnels par rapport à leurs collègues masculins qui sont valorisés en lieu et place de leurs compétences techniques (Langer et al., 2015). En résumé, les femmes agents de santé peuvent être confrontées à des attentes et des contraintes démesurées.

En raison de leur niveau inférieur dans le système de santé et des stéréotypes répandus à propos des femmes en tant que prestataires de soins, rares sont les efforts visant à aborder ou protéger les besoins spécifiques des femmes agents de santé—tels que la puériculture et la protection face aux mauvais traitements et au harcèlement sexuel—ou offrir des opportunités de promotion aux femmes (George, 2010; Langer et al., 2015). Globalement, on constate un manque de représentation des femmes au niveau des postes de cadre et de responsabilité dans le secteur des soins de santé. Au Soudan, par exemple, les femmes médecins ont été négligées lors des promotions en raison des présupposés selon lesquels elles ne souhaiteraient pas ou n'auraient pas les compétences pour avancer (Langer et al., 2015). Selon Langer et al. (2015), ce manque de soutien empêche les femmes prestataires de soins d'atteindre leur plein potentiel, et les mauvaises conditions de travail « constituent une entrave à l'efficacité de la contribution des femmes aux soins de santé » (p. 1166). À travers le monde, les sages-femmes attribuent leur manque de reconnaissance, la subordination dont elles sont victimes, le manque d'autonomie, les violences verbales et physiques voire le harcèlement sexuel à l'inégalité entre les sexes qui caractérisent les systèmes de santé et les communautés; certaines ont dit que cela affectait leur capacité à dispenser des soins de qualité (Organisation mondiale de la Santé et al., 2016)

### Interventions des ressources humaines pour la santé afin de promouvoir les soins maternels respectueux

Les éventuelles solutions permettant de remédier aux difficultés des ressources humaines pour la santé qui influencent les soins maternels respectueux comprennent les mesures suivantes:

- améliorer la mesure et l'évaluation des effectifs;
- former de nouveaux agents de santé;

- fournir une formation en cours d'emploi aux agents de santé;
- transfert/partage des tâches;
- améliorer les structures de responsabilisation et promouvoir un modèle de supervision de soutien; améliorer la transparence et la responsabilisation dans les établissements et systèmes de santé;
- s'attaquer aux inégalités entre les sexes dans les systèmes de santé et les communautés;
- et stimuler l'état d'esprit grâce à un environnement de travail positif, des compensations et incitations.

Ci-dessous figurent des exemples d'interventions et une description de la manière dont cela peut impacter les soins maternels respectueux.

### *Supervision*

Sans supervision efficace, les agents peuvent négliger leurs responsabilités ou perdre le moral, et si les superviseurs sont négligents dans leurs fonctions, les agents peuvent adopter de mauvais comportements. D'autre part, la supervision efficace peut améliorer la performance, la satisfaction à l'égard du travail et la motivation des agents de santé (Rowe et al., 2005; Mathauer & Imhoff, 2006). Dans les zones rurales du Guatemala, la performance était fortement influencée par la « nature des relations entre différents niveaux hiérarchiques », et les participants ont souligné que la satisfaction des patients commence par le sentiment de bien-être des infirmières auxiliaires, ce qui dépend de leur relation avec leurs responsables. Le sentiment de bien-être des responsables de district est également déterminé par leurs relations avec les responsables régionaux: « les infirmières en chef régionales l'ont signalé car la nature des relations repose sur une chaîne de réaction, il est possible d'améliorer la satisfaction des patients en définissant le traitement respectueux et le soutien attentif au niveau des hautes sphères du système de santé régional » (Hernandez et al., 2015 tel que cité dans George et al., 2017, p.303).

***Supervision de soutien:*** La supervision de soutien a pour but de renforcer les structures de supervision. Également dénommée supervision facilitatrice, la supervision de soutien met l'accent sur la communication, le travail d'équipe, la résolution de problème, le soutien, et l'évaluation permanente pour motiver et autonomiser les agents de santé mais aussi améliorer la qualité

des soins (Marquez & Kean, 2002, p. 1). Le processus COPE d'EngenderHealth, un processus d'amélioration de qualité mis en œuvre dans plus de 45 pays, définit la supervision de soutien comme un des besoins clés du personnel de santé dans les pays en développement (EngenderHealth, 2003). Au Kenya et en Guinée, il a été constaté que le processus COPE permettait de lancer le dialogue entre les différents niveaux d'agents de santé, de mener à davantage d'interactions et coopérations au sein du personnel, et de promouvoir la confiance en soi, l'introspection et l'acceptation de la critique constructive; le processus COPE incite également à l'engagement commun en faveur de services de qualité, et il a conduit les agents à se concentrer sur les droits, le respect et l'égalité dans leurs interactions avec leurs clients (Bradley et al., 2002). La supervision de soutien n'est pas facile à mettre en œuvre dans les contextes où le manque de soutien et les systèmes de santé sont la norme (Clements et al., 2007). Bien que la supervision de soutien ait pour but de promouvoir des interactions pertinentes, dans la pratique, « l'inspection et l'évaluation détachée » sont souvent réelles (Bradley et al., 2013, tel que cité dans George et al., 2017) Lors d'une supervision de soutien, il est important qu'elle ne serve pas à consolider des structures hiérarchiques ou qu'elle ne soit pas utilisée comme un moyen de limiter ou contrôler les personnes supervisées.

### *Responsabilisation sociale*

Les approches de suivi citoyen vertical ont été introduites pour développer la responsabilisation des agents de santé. Le suivi citoyen peut être mené par les comités villageois de santé, les comités d'établissement, les ONG locales ou les usagers des villages eux-mêmes. Au Pérou, un groupe de membres de la communauté formés évaluent la disponibilité du personnel, les temps d'attente, les expériences des usagers avec les prestataires et la qualité des informations fournies par les prestataires (Frisancho & Vasquez, 2014). Dans certains pays comme l'Inde ou l'Ouganda, les membres de la communauté sont en mesure de signaler des cas de manque de respect et d'abus comme l'absentéisme des prestataires ou les exigences relevant de l'exploitation pour des paiements informels, par téléphone mobile (Cummins & Huddleston, 2013; Chai & Cummins, 2014; Nazdeek et al., 2015; Dasgupta et al., 2015). Ces programmes peuvent générer des coûts pour

la réputation et des sanctions professionnelles pour les prestataires et les responsables qui n'assurent pas des soins maternels respectueux. Pour plus d'éléments sur la responsabilisation sociale dans le cadre de la santé maternelle, veuillez vous référer à notre fiche d'information sur les soins maternels respectueux et la responsabilisation sociale.

### *Améliorer l'état d'esprit*

La récompense et le soutien accordés aux agents de santé peuvent stimuler l'état d'esprit, atténuer le surmenage, et améliorer la motivation et la satisfaction professionnelles. Les récompenses peuvent être financières—à savoir des compensations, des primes, des allocations de logement, la gratuité des transports, les congés payés, couverture d'assurance—bien que les incitations non monétaires telles que la formation continue, les opportunités de promotion professionnelle, le feedback personnalisé et la reconnaissance du travail puissent aussi constituer des incitations solides (Willis- Shattuck et al., 2008; Araujo & Maeda, 2013). Un bilan des incitations en Afrique de l'Est et du Sud, a montré que les incitations financières et non financières avaient un impact positif sur la fidélisation et la performance des agents de santé dans divers contextes (Dambisya, 2007). Cependant, le financement fondé sur la performance suscite des inquiétudes, car il n'assure pas nécessairement la qualité surtout lorsque « les codes sociaux, organisationnels et culturels » font défaut (George et al., 2017, p.82). L'accent mis sur le respect des normes et des indicateurs internationaux peut « décontextualiser et simplifier à outrance des éléments relatifs aux pratiques des agents de santé, [avoir] une dimension punitive, [...] se concentrer sur les indicateurs négatifs, [et] éclipser les besoins reconnus localement pour investir dans d'autres aspects des opérations du système de santé » (George et al., 2017, p.82-83). Le contexte, notamment les priorités locales et les structures de gouvernance du système de santé, doit donc être pris en compte dans l'utilisation des incitations accordées aux ressources humaines et d'autres mesures d'amélioration de la performance (George et al., 2017).

### Conclusion

Les soins maternels respectueux et les ressources humaines pour la santé sont inextricablement liés. Les efforts efficaces et significatifs visant à promouvoir les soins maternels respectueux sont destinés aux patients et aux prestataires en première ligne qui pâtissent des conséquences des systèmes

de santé hiérarchiques. Leurs contributions et leurs expériences sont essentielles pour remédier aux causes profondes du manque de respect et des mauvais traitements.

### Pour en savoir plus

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., 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.
- 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 plus d'informations sur les ressources humaines pour la santé et les interventions des ressources humaines dans le domaine de la santé, veuillez vous référer aux ressources suivantes:

- George, A., Scott, K., & Govender, V. (Eds.), (2017). A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health. Genève: OMS.
- Réseau mondial pour les personnels de santé (anciennement dénommé Global Health Workforce Alliance)
- Human Resources for Health journal

- [World Bank Human Resources for Health brief](#)
- [Integrare](#)
- [EngenderHealth](#) pour les publications et les ressources sur la supervision facilitatrice et d'autres interventions sur la qualité des soins.

## Références

Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., Mbehero, F., Njeru, A., & Bellows, 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*. Londres: Amnesty International.

Araujo, E., & Maeda, A. (2013). *How to Recruit and Retain Health Workers in Rural and Remote Areas in Developing Countries: A Guidance Note (Discussion Paper #78506)*. Washington DC: La Banque mondiale.

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.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiyoye, M. A., Oluwaye, 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.

Bradley, J., Igras, S., Shire, A., Diallo, M., Matwale, E., & Fofana, F. (2002). *Évaluation du COPE® effectuée au Kenya et en Guinée pour les soins de santé infantile*. New York: EngenderHealth.

Center for Reproductive Rights. (2008). *Broken Promises: Human Rights, Accountability and Maternal Death in Nigeria*. New York: CRR.

Chai, J., & Cummins, M. (2014). *From 'What Happened?' to 'What's Happening?' Equity in Action Through Real Time Monitoring*. New York: UNICEF.

Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. I., Brown, H., Chowdhury, M., et al. (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*, *364*(9449), 1984-1990.

Clements, C.J., Streefland, P.H., & Malau, C. (2007). Supervision in primary health care: can it be carried out effectively in developing countries? *Curr Drug Safety* *2*(1):19-23.

Cummins, M., & Huddlestone, B. (2013). Real time monitoring for the most vulnerable: UNICEF's experience in Uganda. *IDS Bulletin*, *44*(2), 57-68.

Dambisya, Y. M. (2007). A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa. *Health Systems Research Group, Department of Pharmacy, School of Health Sciences, University of Limpopo, South Africa*, (44), 49-50.

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).

EngenderHealth. (2003). *Guide COPE: un processus pour améliorer la qualité des services de santé*. New York: EngenderHealth.

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. (2014). Citizen monitoring to promote the right to health care and accountability. *Maternal Mortality, Human Rights, and Accountability*, *22*.

George, A. (2010). Exploring the Gendered Dimensions of Human Resources for Health. In G. Sen, & P. Ostlin (Ed.), *Gender Equity in Health: The Shifting Frontiers of Evidence and Action* (210-241). New York: Routledge.

George, A., Scott, K., & Govender, V. (Eds.). (2017). *A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health*. Genève: OMS.

Goer, H. (2010). Cruelty in maternity wards: fifty years later. *The Journal of Perinatal Education*, *19*(3), 33.

Gupta, N., Diallo, K., Zurn, P., & Dal Poz, M. R. (2003). Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, *1*(1), 5.

Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women.

*PLoS Medicine*, 12(6), e1001849.

Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., et al. (2015). Women and health: the key for sustainable development. *The Lancet*, 386(9999), 1165-1210.

Manongi, R. N., & Marchant, T. C. (2006). Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Human Resources for Health*, 4 (1), 6.

Marquez, L., & Kean, L. (2002). *Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems*. Washington, DC: USAID.

Mathauer, I., & Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4 (1), 6.

Mselle, L. T., Moland, K. M., Mvungi, A., Evjen-Olsen, B., & Kohi, T. W. (2013). Why give birth in health facility? Users' and providers' accounts of poor quality of birth care in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 13 (1), 174.

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.

Positive Birth Movement. (n.d.). "About the Positive Birth Movement." [www.positivebirthmovement.org](http://www.positivebirthmovement.org).

Rowe, A. K., de Savigny, D., Lanata, C. F., & Victora, C. G. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *The Lancet*, 366 (9490), 1026-1035.

USAID MCHIP (n.d.). *Respectful Maternity Care Program Review Instrument*. [https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Program%20Review%20Instrument\\_0.pdf](https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Program%20Review%20Instrument_0.pdf).

Vogel, J. P., Bohren, M. A., Tunçalp, Oladapo, O. T., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.

White Ribbon Alliance. (2011). *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*. Washington DC: WRA.

Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 8 (1), 247.

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, Confédération internationale des sages-femmes & White Ribbon Alliance. (2016). *Midwives' Voices, Midwives' Realities: Findings from a global consultation on providing quality midwifery care*. Genève: OMS.