**SOINS RESPECTUEUX ET VIOLATION DU DROIT DES FEMMES :**

**UNE PROBLEMATIQUE NAISSANTE EN HAITI**

*Par Vavita Leblanc, Maternal Health Specialist, UNFPA Haiti CO*

**CONTEXTE**

Haïti demeure le pays le plus vulnérable sur les questions de santé maternelle et d’exercice du droit à la santé dans la région d’Amériques Latine et Caraïbes. Le dernier EMMUS VI a révélé que peu de progrès avaient été faits dans les 10 dernières années puisque le taux de mortalité maternelle n’a que faiblement évolué passant de 630 en 2008 à 529 pour 100 000 naissances en 2017. Seuls 39% des femmes haïtiennes accouchent dans un établissement de santé et cette donnée s’accentue dans les départements et les zones rurales. Ainsi plus de la moitié des accouchements sont donc assistés par du personnel non qualifié notamment des accoucheuses traditionnelles alors que plus de 90 d’entre elles disent avoir eu recours à un prestataire de santé formé en suivi prénatal.

Alors que les femmes haïtiennes en âge de procréer représentent plus de 25% de la population, elles évoluent dans un environnement précaire. L’indice d’inégalité de Genre était de 0,603 en 2014 indiquant une forte discrimination envers les femmes au niveau de l’éducation, la santé, la participation aux postes de décision et l’accès à des emplois décents. En 2017, plus de 12% des femmes déclaraient avoir été victimes de violences sexuelles et 1 femme sur 5 ainsi que 1 homme sur 10 déclaraient qu’il était justifié de subir ou d’infliger des traitements violents à des femmes. La précocité des naissances et des rapports sexuels chez les jeunes, particulièrement les adolescentes, contribue au niveau élevé de mortalité maternelle. En effet, plus de 10% des moins de 19 ans ont déjà initié leur vie procréative.

1. **Veuillez indiquer s'il existe dans votre pays des cas de mauvais traitements et de violence à l'égard des femmes pendant les soins de santé procréative, en particulier les accouchements en établissement. Dans l’affirmative, veuillez préciser le type de cas et décrire la réponse de votre pays ainsi que les bonnes pratiques, y compris en matière de protection des droits de l’homme ;**

**Des données sur les déterminants de l’accouchement institutionnel : un cas de divorce entre les femmes haïtiennes et leur système de santé**

Les données au niveau global et même au niveau national avaient unanimement démontré les années précédentes que les facteurs limitatifs liés à l’accès aux services reproductifs étaient essentiellement d’ordre économique, infrastructurel et social. En d’autres termes la compréhension commune de santé publique était que les femmes ne venaient pas à l’hôpital parce qu’elles n’avaient pas d’argent, que les institutions de santé étaient beaucoup trop éloignées des communautés et qu’elles étaient peu éduquées ou instruites.

L’étude secondaire sur l’*Analyse en profondeur des déterminants du choix du lieu d’accouchement par les femmes haïtiennes* menées par l’IHE[[1]](#footnote-1) et commanditée par le MSPP publiée en 2015 a mis en évidence un facteur prédictif supplémentaire de l’accouchement institutionnel la question de l’accueil et du traitement des femmes est apparue comme un élément fondamental à l’origine de leur choix sur le lieu de leur accouchement. L’étude avait recueilli les témoignages et propos de plus de 40 femmes provenant de zones urbaines, semi-urbaines et rurales.

* **Le mauvais accueil comme frein majeur à l’utilisation des services**

Le mauvais accueil a été identifié comme un problème crucial des maternités du pays. La gestion de la douleur du travail de la femme confrontée au manque de compassion, à une pression psychologique et à des prestataires peu respectueux constituent l’une des premières raisons de la faible fréquentation des maternités par les femmes haïtiennes. Le rapport de l’étude précise que « *En Haïti, c’est l’un des problèmes cruciaux au niveau des maternités, […] la femme qui est en train d’accoucher est parfois injuriée, reçoit même des tapes lorsqu’elle n’est pas très coopérative. »*

* **La césarienne comme un acte subi**

En outre, l’indication de la modalité d’accouchement est également à la base des craintes des femmes en milieu hospitalier. Elles craignent que dans un système où les soins ne sont pas gratuits, que les accouchements par césarienne soient parfois privilégiés au détriment des accouchements naturels moins couteux et qui demandent moins d’intervention. La capacité de décision et de compréhension des actes et des choix médicaux est traduite simplement ici par une méfiance du corps médical et notamment des gynécologues qui ne défendraient pas suffisamment la physiologie de l’accouchement. Le rapport précise : «  *la césarienne est perçue comme un acte à subir, si elle doit se rendre au centre pour aller accoucher. Il y a une certaine tendance à penser que le gynécologue ne va pas permettre à la femme d’accoucher par voie basse, qu’il va profiter de la grossesse pour gagner de l’argent, en pratiquant une section césarienne sans nécessité. Cette opinion véhiculée entre les femmes enceintes favorise l’accouchement à domicile*. »

Une deuxième étude conduite par l’OMS[[2]](#footnote-2) dans le cadre du comité technique sur les soins respectueux mis en place par le MSPP a couvert 4 services de soins obstétrico-néonataux d’urgence et a révélé que parmi les femmes interrogées environ 90% d’entre elles s’estimaient satisfaites. L’analyse de ce constat (par rapport aux données de l’étude précitée) a été complétée par le fait que les femmes n’associaient pas la satisfaction à un critère de droits ou de non exercice de ceux-ci. L’hôpital étant associé à la maladie, la dispensation de soins était considérée comme le seul critère à prendre en compte quelle que soit la qualité de celle-ci. Il est apparu que la connaissance des droits et l’association de ces droits à la qualité de la prestation de services n’étaient ni automatique ni présente pour la plupart des femmes interrogées.

*- Les femmes demandent toujours pour accoucher dans une autre position. On dit non*

*- Il y a des femmes qui veulent s’assoir, qui ne veulent pas se coucher. On insiste pour qu’elles se couchent*

*- Après ton accouchement, tu n’auras plus de forces tellement tu fais du bruit. Depuis ce matin que tu fais du bruit*

*- Tu t’es mêlée d’affaires qui concernent les adultes. Et tu n’es pas capable de supporter la douleur des adultes. T’avais juste à ne pas te mêler d’affaires d’adultes*

*- C’est vous qui avez fait cet enfant, c’est à vous de payer*

*- Les femmes acceptent les mauvais traitements. Tout le monde est habitué avec ça*

Associés à cette étude, de nombreux focus groupes ont été menés par UNFPA en appui au MSPP et au MCFDF[[3]](#footnote-3) dans le cadre du développement de plusieurs projets dont notamment le Projet Sage-femme: renforcer la profession et la pratique en Haïti et le Projet : Soins de santé intégrés pour les femmes et les adolescentes et interrogé plus de 60 femmes, 40 prestataires de santé et 40 accoucheuses traditionnelles. Des atteintes évidentes aux droits des femmes avaient été répertoriées, selon la typologie de la maltraitance aux femmes pendant l’accouchement publiée en 2015 par *Bohren et al*.

* **Violences verbales :** « *l’une des grandes causes qui découragent les femmes à venir ce sont les humiliations dont elles font l’objet, le personnel leur crie dessus*»[[4]](#footnote-4), les femmes ont souvent mis en lumière les menaces et les reproches imposées par le personnel soignant.
* **Violences physiques :** des prises en charge corporelles imposées telles que les attachements aux tables d’accouchements, les tapes sur les fesses et sur les jambes, l’imposition d’une position d’accouchement pour immobiliser la femme pendant la phase d’expulsion ou encore le refus ferme de laisser la femme changer de position pendant le travail et l’accouchement
* **Discriminations :** les femmes ont reporté des situations fréquentes de discrimination sociale dans les institutions de santé. Elles sont souvent confrontées à des remarques incriminantes telles que *« je me suis sentie seule et humiliée dans la maternité, chez moi je ne suis pas seule et on ne me demande pas d’avoir des vêtements tout neufs pour mon bébé, je n’ai pas les moyens de les acheter”*

Ces focus groupes avaient également mis en relief des facteurs environnementaux et institutionnels mis en cause par les prestataires de santé. Toujours selon la même typologie ces entretiens ont révélé des situations claires de :

* **Relations pauvres entre les femmes et les prestataires :** Les femmes ayant souligné surtout le manque de support du personnel pendant les contractions, le refus de laisser la matrone qui s’est occupée d’elle dès le départ rentrer dans la maternité ou encore le fait d’obliger les femmes à aller marcher pour gagner de la place dans les salles d’accouchement ; *« j’ai accouché une fois à l’hôpital, ça ne s’est pas bien passé avec l’infirmière, je ne reviendrai pas »*
* **Les conditions du système de santé et les contraintes :** les prestataires avaient dénoncé des conditions de travail difficiles avec une force de travail insuffisante dans la plupart des cas et un environnement de travail peu propice (manque d’équipements, manque de matériel médical, manque d’intrants médicaux) à des soins de qualité. La compréhension de l’approche de droits n’était pas appréhendée par une partie d’entre eux et positionnaient le devoir médical avant le confort de la patiente ; *« elles veulent qu’on s’occupe d’elles comme les matrones mais c’est impossible, nous on est du personnel médical, on fait pas ces choses-là »*

1. **Veuillez préciser si un consentement complet et éclairé est donné pour tout type de soins de santé sexuelle et reproductive et si ceux-ci incluent les soins liés à l'accouchement ;**

A ce jour, il n’existe pas de mécanisme systématique de recueil de consentement des femmes pour les gestes médicaux en lien avec la santé de la reproduction et le MSPP n’a pas encore développé des normes ni un dispositif permettant aux femmes de notifier des cas de violation de leurs droits dans les institutions de santé. Dans la pratique, ce consentement est recherché dépendamment du professionnel et de l’acte médical posé et reste pour la plupart du temps verbal. Toutefois certains actes médicaux tels que la vasectomie et la ligature des trompes demandent un document signé avant intervention.

1. **Veuillez préciser s'il existe dans les établissements de santé des mécanismes de mise en responsabilité garantissant réparation pour les victimes de mauvais traitements et de violence, notamment au moyen de plaintes, indemnisation financière, reconnaissance d’actes répréhensibles et garantissant la non-répétition. Indiquer si le médiateur est chargé de traiter ces violations des droits humains.**

Il existe un médiateur chargé de traiter les violations des droits de l'homme au sein de l'Office de Protection du Citoyen (OPC) en Haïti ". L'organigramme du CPVP offre un service propre aux femmes. En effet, deux psychologues sont disponibles pour déposer des plaintes pour violence physique et sexuelle où 24 plaintes ont été traitées (6 cas de violence physique et 18 de violence sexuelle pour l’année 2017-2018). Des initiatives sont en cours pour mettre en place un mécanisme clair et connus par les femmes dans les institutions de santé et le lier à la structure de plainte existante dans l’OPC.

1. **Votre système de santé a-t-il des politiques guidant les réponses sanitaires à la violence à l'égard des femmes et qui sont conformes aux directives et normes de l'OMS en la matière, voir :**

* **Un cadre politique et normatif existant en cours de renforcement**

Dans le Manuel de Normes de travail[[5]](#footnote-5) en soins maternels datant de 2010, la question du respect est circonscrite au niveau de la période d’accouchement sans aucune mention de ce critère dans la période pré et postnatale. Les Normes pour la pratique des Soins Infirmiers[[6]](#footnote-6) en Haïti explicitent clairement la philosophie des soins infirmiers « *Le patient est un être bio-psycho-social. Il est soigné dans le respect de sa dignité humaine. Il a droit aux soins infirmiers adéquats à son état et/ou sa maladie, sans préjugé de race, de statut socio-économique, de langue ou de convictions philosophique ou religieuses. Il a droit au respect de sa vie privée. Il a le droit de recevoir l’information relative à son état »*. Les curricula de formation des métiers de santé n’ont pas encore intégré ces notions de manière approfondie et pratique. Ces normes sont souvent confrontées à la réalité des terrains de stage où les étudiants ne sont pas suffisamment encadrés et où l’acquisition des compétences est réduite à des gestes médicaux ou infirmiers. Concernant les médecins, ces concepts et approches demeurent très légèrement abordés pendant leur cursus d’études initiales, la sensibilisation à ces thèmes et les changements de comportements demeurent des défis.

Le dernier Plan Stratégique Santé de la reproduction a intégré dans la formulation de son objectif principal *« améliorer la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits y afférents pour les femmes, les jeunes et les adolescents ».* Il n’y a toutefois pas d’indicateurs de résultats ou de processus relatif au respect des droits pour pouvoir mesurer les progrès obtenus.

Dans le Plan National de lutte contre les violences faites aux femmes pour 2017-2027 développé par la Concertation Nationale de lutte contre les violences faites aux femmes, dans le tableau listant les formes de violence, il est explicitement décrit, pour la première fois dans un document sectoriel de la thématique genre, la violence obstétricale que peuvent subir les femmes haïtiennes. On y fait référence clairement à tout acte de coercition et de privation d’information, de consentement ou de tout autre acte qui enfreint l’exercice du droit de la femme dans une situation périnatale.

* **Une initiative motrice le « Task force » sur les soins respectueux**

Le MSPP a mis en place en 2018, un comité technique pour travailler, produire des données et proposer une feuille de route pour adresser cette question. Dirigée par la DSF[[7]](#footnote-7) et composée de membres de l’UNFPA, de l’OMS, de la Société Haïtienne de Gynécologie et Obstétrique, de l’association Nationale de Sages-femmes, de représentants d’associations de femmes et d’autres partenaires du Ministère de la Santé, ce groupe a accompagné le rapport produit par l’OMS sur les Soins respectueux dans les SONU. Il prépare en ce moment une étude d’envergure pour évaluer de manière précise la prévalence de la maltraitance dans plus de 50% des SONU du pays. Un guide national de formation est en cours de développement et une conférence nationale sur les droits, les soins respectueux et la maternité sera organisée en 2019 afin de sensibiliser au plus haut niveau de décision et de produire des recommandations fermes sur le sujet.

* **La maternité bienveillante : le pari de la stratégie sage-femme**

Le système de santé peine à réduire les décès des mères et des nouveau-nés haïtiens évitables et pour cause, les femmes choisissent de ne pas fréquenter les hôpitaux pour la plupart d’entre elles. Conformément aux recommandations internationales de l’OMS, UNFPA appuie le gouvernement à étendre la couverture de sages-femmes sur le territoire national. Aujourd’hui, elles sont à peine 250 à exercer pour plus de 2, 8 millions de femmes en âge de procréer. Formées selon les standards internationaux mais avec une orientation culturellement acceptable, ces professionnels et experts en santé de la reproduction, sont reconnus comme des acteurs clés dans le renforcement de l’autonomie des femmes et dans la dispensation de soins centrés sur la personne selon la philosophie intrinsèque de la profession. Le curriculum de formation sage-femme est en cours de révision afin que la thématique des soins respectueux soit transversalement diffusée tout au long de la formation. De plus, une collaboration étroite avec les accoucheuses traditionnelles espère produire une réconciliation des femmes avec le système de soins du pays. Le projet de renforcement de la pratique sage-femme lancé en Mai 2019 aspire à la formation de plus de 600 sages-femmes et à la mise en place d’une pratique sage-femme normalisée répondant prioritairement aux besoins des femmes et des adolescentes selon une approche de droits.

* **Les cliniques sourires : un modèle de prise en charge holistique centré sur les besoins et les droits des femmes et des filles**

UNFPA a mené une expérience pilote en mettant en place en appui au MSPP depuis 2013 quatre maternités baptisées “Cliniques Sourire”, offrant les 7 fonctions essentielles de base des soins obstétricaux et néonataux d’urgence (SONUB) ainsi que les que 6 fonctions associées de la santé de la reproduction (Services de planification familiale, la prise en charge médicale des VBG avec référence pour prise en charge psycho-sociale et judiciaire, la PTME, le lien avec la SSPE et communauté, la vaccination, la Clinique Prénatal et Clinique postnatal) dans un cadre moins médicalisé. Ces maternités sont aussi caractérisées par la qualité de l’accueil, la propreté des lieux et l’assistance particulière apportée aux femmes et aux filles les fréquentant. Le positionnement des Sages-femmes comme gestionnaire de ces maternités, leur rôle communautaire et la mise en place d’une stratégie de soins respectueux, ont permis d’obtenir des résultats positifs avec une multiplication par 5 du nombre d’accouchements institutionnels. Alors que la qualité des soins demeure un défi énorme (y compris le vécu des femmes et la question de leurs droits à la santé reproductive et au respect de leurs droits fondamentaux), il est apparu une priorité et une évidence de procéder à une expansion du modèle. Un travail avec le MSPP et le MCFDF sera bientôt enclenché pour développer un mécanisme d’accompagnement et de reconnaissance des maternités qui appliqueraient ce modèle et respecteraient les critères d’une prise en charge holistique, moins médicalisée, plus humaine, plus personnalisée et centrée sur les droits des femmes.

**CONCLUSION**

La réflexion sur la maltraitance faite aux femmes dans les maternités est au cœur de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale qui stagne en Haïti. La mise en place de stratégies pour évaluer le niveau de maltraitance et pour mettre en place des mesures correctives et adresser la problématique est une action fondamentale et cruciale pour que Haïti puisse faire respecter le droit à la vie et à la santé des femmes haïtiennes.

Les adolescentes sont une des couches de la population qui sont les plus exposées à ces traitements et qui s’en soustraient pour la majorité en accouchant avec les matrones. La prise de conscience est naissante mais elle doit être généralisée jusqu’au plus haut niveau pour qu’elle puisse engendrer les interventions favorables à la production des changements de comportements souhaités. Accroître le pourcentage d’accouchements institutionnels à travers une stratégie centralisée sur une maternité bienveillante c’est là la théorie de changement que Haïti doit embrasser si elle veut s’approcher des objectifs des ODD qui pour le moment semblent bien difficiles à appréhender.

**ANNEXES (Extraits de l’Analyse secondaire de l’EMMUS V sur le choix du lieu d’accouchement par les femmes haïtiennes)**

|  |
| --- |
| **Annexe 2 a : Raisons avancées par les femmes enceintes pour choisir d’accoucher à domicile avec l’aide des matrones:** |
|  Au moment des douleurs, les matrones font appel à deux ou trois personnes pour soutenir la femme, du point de vue psychologique la femme se sent soulagée;   La matrone prend soin d’elles: elle donne des tisanes, fait le massage, presse le ventre de la femme, donne de la soupe si elle estime que la femme enceinte est faible;   Les matrones font des prières au moment de l’accouchement;   Les matrones ont beaucoup de patience, elles tolèrent les cris et les bruits faits par les femmes en travail;   Avec la matrone, elle reçoit l’appui de sa famille et de son mari. Toute la famille peut participer à l’accouchement fait par la matrone. Les parents veulent se sentir au cœur d’un événement si important pour leur famille. La femme qui accouche à la maison participe aux décisions de la matrone et elle est sont informée de chaque étape du travail.   Elle ne subit pas l’accouchement même si elle a de la douleur. Elle n’a pas à se conformer aux règles d’un personnel médical, qui en général, n’explique « rien » à la femme même si elle demande des informations ;   Le paiement ne constitue pas un problème. La matrone se contente de ce que possède la famille sans avoir à se plaindre de quoi que ce soit ;   La matrone est considérée comme un membre de la famille, elle vient à la maison de temps en temps, la femme n’a pas à se déplacer;   L’accouchement à domicile est un travail où l’implication quotidienne de la matrone est indispensable et semble être grandement récompensée par la reconnaissance de la famille envers la matrone;   Chez les matrones, il n’y a pas de table d’accouchement, pas de « ti bourik »45. Cela se fait sur une chaise, sur un lit ou un support dur par terre. |

|  |
| --- |
| **Annexe 2 b** : **Raisons avancées par les femmes enceintes pour ne pas accoucher en milieu institutionnel :** |
| **Attitudes et comportements des prestataires vis-à-vis des parturientes**  **- Les femmes ne se sentent pas bien accueillies par le personnel de service;**  **-** Manque d’assistance, de support de la part des prestataires au moment de l’accouchement; le personnel se montre très impatientet est irrité contre les femmes en souffrance, ignorant leur détresse;  **-** Certains prestataires donnent des fessées aux femmes et les traitent mal, leur lançant des propos injurieux;  **-** Les médecins ne tolèrent pas le bruit et les cris des femmes qui accouchent et celles qui font du bruit sont réprimandées sévèrement;  - Le personnel juge trop souvent les femmes et les gens qui les accompagnent sur les apparences et ils leur lancent parfois des propos déplacés ;  - Le personnel est irrité et malpoli à l’endroit des femmes qui ne viennent pas avec tous les examens médicaux demandés (surtout quand il s’agit de test de détection du VIH et les accouchées sont réprimandées Mwen pap mete men mwen nan san sida pou moun) ;  **Coût trop élevé à l’hôpital**  **-** Les femmes doivent préparer leur valise d’accouchement qui doit contenir des layettes neuves pour le bébé, elles doivent avoir des vêtements, de belles serviettes, des articles de toilettes selon le nombre de jours qu’elles vont passer à l’hôpital. La famille doit aussi apporter de la nourriture et pas n’importe quelle nourriture !  **-** Le transport coûte cher. Pour se rendre à l’hôpital elles sont obligées de payer le transport en moto parce que les centres hospitaliers sont éloignés de la communauté.  **Organisation des services**  **- A l’hôpital, les femmes sont obligées de monter sur une table pour l’évaluation et l’accouchement, ce qu’elles n’aiment pas;**  **-** Elles passent trop de temps à l’hôpital et dès fois elles n’arrivent même pas à trouver un médecin pour les prendre en charge ;  **- Il n’y a pas assez d’espace dans la maternité, pas assez de lit disponible ;**  **-** Il n’y a pas assez de personnel disponible, un membre du personnel s’occupe parfois de plusieurs femmes à la fois et les femmes passent trop de temps à attendre une assistance.  **Perception que la césarienne est parfois recherchée par les médecins**  **-** Les femmes pensent que les médecins leur donnent certains médicaments qui vont faire grossir le bébé, ce pour les porter à faire une césarienne. |

1. IHE : Institut Haïtien pour l’Enfance [↑](#footnote-ref-1)
2. Analyse situationnelle sur les soins respectueux dans les SONU, 2018 [↑](#footnote-ref-2)
3. MCFDF : Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes [↑](#footnote-ref-3)
4. Propos recueillis lors des focus groupes pour le développement du Projet Saj Fam Pou Fanm ; Renforcer la profession et la pratique sage-femme en Haiti [↑](#footnote-ref-4)
5. Direction de la Santé de la Famille. *Manuel de Normes de travail en Soins maternels*. MSPP. Décembre 2010 [↑](#footnote-ref-5)
6. Direction des Soins Infirmiers. *Normes pour la pratique des Soins Infirmiers en Haïti. Ministère de la Santé publique et de la Population.* Haïti. Novembre 2012. [↑](#footnote-ref-6)
7. Direction Santé de la Famille du MSPP [↑](#footnote-ref-7)