



ANALYSE DOCUMENTAIRE SUR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES EN MILIEU HOSPITALIER AU TOGO

Rapport final



Mars 2014]



Produit par



Sommaire

Liste des encadrés	iii
Remerciements	v
Résumé exécutif	vi
Introduction	1
I-CADRE THEORIQUE.....	2
1.1-Contexte et justification de l'étude	2
1.2-Objectifs de l'étude	4
1.2.1-Objectif général.....	4
1.2.2-Objectifs spécifiques	4
1.3- Définition des concepts	5
1.4-Revue de littérature	7
II-METHODOLOGIE.....	8
2.1. Analyse documentaire.....	8
2.2. Technique qualitative.....	8
2.3. Echantillonnage	9
2.4. Organisation de la collecte.....	9
2.5- Exploitation et analyse des données	10
2.6. Limites de l'étude	10
III-RESULTATS DE L'ETUDE.....	11
3.1. Caractéristiques des violences faites aux femmes en milieu hospitalier	11
3.2. Formes et types de violences rencontrés.....	11
3.2.1. Violences physiques	11
3.2.2. Violences psycho-morales.....	14
3.2.3. Violences économiques	18
3.2.4. Types particuliers de violences en milieu hospitalier	19
3.3. Acteurs.....	23
3.4. Facteurs des violences faites aux femmes en milieu hospitalier	26
3.4.1 Facteurs liés à l'attitude et au comportement du client	26
3.4.2. Facteurs institutionnels	28
3.4.2.1. Environnement de travail	28
3.4.2.2. La perception de la profession et de l'institution par les prestataires	30
3.5. Les conséquences.....	32
3.6. Relation entre les violences en milieu hospitalier et la mortalité maternelle et néonatale	35
3.7. Cadre règlementaire et stratégies de prévention des violences en milieu hospitalier	36
3.7.1. Cadre règlementaire.....	36
3.7.2. Stratégies mises en œuvre pour réduire les violences faites aux femmes en milieu hospitalier	36
CONCLUSION	38
RECOMMANDATIONS.....	40
BIBLIOGRAPHIE	42

Liste des tableaux et figures

Tableau : Répartition des formations sanitaires selon la région et le district	9
Figure 1 : Acteurs engagés dans les violences en milieu hospitalier.....	23
Figure 2 : Schématisation de la violence étudiée	24

Liste des encadrés

Encadré 1 : Témoignage sur la violence vécue par une femme en milieu hospitalier.....	12
Encadré 2 : Témoignage d'une femme sur les types de violences que les femmes subissent en milieu hospitalier	12
Encadré 3 : Témoignage d'un prestataire sur les coups donnés sur les cuisses des parturientes	12
Encadré 4 : Témoignage sur un cas de coup donné sur la tête d'une femme enceinte par un prestataire	13
Encadré 5 : Témoignage sur des cas de gifle vécus en milieu hospitalier.....	13
Encadré 6: Témoignage sur l'utilisation de brutalité par les prestataires sur les femmes	13
Encadré 7: Témoignage sur l'existence de mauvais accueil en milieu hospitalier au Togo.....	15
Encadré 8: Reconnaissance par un prestataire de l'existence du mauvais accueil en milieu hospitalier.....	15
Encadré 9: Confirmation de l'existence du phénomène de mauvais accueil par un prestataire.	15
Encadré 10: Témoignage d'une femme de l'existence d'insultes et de cris en milieu hospitalier.	16
Encadré 11: Témoignage d'une jeune fille de l'existence d'insultes et de cris en milieu hospitalier.	16
Encadré 12: Révélation d'une femme accouchées sur la négligence et le mépris vécus lors d'un accouchement	17
Encadré 13: Témoignage d'un mépris vécu en milieu hospitalier par une femme.....	17
Encadré 14: Restitution d'un cas d'humiliation subie par une parturiente dans une formation sanitaire.	17
Encadré 15: Témoignage sur la discrimination vécu en milieu hospitalier.	18
Encadré 16: Témoignage d'un prestataire sur un cas de vol de médicaments en milieu hospitalier	19
Encadré 17: Témoignage sur le détournement de matériels, de surenchère et rackette par les prestataires en milieu hospitalier.....	19
Encadré 18: Indignation d'une femme par rapport au retard de prise en charge	20
Encadré 19: Indignation d'une femme par rapport au retard de prise en charge	20
Encadré 20: Deuxième indignation d'une femme par rapport au retard de prise en charge.....	20
Encadré 21: Témoignage d'une femme enceinte sur la rétention d'information par les prestataires	21
Encadré 22: Témoignage d'une femme enceinte sur un cas d'erreur médicale	22
Encadré 23: Témoignage d'une femme sur les profils qui exercent plus les violences	24
Encadré 24 : Témoignages de prestataires sur les comportements provocateurs de certains clients.....	26
Encadré 25 : Prestataire reconnaissant que les violences observées lors de l'accouchement ont pour cause la douleur des femmes	26
Encadré 26 : Témoignage sur le manque de moyen au niveau des femmes pour honorer les coûts de prise en charge comme sources de violences.....	27
Encadré 27 : Explications d'une femme accouchée de certaines raisons qui amènent les prestataires à les violenter	28
Encadré 28 : Témoignage d'un prestataire sur les attitudes de certains accompagnants qui provoquent les soignants	28
Encadré 29 : Témoignages des prestataires sur la surcharge de travail comme facteurs de violences à l'égard des femmes.....	29
Encadré 30 : Témoignages des prestataires et des bénéficiaires sur le manque de matériels dans les formations sanitaires.	29
Encadré 31: Témoignages sur la non satisfaction salariale des prestataires et violence à l'égard des utilisatrices	30
Encadré 32: Quelques témoignages de prestataires dont la position confère un certain privilège	30
Encadré 33 : Description de l'état d'esprit de certains prestataires selon le niveau de soins où il se trouve	31

Encadré 34 : Confirmation de l'existence des cas de traumatisme, de refus de fréquentation de formation
sanitaire suite aux violences en milieu hospitalier 33

Encadré 35: Illustration des cas de douleurs, de décès dus aux violences en milieu hospitalier 33

Remerciements

L'étude qualitative sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier a été entreprise sur l'initiative de GF2D avec l'appui de ONU Femmes et du Ministère français des Affaires Etrangères et Européennes dans le cadre de la mise en œuvre du programme Muskoka au Togo. L'étude a été réalisée par le Cabinet d'Expertise en Recherche-Action (CERA) du Togo.

Aux termes de la mission, le cabinet adresse ses remerciements à tous les partenaires qui ont financé et soutenu l'initiative, particulièrement ONU Femmes et le Ministère français des Affaires Etrangères et Européennes.

Les remerciements du cabinet vont particulièrement au Ministère de la Santé du Togo et au GF2D pour lui avoir fait confiance.

Enfin, CERA témoigne sa gratitude personnellement au Directeur Général de la Santé, aux Directeurs Régionaux de la Santé, aux Directeurs de Districts Sanitaires, aux prestataires de soins dans les formations sanitaires visitées et aux femmes utilisatrices des formations sanitaires rencontrées pour leur disponibilité et les informations fournies.

Résumé exécutif

Au Togo, comme dans plusieurs pays africains, diverses formes de violences généralement inavouées sont exercées contre les femmes. Si dans la majorité des cas, ces violences s'exercent en milieu familial et dans la communauté, certaines données révèlent que le milieu hospitalier constitue également un cadre où des violences sont exercées sur les femmes.

La présente étude documentaire, couplée d'entrevues réalisées auprès des patientes et prestataires dans toutes les régions du Togo se situe dans le cadre de la nécessité de mieux comprendre le phénomène des violences faites aux femmes en milieu hospitalier ainsi que des diverses formes qu'elles peuvent prendre. Il s'est agi par ailleurs d'appréhender les effets des violences en milieu hospitalier sur la santé et la vie des femmes qui les ont subies.

De façon globale, l'étude vise à faire l'état des lieux des informations existantes sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier.

Basée essentiellement sur l'approche d'analyse documentaire conformément aux termes de référence, cette technique a été complétée par la collecte d'informations qualitatives. Il a été donc procédé à la recherche et à l'exploitation des documents disponibles sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier au Togo. Par ailleurs, des entrevues ont été organisées avec des prestataires de soins SMN dans douze (12) formations sanitaires réparties dans toutes les régions du pays. Des entretiens ont été également organisés avec les bénéficiaires de soins SMN que sont les femmes enceintes et accouchées. Les résultats issus de l'analyse des informations disponibles révèlent l'existence de trois formes classiques de violences (physique, psycho morale et économique) exercées par les prestataires sur les femmes en milieu hospitalier.

Ces formes, spécifiquement physiques se manifestent à travers divers types tels que les gifles, les bousculades ou traitement brutaux, les frappes à la cuisse des femmes. S'agissant des violences psycho-morales, elles sont constituées de propos verbaux violents et des incivilités. Elles incluent entre autres le mauvais accueil, les insultes, les cris, les disputes, les menaces, le mépris, l'humiliation, l'indifférence, la négligence et le laxisme. La tendance générale qui se dégage est que le mauvais accueil est de règle dans les formations sanitaires. De plus, les données du terrain ont révélé que les violences psycho-morales sont d'une ampleur grandissante sur l'ensemble du territoire.

En ce qui concerne les violences économiques, elles se manifestent par le détournement des produits et matériels, les ventes parallèles de produits, les ventes de médicaments périmés, la livraison de médicaments en nombre insuffisant sont autant de types de violences économiques dont sont victimes les femmes enceintes et accouchées dans les formations sanitaires. Les avis recensés sur la question tendent à montrer que le détournement de produits est plus fréquemment observé dans les grands hôpitaux.

En dehors de ces formes classiques, il existe d'autres types de violences qui s'observent uniquement en milieu hospitalier. Ces types spécifiques sont regroupés en quatre catégories à savoir l'indisponibilité (retard de prise en charge et des occupations personnelles dont font preuve certains prestataires), la rétention de l'information, le retard dans la référence et les erreurs médicales.

La rétention de l'information est caractérisée par le refus des prestataires de donner des conseils, des informations et des explications sur le traitement dont bénéficie la femme.

Divers facteurs expliquent les violences subies par les femmes en milieu hospitalier et ils sont de trois ordres. L'environnement de travail insatisfaisant marqué par le sous-équipement des formations sanitaires ; l'insuffisance du personnel soignant entraînant des surcharges de

travail, l'insatisfaction par rapport au traitement salarial constitue un premier niveau de motifs sous-tendant des comportements violents de certains prestataires. En dehors de ce facteur, des attitudes et comportements des clientes sont provocateurs parfois des ripostes violentes de la part des prestataires. Enfin, l'abus d'autorité découlant de la perception relativement démesurée que certains prestataires ont de leur profession et de leur institution professionnelle rend souvent délétère les relations soignant – soigné.

Les violences subies par les femmes en milieu hospitalier ne sont pas sans conséquences sur la femme. On note des conséquences sur leur santé et sur leur vie. En effet, ces violences entraînent l'abandon de fréquentation des formations sanitaires par les femmes victimes et qui font recourt à l'automédication, les consultations auprès des tradithérapeutes, l'aggravation des maladies avec des ordonnances plus lourdes et même l'arrêt de l'activité économique. L'ultime conséquence est le décès des femmes victimes de ces violences et l'augmentation de la mortalité maternelle et néo-natale.

La réalité de l'existence des violences subies par les femmes en milieu hospitalier sous plusieurs formes, leurs effets sur la santé et la vie des femmes interpellent toute la société et en particulier tous les acteurs de la promotion de la femme. En cela, l'étude formule quelques recommandations à l'endroit de ces acteurs :

Gouvernement

- ✓ Renforcer l'enseignement des modules sur la déontologie et les qualités non techniques (accueil, soutien, courtoisie etc.) dans les écoles de formation des professionnels de soins de santé ;
- ✓ Mettre en place dans les formations sanitaires un mécanisme de suivi et de contrôle de l'application de la déontologie et des qualités non techniques enseignées ;
- ✓ Renforcer les programmes de formation continue des prestataires sur la gestion des relations prestataires-clients ;
- ✓ Mettre en place un cadre juridique portant sur la lutte contre les violences en milieu hospitalier ;
- ✓ Mener une étude nationale quantitative pour cerner la prévalence et l'ampleur des différentes formes de violences en milieu hospitalier ;
- ✓ Créer un environnement de travail favorable aux prestataires de soins SMN en revalorisant les salaires, en équipant de façon adéquate les formations sanitaires et en renforçant l'effectif des prestataires avec une bonne répartition.
- ✓ Vulgariser les droits et les devoirs des patients ;
- ✓ Doter les centres hospitaliers de services fonctionnels d'information et d'orientation des patients ;
- ✓ Réitérer le port obligatoire sur les blouses, des badges avec les noms des prestataires.
- ✓ Renforcer l'audit des décès maternels pour tirer leçons des erreurs médicales ;
- ✓ Instituer les Awards pour les prestataires ayant fait preuve d'exemplarité ;
- ✓ Mettre en place des mesures incitatives ou motivation des prestataires ;
- ✓ Mise en place dans les centres de structures de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des préoccupations des patientes/clientes de leurs plaintes.

- ✓ Adopter un système de sanction à l'encontre du personnel soignant auteur des violences ;
- ✓ Renforcer l'effectif du personnel des formations sanitaires ;

Organisations de la Société Civile

- ✓ Mener des actions de conscientisation à l'endroit des prestataires sur l'importance de la non-violence sur les patients ;
- ✓ Développer un programme de sensibilisation des femmes utilisatrices et leurs accompagnants sur les attitudes et comportements non provocateurs des prestataires ;
- ✓ Organiser des débats publics sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ Faire le plaidoyer pour la mise en place d'un cadre juridique portant sur la lutte contre les violences en milieu hospitalier ;
- ✓ Renforcer les activités des centres d'écoute afin d'assurer un accompagnement des victimes de violences en milieu hospitalier ;
- ✓ Mener le plaidoyer pour la réalisation d'une étude nationale quantitative pour cerner la prévalence et l'ampleur des différentes formes de violences en milieu hospitalier ;
- ✓ Faire le plaidoyer auprès des autorités pour améliorer les conditions de travail des prestataires;
- ✓ Initier des journées portes ouvertes en vue d'améliorer les relations soignants-soignés.

Associations de professionnels de la santé

- ✓ Développer un programme de formation continue à l'endroit des membres ;
- ✓ Mener des actions de conscientisation à l'endroit des membres actifs sur l'importance de la non-violence malgré les conditions difficiles de travail ;
- ✓ Susciter des débats au sein de la corporation sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ Mener le plaidoyer pour la réalisation d'une étude nationale quantitative pour cerner la prévalence et l'ampleur des différentes formes de violences en milieu hospitalier ;
- ✓ Faire le plaidoyer auprès des autorités pour améliorer les conditions de travail des membre en augmentant et en répartissant équitablement les effectifs, en améliorant de façon adéquate le niveau d'équipement des formations sanitaires et la rémunération des prestataires ;
- ✓ Œuvrer à l'organisation des journées portes ouvertes en vue d'améliorer les relations soignants–soignés.

Prestataires

- ✓ Mettre en application les enseignements sur la déontologie de la profession ;
- ✓ Développer des capacités individuelles à supporter les attitudes provocatrices des utilisatrices ;

- ✓ S'adapter à l'environnement de travail et s'abstenir des comportements assimilables aux violences.

A l'endroit des bénéficiaires

- ✓ Dénoncer tous les actes de violences qu'elles subissent à la hiérarchie du personnel de santé

Abréviations et sigles

BEPC	: Brevet d'Etudes du Premier Cycle
CERA	: Cabinet d'Expertise en Recherche-Action
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMS	: Centre Médico-social
CNAO	: Centre National d'Appareillage Orthopédique
CNTS	: Centre National de Transfusion sanguine
CPN	: Consultation Prénatale
CPoN	: Consultation Post-natale
DISER	: Division Informations Statistiques, Etudes et Recherche
DSF	: Division Santé Familiale
EDST	: Enquête Démographique et de Santé du Togo
ENASS	: Ecole Nationale des Assistants Sanitaires de Sokodé
GF2D	: Groupe de Réflexion et d'Action Femme, Démocratie et Développement
HD	: Hôpital de District
INH	: Institut National d'Hygiène
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MICS	: Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUFEMMES	: Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des Femmes
PDGRHS	: Plan de Développement et de Gestion des Ressources Humaines pour la Santé
PF	: Planification familiale
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
SMN	: Santé Maternelle Néonatale
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	: Santé de la Reproduction
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URD	: Unité de Recherche Démographique
USP	: Unité de Soins Périphériques

Introduction

Partout dans le monde, la violence faite aux femmes est devenue un problème majeur de santé publique et une violation des droits fondamentaux. L'assemblée générale des Nations Unies (1979) définit les violences faites aux femmes comme :

tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée

Chaque jour, des femmes de par le monde sont victimes des violences d'ordre physique, psycho-moral, économique, institutionnalisé et sexuel. Au niveau mondial, au moins une femme sur trois, a été battue, contrainte à avoir des rapports sexuels ou maltraitée de quelque autre manière, le plus souvent par son mari ou par un autre membre masculin de la famille (Bouchon, 2009).

Au Togo, une étude réalisée en 2010 sur les violences basées sur le genre révèle chez les filles âgées de 9 à 19 ans, 63% de violences physiques, 92% de violences psycho-morales, 7% de violences sexuelles. Chez les femmes de 15-49 ans, l'étude montre qu'elles sont victimes dans une proportion de 41% de violences physiques, 91% de violences psycho-morales, 3% de violences sexuelles et 34% de violence économique.

Plusieurs actions sont développées de par le monde y compris au Togo pour faire face à la situation. Malgré tous ces efforts consentis par les différents acteurs, la promotion des droits des femmes reste toujours un défi dans nos pays. C'est pourquoi dans le cadre de la mise en œuvre du « projet d'appui à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en Afrique et en Haïti », ONU Femmes et des Organisations de la Société Civile au Togo ont mis le pied sur l'accélérateur pour la lutte contre les pratiques sociales discriminatoires et les violences sexistes et sexuelles. A travers l'élaboration de leurs actions de lutte contre les violences basées sur le genre, GF2D et ONU Femmes se démarquent particulièrement par l'intérêt porté au phénomène des violences faites aux femmes plus spécifiquement dans le milieu hospitalier. Ainsi, une analyse documentaire a été commanditée par GF2D avec l'appui d'ONU Femmes pour faire l'état des lieux et décrire les informations disponibles sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier.

Le présent rapport issu de l'exploitation des données secondaires et informations primaires présente le cadre théorique, la méthodologie adoptée, les résultats obtenus notamment les différents formes et types de violences faites aux femmes en milieu hospitalier, les acteurs, les facteurs explicatifs, les conséquences de ces violences sur la santé maternelle et néonatale, les stratégies et pistes d'actions à entreprendre pour lutter contre les violences faites aux femmes en milieu hospitalier.

I-CADRE THEORIQUE

1.1-Contexte et justification de l'étude

Les indicateurs en matière de santé de la femme au Togo demeurent insatisfaisants, traduisant le degré élevé d'exposition de la femme au décès. Le taux de mortalité maternelle est demeuré élevé dans le pays passant de 478 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDST, 1998) à 350 décès en 2008¹, 350 en 2012 (UNICEF, 2012)². Ce taux est aujourd'hui de 300 décès pour 100 000 naissances vivantes selon les estimations de la Division de la Santé Familiale (DSF).

En observant ces niveaux du taux de mortalité, l'on peut conclure que le Togo passe pour un pays où le niveau de la mortalité maternelle reste encore élevé d'autant plus que ces niveaux demeurent largement au-dessus du ratio attendu de 160 pour 100.000 naissances en 2015³. A l'origine de cette grande vulnérabilité des femmes au décès, des causes directes et indirectes sont régulièrement évoquées. S'agissant des causes directes et selon MICS 4, trois décès maternels sur quatre au Togo surviennent pendant l'accouchement et la période post-partum. Directement ; 34,6% sont suite aux hémorragies pré et post-partum ; 23,5% à la pré éclampsie et/ ou des éclampsies ; 16,9% aux complications d'avortement ; 14,0% aux infections du post-partum et 5,1% à la rupture utérine (DSF, 2007)⁴.

Certains facteurs socioculturels non favorables à la santé des femmes sont encore persistants dans différentes communautés du pays. Il s'agit généralement de la forte disparité d'accès à l'école entre les filles et les garçons, celui de leur rétention scolaire et de l'achèvement de tous les niveaux, des pratiques sociales discriminatoires ainsi que des actes de violence sexiste et sexuelle occasionnant une forte augmentation de la mortalité maternelle et infantile. Par ailleurs, des facteurs socio-économiques et religieux demeurent vivants. Au rang de ceux-ci, on peut évoquer les tabous nutritionnels dans certaines régions du pays, la pauvreté généralisée des femmes et leur faible autonomisation, le bas pouvoir d'achat entre les familles, particulièrement celles des zones rurales, l'exclusion des femmes du contrôle de la propriété familiale, leur exclusion des assises de prise de décisions et la dépréciation de leur image. Généralement moins instruites que les garçons, les filles sont exclues du processus de prise de décisions au niveau de la famille, de la société et des questions particulièrement politiques. Toutes ces causes indirectes sont souvent reléguées au second plan et faiblement prises en compte dans les programmes et actions de terrain alors qu'ils ont en réalité au Togo, un impact lourd sur la santé de la femme. L'importance de ces causes indirectes est leurs contributions à la détérioration de la santé des femmes et leur implication dans les décès enregistrés dans les formations sanitaires et dans les communautés. Au Togo en effet, l'insuffisance de sensibilisation des populations sur les problèmes de santé et de mortalité maternelle et l'insuffisance de l'offre des services en Maternité à Moindre Risque (DSF 2007) sont réelles. A ce niveau, l'UNICEF 2004⁵ avait montré que l'intervention la plus efficace pour garantir une maternité sans risque est d'assurer la présence d'une sage-femme formée pendant tous les accouchements, la disponibilité d'un moyen de transport pour accéder aux services de recours et la fourniture de soins obstétricaux de qualité. Aujourd'hui, ces

¹ Évolution de la mortalité maternelle: estimations développées par l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et la Banque Mondiale, OMS, Genève, 2008.

² Tendances en matière de mortalité maternelle» (Trends in maternal mortality), publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et la Banque mondiale, 2008

³ Objectif OMD

⁵ UNICEF, 2004, Situation des enfants au Togo

indicateurs demeurent loin pour satisfaire les attentes car on compte pour tout le pays que 33 formations sanitaires offrant des services (SONU, 2012). Aussi, selon le rapport de l'analyse documentaire de la situation du personnel de la pratique de sage-femme et planification familiale au Togo (OMS, 2013), on compte une sage-femme pour 13 710 hbts alors qu'on doit en avoir une pour 4 000 hbts.

En dehors de l'insuffisance quantitative de personnel en charge de la santé des femmes, des études ont révélé l'existence de certaines attitudes et pratiques en milieu hospitalier assimilables aux violences qualifiées de violences. Il est important de préciser que la violence en milieu hospitalier est d'autant plus inacceptable qu'elle touche des personnes vulnérables, des femmes. Aujourd'hui, ce phénomène n'est plus nié et de nombreux établissements se mobilisent pour promouvoir la notion de « bienveillance ». Face à une certaine banalisation de la violence, il apparaît nécessaire de rappeler au personnel hospitalier mais aussi aux patients, la nécessité d'un respect réciproque. Aujourd'hui, la question de la violence en milieu hospitalier est l'objet de multiples attentions de la part des professionnels de santé qui accompagnent au quotidien des personnes vulnérables. La conception large de la violence s'appuie sur la diversité des formes d'atteintes à l'intégrité du patient en milieu hospitalier. On peut ainsi citer les violences morales (ordres, interdictions, reproches, indifférence, privation de visites, humiliation, infantilisation...), les violences par excès et négligences (absence de prise en compte de la douleur, acharnement thérapeutique, excès de médicaments), les violences physiques (toilettes imposées, gifles, sévices sexuels), les violences matérielles (vols d'argent ou d'objets, matériel inadapté) et également le non-respect du consentement ; cette question est celle qui fait l'objet des discussions les plus virulentes entre malades et soignants.

Face à la situation de vulnérabilité grandissante de la santé des femmes et aux taux de mortalité maternelle toujours élevés et prenant en compte les facteurs aussi bien directs qu'indirects, de grandes décisions sont prises ces dernières années pour de meilleures actions et résultats. En 2010, la santé des femmes et des enfants a figuré en bonne place dans les travaux de l'Assemblée Mondiale de la Santé, du Sommet du Groupe des Huit, du Sommet du Pacifique pour la santé, du Sommet de l'Union africaine et d'autres réunions au plus haut niveau. En septembre 2010, ce mouvement a culminé avec le lancement, par le Secrétaire général de l'ONU, de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants. Accueillie avec intérêt par les 192 États Membres, cette stratégie a été jugée importante par leurs dirigeants, car il reste encore beaucoup à faire pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés. Malgré l'engagement politique et les efforts de tous les acteurs, les indicateurs de la mortalité maternelle et néonatale demeurent élevés. La Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants lance un appel solennel à la constitution de « systèmes de santé plus efficaces, centrés sur un nombre suffisant de travailleurs de santé qualifiés ». Dans ces systèmes plus efficaces, la Stratégie mondiale prévoit également un ensemble complet et intégré d'interventions essentielles et de soins indispensables qui incluent l'information et les services de planification familiale; les soins prénatals, néonataux et postnatals; les soins qualifiés pendant l'accouchement dans des structures sanitaires appropriées; les soins obstétricaux et néonataux d'urgence; l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions de sécurité (là où elle est légale) les soins post-avortement; et la prévention du VIH et autres infections sexuellement transmissibles

Il a donc été reconnu que le rôle joué par les sages-femmes et tous les autres personnels de la pratique de sage-femme dans la bonne application de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants est très déterminant. C'est dans ce cadre que de nouvelles résolutions ont été approuvées par le Conseil d'administration de l'Organisation Mondiale de la Santé en

janvier 2011 sur le renforcement de la profession d'infirmière et de sage-femme (EB128.R 11) et sur le renforcement des effectifs de professionnels de la santé (EB128.R9).

Le Togo a développé plusieurs initiatives dans l'optique de l'atteinte des OMD et pour s'inscrire dans tous ces cadres internationaux et régionaux définis pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Ainsi, au nombre de ces actions, on pourra citer le PDGRH 2009-2013 qui prend en compte de façon générique, toutes les Ressources Humaines en Santé (RHS), ainsi que les moyens et mécanismes de motivation et de fidélisation. Il vise ainsi à réaliser progressivement un consensus des acteurs nationaux autour des stratégies à mettre en œuvre pour assurer un développement et une optimisation des ressources humaines en santé en termes de quantité, de qualité et de répartition selon les besoins des services de santé

Afin de faire face au défi d'amélioration de la qualité et la disponibilité de personnel de santé, le pays met actuellement en œuvre une série de programmes axés sur le renforcement du personnel de santé en quantité et en qualité en vue de répondre aux réels besoins du pays avec l'appui de plusieurs partenaires dont le Ministère français des affaires étrangères et européennes ainsi que les agences du système des Nations-Unies (UNFPA, UNICEF, ONU Femmes, OMS/AMPS).

Au vu des conséquences diverses qui peuvent découler des violences subies par les femmes en milieu hospitalier sur leur santé et celle de leurs fœtus, il est nécessaire de disposer des informations pertinentes en vue de mieux faire face et les réduire. C'est ainsi que le GF2D en collaboration et avec l'appui de l'ONU Femmes, veulent mieux cerner la situation des violences en milieu hospitalier au Togo à travers une analyse documentaire des violences faites aux femmes en milieu hospitalier au Togo.

1.2-Objectifs de l'étude

1.2.1-Objectif général

L'objectif général de cette analyse documentaire est de faire l'état des lieux des informations existantes sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier au Togo.

1.2.2-Objectifs spécifiques

Spécifiquement, il s'agira de :

- ✓ faire une analyse documentaire des violences subies par les femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ appréhender les différents types de violences subies par les femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ cerner l'ampleur des violences faites aux femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ apprécier les conséquences des violences subies par les femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ établir des liens entre les violences subies par les femmes en milieu hospitalier avec la santé et la mortalité maternelle.

1.3- Définition des concepts

La littérature ne donne pas une définition universelle de la violence faite aux femmes en milieu hospitalier. On peut néanmoins partir des définitions partielles pour aboutir à une définition complète du thème.

Pour l'Assemblée Générale des Nations Unies (1993), **les violences faites aux femmes** désignent l'ensemble des comportements individuels ou collectifs violents reposant exclusivement sur une question de genre. C'est donc : « *Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.* (Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Aide mémoire numéro 239, 1993.

S'agissant spécifiquement des violences en milieu hospitalier, K. Lefevre-Darnajou (2004), évoque des notions de risque, d'usager et de soignant qu'il est opportun de préciser :

- en premier lieu, le risque, terme traditionnellement utilisé en droit des assurances, occupe désormais une large place en droit médical, notamment lors de la mise en œuvre mais aussi de l'exemption de responsabilité des professionnels de santé. La jurisprudence et la doctrine ont affiné le concept, distinguant le risque prévisible, sérieux, proportionné, exceptionnel... attachant à ces qualificatifs des conséquences propres ;
- en second lieu, il est intéressant de relever que le terme d'« usager » tend à se substituer à celui de « malade », ce qui est représentatif de l'évolution actuelle du droit médical. La nouvelle loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé y fait d'ailleurs largement référence dans ses intitulés, en traitant notamment dans un Chapitre II des « Droits et responsabilités des usagers ». Bertrand Mathieu a pu souligner à ce propos que le terme d'« usager du système de santé », qui figurait déjà dans le Code de la santé publique, « manifeste une conception à la fois consumériste et publique de la médecine ». L'auteur tout en déplorant que « la relation individuelle passe au second plan » admet toutefois que « l'ajout du terme de responsabilité à celui de droits relativement aux usagers (...) corrige partiellement cette impression en faisant des devoirs de l'usager la contrepartie de ses droits ». Quoi qu'il en soit, l'usager est un patient hospitalisé et demeure avant toute chose une personne ;
- en dernier lieu, la question de la violence en milieu hospitalier envisagée sous l'angle de la relation patients - soignants, semble limiter l'étude de ces derniers aux seuls professionnels du monde médical et paramédical appelés à délivrer et prodiguer des actes de soins.

L'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo (2011) aborde le concept de manière plus large sous le terme de *pratiques parallèles* et qui s'entendent comme « tous les mécanismes d'adaptation élaborés par le personnel de santé ou par tout acteur influençant la relation entre clients et prestataires qui peuvent affecter la qualité des services de santé et/ou l'accès de la population aux soins de santé. »

Dans le cadre de cette recherche qui se situe dans le contexte de violence faite aux femmes⁶, la définition proposée pour cerner les violences faites aux femmes en milieu hospitalier est la suivante : ***Toute forme et tout type de violence exercé sur les femmes utilisatrices des services de santé maternelle et néonatale en milieu hospitalier par un prestataire en abus de son pouvoir institutionnel ou professionnel.***

En plus de ces différentes formes spécifiques classiquement catégorisées, d'autres types de violences sont rencontrés en milieu hospitalier notamment les violences faites par les patients ou leurs accompagnants sur les prestataires, les violences entre patients, les violences entre patients et accompagnants.

Le concept de violence fait appel à deux acteurs, un agresseur et un agressé. C'est le fait pour un agresseur d'utiliser son pouvoir physique, économique ou tout autre pouvoir (institutionnel ou professionnel) afin de dominer une victime et de faire en sorte qu'elle soit dans une position d'impuissance.

L'expression *violence faite aux femmes* en milieu hospitalier évoque diverses formes de violence, de mauvais traitements et de négligence dont les femmes sont victimes dans leurs relations avec les prestataires de soins.

Il s'agit généralement des :

- ✓ violences morales : ordres, interdictions, reproches, indifférence, privation de visites, humiliation, infantilisation ;
- ✓ violences par excès et négligences : absence de prise en compte de la douleur, acharnement thérapeutique, excès de médicaments ;
- ✓ violences physiques : toilettes imposées, gifles, sévices sexuels ;
- ✓ violences matérielles : vols d'argent, de produit ou d'objets, matériel inadapté ;
- ✓ non-respects du consentement : cette question est celle qui fait l'objet des discussions les plus virulentes entre malades et soignants.

Selon le rapport *analyse de la situation du secteur de la sante au Togo* (2011), les manifestations de ces violences en milieu hospitalier sont entre autres :

- ✓ les ventes illicites des produits pharmaceutiques aux clients,
- ✓ le racket des clients,
- ✓ les pratiques privées au sein de la structure,
- ✓ le détournement des patients vers des centres privés,
- ✓ le détournement du matériel et médicaments ;
- ✓ les retards et absentéismes au poste de travail ;
- ✓ les avortements clandestins ;
- ✓ les violences physiques et verbales.

⁶ N'importe quel acte de force ou de coercition mettant gravement en danger la vie, le corps, l'intégrité psychologique ou la liberté des femmes, et commis au nom de la perturbation du pouvoir et du contrôle masculin (HEISE, 1995 : 171)

1.4-Revue de littérature

L'examen de certaines études réalisées en France sur les violences hospitalières ont permis de recenser trois catégories de violences hospitalières avec les acteurs concernés. Il s'agit de :

➤ La violence physique

Définie comme étant la violence exercée sur le corps même de la victime, qui porte atteinte à son intégrité : coups et blessures, voies de faits (actes considérés comme moins graves car non visualisables : bousculades, crachats, cheveux arrachés); elle a été identifiée dans ces études comme se déroulant entre personnel, de personnel à patients, de patients à personnel et d'accompagnant de patients à personnel.

➤ La violence morale et/ou psychologique

Selon les études au plan international, elles sont définies comme toute action (geste, parole, écrit, comportement, attitude...) qui porte atteinte de façon durable par sa gravité ou sa répétition à l'intégrité morale ou psychologique de la personne humaine ou du collectif de travail. Elles se déroulent entre personnel; de personnel à patients; de patients à personnel; d'accompagnant de patient à personnel; de l'institution aux personnels; de l'institution aux patients.

➤ La violence verbale et les incivilités

La violence verbale est définie comme étant des propos infériorisant ou dégradant, itératif ou non, dépendant de normes sociales, culturelles, de façon isolée ou en public, portant atteinte à l'intégrité psychologique du sujet. Cette violence peut toucher l'individu ou le collectif de travail.

Il est important de noter quelques incompatibilités entre les résultats de ces études réalisées dans le contexte d'un pays occidental (la France) qui est un pays relativement riches avec des infrastructures et des normes sanitaires très élaborées, et qui est différent de celui togolais qui est un pays en voie de développement avec moins de ressources et des limites en termes de normes hospitalières, notamment sur les violences hospitalières.

Sur le plan national, les données existantes sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier sont très parcellaires.

Au Togo, les informations sur les violences faites aux femmes dans les formations sanitaires ne sont souvent documentées. Elles ne font que souvent objet d'opinion, de supposition bref elle de sources orales. La littérature limitée existante révèle néanmoins que dans bien des endroits, on fait état de violences contre les patient(e)s dans les établissements de santé.

Le « *Rapport d'étude initiale d'indicateurs sur les violences faites aux femmes et la mortalité maternelle au Togo* » portant sur 17 districts sanitaires d'intervention d'ONU Femmes au Togo (ONUFEMMES, 2012), rend compte de l'existence des violences suivantes en milieux hospitaliers au Togo : le mauvais accueil du personnel soignant, l'indifférence ou la négligence, les insultes, les erreurs médicales, le refus de prise en charge, les bousculades, les détournements de produits, le retard de référence, la discrimination.

L'examen de la littérature a permis de faire l'état des lieux sur la problématique des violences en milieu hospitalier. Cependant, il faut rappeler que le contexte de la présente étude qui est celui du rapport entre les violences faites aux femmes dans les maternités et la problématique de la mortalité maternelle et néonatale, impose une orientation spécifiquement centrée sur les violences faites aux femmes en maternité par le personnel impliqué dans la pratique de soins sage-femme.

II-METHODOLOGIE

Au départ l'étude était axée exclusivement sur la revue documentaire, mais, afin de compenser le déficit de données documentées sur le thème au Togo, elle a été étendue à la collecte des données primaires qualitatives.

Ainsi, en plus de la recherche et analyse documentaires, une collecte des données qualitatives a été réalisée aussi bien dans les zones rurales qu'urbaines des cinq régions administratives y compris Lomé. Pour cela, il a été échantillonné dans toutes les régions treize (13) formations sanitaires issues de douze (12) districts sanitaires. Les informations sont collectées auprès des femmes enceintes, femmes accouchées, prestataires de soins et responsables administratifs des formations sanitaires. L'enquête a considéré toutes les violences éventuelles pratiquées sur les femmes enceintes ou accouchées au cours de toutes leurs visites médicales. Afin de disposer des informations suffisantes pour apprécier la situation, la recherche s'est particulièrement basée sur la combinaison de deux techniques: l'analyse documentaire et la technique qualitative.

2.1. Analyse documentaire

Le volet documentaire a consisté à rechercher et exploiter la documentation disponible sur la question de violences envers les femmes en milieu hospitalier. Les données utilisées comprennent celles nationales disponibles issues des études ou publications réalisées par des différentes institutions nationales et internationales et portant sur le Togo. Par ailleurs, les sites internet, les mémoires et des thèses de doctorat ont été explorées. Les rapports d'études disponibles utilisés sont principalement : le rapport d'étude sur les VBG au Togo⁷, le rapport d'étude sur les Violences Faites aux Femmes au Togo⁸, le rapport de l'étude de cas sur la pratique sage – femme au Togo⁹, l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux à la maternité du CHU-Tokoin¹⁰, le rapport SONU (2013), le rapport de l'analyse de la situation du secteur de la santé au Togo (2011) etc. Il est à relevé la disponibilité extrêmement limitée de recherches et de documents traitant du sujet des violences en milieu hospitalier au Togo.

2.2. Technique qualitative

Afin de compenser le manque d'informations documentées sur les violences envers les femmes en milieu hospitalier, il a été procédé à la collecte des informations primaires qualitatives à travers des entretiens et observations dans les formations sanitaires.

La finalité de la recherche est d'abord, de décrire en profondeur la situation des violences faites aux femmes en milieu hospitalier afin d'ultimement porter un jugement sur la qualité et l'accès des femmes aux prestataires de soins et aux services de santé. Ensuite, établir des liens probables entre les conséquences à long terme de ces violences sur la santé des femmes et par ricochet sur leur décès. Les résultats permettront de formuler des recommandations et déterminer les interventions à implémenter.

⁷ Il s'agit d'une étude nationale sur la situation des violences basées sur le genre au Togo réalisé en 2010 par le Ministère de l'Action sociale avec l'appui de l'UNFPA, de l'UNICEF, de GF2D et de WILDAF.

⁸ Cette étude a été réalisée en 2013 avec l'appui de l'ONU Femmes dans 17 districts sanitaires où interviennent les partenaires de l'ONU Femmes au Togo (GF2D et La Colombe).

⁹ En 2013, le Ministère de la Santé a réalisé avec l'appui de l'OMS/AMPS, une étude de cas au Togo sur la pratique sage-femme au Togo. Cette étude a cerné la qualité techniques et non techniques des prestataires de soins SMN.

¹⁰ BASSOWA (2006) : L'évaluation de la qualité des soins obstétricaux à la maternité du CHU-Tokoin, Thèse de doctorat en médecine, Université de Lomé.

La démarche de collecte d'informations qualitatives est réalisée dans le but d'obtenir des informations plus approfondies. Il s'agit, au-delà de la saisie des réactions les plus visibles des différentes parties prenantes aux violences hospitalières ou aux manifestations de ces violences, d'investiguer en profondeur le phénomène dans son contexte réel.

2.3. Echantillonnage

Afin de mieux cerner les différentes parties prenantes aux violences en milieu hospitalier et assurer la qualité des informations collectées, des personnes ressources expérimentées en investigation sociale ont été déployées dans treize (13) formations sanitaires dans douze (12) districts sanitaires ainsi que dans leurs communautés pour les observations et les entretiens avec les prestataires de soins SMN, les femmes accouchées, les femmes enceintes et les responsables administratifs des formations sanitaires. Les formations sanitaires sont identifiées en fonction du niveau de la pyramide sanitaire mais également de façon à couvrir toutes les six (06) régions sanitaires du pays. Le tableau 1 présente la répartition des formations sanitaires où a lieu la collecte des informations.

Tableau : Répartition des formations sanitaires selon la région et le district

Régions	Districts	Formations sanitaires échantillonnées
Savanes	Tône	USP de Timbou CHR Dapaong
	Oti	HD Mango
Kara	Doufelgou	USP de Baga
	Kozah	CHR de Kara
Centrale	Tchaoudjo	CHR de Sokodé
	Sotouboua	HD de Sotouboua
Plateau	Ogou	Polyclinique d'Atakpamé
	Est-Mono	HD d'Elavagnon
Maritime	Vo	HD de Vogan
Lomé-Commune	District N°5 :	CHU-Sylvanus Olympio
	District N°3 :	Hôpital de Bè
	District 2	CHR Lomé-Commune

2.4. Organisation de la collecte

❖ Niveau formation sanitaire

Dans chaque formation sanitaire, les chercheurs ont procédé à l'interview du responsable et un membre des différentes catégories de prestataires de soins SMN. Ensuite, ils ont passé le temps à observer les prestataires relativement à leur qualité technique d'accueil et de relation avec les patientes (femmes enceintes, accouchées). En raison des moyens limités l'observation dans les formations sanitaires n'a pas été très étendue.

❖ Niveau communautaire

Les localités dans lesquelles sont situées les formations sanitaires ciblées ont été automatiquement retenues. Les chercheurs ont à cet effet interrogé à tous les niveaux au

moins deux (2) femmes enceintes ou femmes accouchées. Les entretiens ont eu lieu soit en sortant de consultation soit dans les ménages.

Trois outils essentiels de collecte des informations ont été conçus et utilisés sur le terrain. Il s'agit de (i) guide d'entretien pour les prestataires ; (ii) guide d'entretien pour les femmes enceintes/accouchées et (iii) grille d'observation des prestataires.

2.5- Exploitation et analyse des données

L'analyse des données issues de la documentation et des entretiens a été effectuée à l'aide des logiciels informatiques usuels (Word, Excel). Ces données ont fait l'objet d'analyse de contenu. Les propos des répondants ont d'abord été notés sommairement au cours de l'entrevue. Les entrevues ont été enregistrées et la transcription des propos a été effectuée. Une première classification des facteurs a été faite au moment de l'entrevue et ensuite au moment de la transcription des données.

Les informations collectées ont été catégorisées et les idées essentielles priorisées. Une synthèse est faite et des conclusions sont tirées suivant des axes d'analyse à savoir : les types de violences subies par les femmes en milieu hospitalier et leur ampleur, les acteurs, les facteurs de ces violences et les conséquences à court, moyen et long termes de ces violences.

2.6. Limites de l'étude

La présente recherche étant typiquement qualitative, elle a adopté l'approche d'analyse documentaire et d'entrevues. Bien que la recherche ait abouti à des résultats à l'échelle nationale, elle présente néanmoins quelques limites dont les plus essentielles sont :

- ✓ le nombre de jours limités pour les entretiens avec les acteurs (prestataires et clientes), qui n'a pas permis de toucher un nombre d'acteurs à une échelle encore plus grande pour plus d'opinions diversifiées sur la question ;
- ✓ l'approche uniquement qualitative ne permet pas d'apprécier la prévalence et de cerner l'ampleur des différentes formes et types des violences perpétrés sur les femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ les résultats de cette recherche se basent plus sur des témoignages, le manque de moyens n'a pas permis d'adopter l'approche de l'observation sur une période raisonnable pour disposer d'autres sources d'informations pour la triangulation.

III-RESULTATS DE L'ETUDE

3.1. Caractéristiques des violences faites aux femmes en milieu hospitalier

Les filles et les femmes traversent généralement des moments extrêmement sensibles au cours de leur vie. Les périodes de la grossesse ou de maternité sont des contextes de mal être et des moments de fragilisation physique et morale pour les femmes. A cet effet, tout acte qui s'apparente au mépris de ces dernières ou leur mettant dans un environnement insatisfaisant est fatal pour leur équilibre psychologique, susceptibles d'affecter leur santé donc considéré comme une violence faite à la femme. De plus en plus, l'opinion fait cas des violences subies par les femmes dans le milieu hospitalier.

Les caractéristiques des violences faites aux femmes en milieu hospitalier ont été appréciées à travers les données issues des documents et de la collecte sur le terrain. Il s'agit des différents formes et types de violences catégorisées dans la littérature ainsi que les formes particulières de violences vécues par les patientes rencontrées. En rappel, selon la littérature, les violences sont catégorisées en cinq formes principales notamment les violences physiques, les violences psycho-morales, les violences économiques, les violences institutionnalisées et les violences sexuelles. Quelles sont les formes qui sont rencontrées dans les formations sanitaires et comment se manifestent-elles ?

3.2. Formes et types de violences rencontrés

L'étude a cerné les différents formes et types de violences auxquelles sont confrontées particulièrement les femmes enceintes et femmes accouchées dans les formations. L'analyse a été faite à partir des données documentaires et à travers aussi bien les déclarations des prestataires que celles des femmes bénéficiaires des soins rencontrés au cours de l'étude sur le terrain. Il ressort de l'étude que trois formes de violences sont les plus rencontrées en milieu hospitalier au Togo : physiques, psycho-morales et économiques. A ces formes s'ajoutent des types particuliers.

3.2.1. Violences physiques

Les documents existants qui traitent de la question ont abondamment relevé l'existence des violences physiques au sein des communautés. Selon le rapport d'étude sur les VBG au Togo, 40,6% des femmes ont subis des violences physiques au foyer, mais le rapport souligne que dans la rue et sur les lieux de travail (y compris en milieu hospitalier), 22% des femmes enquêtées ont déjà été victimes d'une violence physique. (DGGPF, 2010). Le rapport n'a pas toutefois spécifié les types de cas qui ont lieu en milieu hospitalier ni leurs ampleur.

Dans le rapport d'étude sur les violences faites aux femmes au Togo (ONU Femmes, 2013), 12,7 % des femmes ayant utilisé les services d'un centre de santé au cours des 12 mois précédents l'enquête, ont subi une des formes des violences dans ce milieu. Même si le rapport ne présente pas des détails sur les différents types de violences qui sont utilisées dans les formations sanitaires, il ne présente pas les formes les plus vécues non plus. Toutefois, ce rapport mentionne entre autres, les bousculades des patientes par les prestataires. Ainsi, le rapport a repris les mots de mécontentement d'une femme enceinte interrogée en ces termes :

Encadré 1 : Témoignage sur la violence vécue par une femme en milieu hospitalier

...Il y a des sages - femmes qui insultent, même giflent, ce qui fait que certaines d'entre nous restent à la maison, car elles n'ont pas d'argent pour se payer les frais de consultation et ont peur des remontrances du personnel médical...

Témoignage recueilli auprès d'une femme enceinte ou accouchée dans la région de la Kara

L'analyse des données issues de la collecte sur le terrain, renseigne que parmi les différentes formes de violences, les violences physiques apparaissent dans les formes rencontrées en milieu hospitalier. Les types de cette forme de violence les plus rapportés sont :

- **Frappé avec la main**

Le type de violences le plus connu est le fait que des prestataires frappent les femmes pendant l'accouchement. Beaucoup de femmes interrogées ont vécu cette situation ou en ont été témoins. Ceci se traduit dans les témoignages reçus au cours d'un entretien :

Encadré 2 : Témoignage d'une femme sur les types de violences que les femmes subissent en milieu hospitalier

...Les sages-femmes tapent les femmes pendant l'accouchement. Si tu ne fais pas exactement ce qu'elles te demandent, elles vont te taper. Certaines sages-femmes ont raison de faire ça pour t'amener à pousser fort, pour que l'enfant puisse sortir. Mais, il y a d'autres qui le font par méchanceté...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région des Savanes

La triangulation des sources a permis d'assurer la crédibilité de cette déclaration. En effet, les informations collectées auprès des prestataires de soins confirment l'existence de violences physiques dans les formations sanitaires. Pour preuve, une accoucheuse nous déclare :

Encadré 3 : Témoignage d'un prestataire sur les coups donnés sur les cuisses des parturientes

... C'est une pratique courante. Nous sommes parfois obligés de taper sur les cuisses des femmes en travail pour qu'elles puissent pousser et accoucher d'un enfant vivant, bien portant. A un moment donné, les douleurs les amènent à coincer les cuisses mettant ainsi la vie de l'enfant en danger. Il faut avouer que nous les préparons psychologiquement pour la réussite du travail. Et pourtant, leurs comportements nous amènent à les taper. Moi, je ne cache pas que je les tape pour sauver la vie de l'enfant et celle de la mère d'ailleurs...

Déclaration recueillie auprès d'une sage- femme dans la région de la Kara

Si c'est vrai que les prestataires utilisent ces moyens forts pour sauver la vie du nouveau-né et celle de la mère, la question qui se pose est de savoir s'il n'existe pas d'autres méthodes non violentes pour le faire ? Sinon, il est opportun que les acteurs de la santé maternelle réfléchissent sur la question pour identifier des méthodes alternatives.

D'ailleurs, d'autres données de l'étude amènent à croire que des prestataires tapent parfois les femmes enceintes sans que ce soit forcément pendant l'accouchement (donc pour sauver l'enfant). Tout porte à croire que certaines violences physiques sont faites sur les femmes par simple méchanceté sans motifs obligeants. La révélation qui suit corrobore cette analyse :

Encadré 4 : Témoignage sur un cas de coup donné sur la tête d'une femme enceinte par un prestataire

...J'ai eu un accouchement difficile au point que j'ai été référée au CHR Dapaong. A mon arrivée, j'ai été mise sous perfuseur en attendant qu'on fasse la césarienne. Quand le sérum est fini, je me suis levée. Il y avait un prestataire dans la salle, et quand je passais, elle m'a frappé sur la tête avec le bâton qu'elle tenait à la main, en me disant que je ne voulais pas rester tranquille quand on me mettait le sérum. Ça s'est passé récemment...

Révélation recueillie auprès d'une femme accouchée dans la région des savanes

- **Gifle**

Un autre type de violences physiques relevé par l'étude donc également exercé sur les femmes en milieu hospitalier est la gifle. Plusieurs femmes rencontrées ont fait cas de ce type de violence. Dans l'encadrés qui suit, il est reporté des témoignages des femmes ayant subi et ayant vécu des cas :

Encadré 5 : Témoignage sur des cas de gifle vécus en milieu hospitalier

...Parfois même, si tu te comportes mal lors de l'accouchement, les sages femmes peuvent même te gifler...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région des Savanes

...Elles nous giflent. La dernière fois, il y a une amie qui m'a raconté qu'elle est venue à l'hôpital parce qu'elle était malade. Elle a dit aux sages-femmes qu'elle avait les maux de ventre et elles lui demandaient combien de mois fait sa grossesse ? Elle a répondu 7 mois. Et on lui disait, que vient-elle faire ici si sa grossesse ne fait que 7 mois ? Est-ce à 7 mois ou 9 mois qu'on accouche ? Elle a répondu que c'est parce qu'elle a mal au ventre qu'elle est venue. Et une d'entre elles l'a giflé...

Témoignage recueilli auprès d'une femme enceinte dans la région des Savanes

- **Brutalité**

La brutalité a été aussi montrée comme un autre type de violences physiques développée en milieu de soins de santé. Les entretiens approfondis menés auprès des femmes utilisatrices laissent comprendre que c'est l'un des types de violences dont elles sont fréquemment victimes dans les formations sanitaires. Selon certains prestataires interrogés sur la question, les brutalités sont belle et bien utilisées mais vise généralement à aider les patientes agitées à sauver leur vie et celle de leur enfant. C'est ce qui transparait dans ces propos d'une sage-femme:

Encadré 6: Témoignage sur l'utilisation de brutalité par les prestataires sur les femmes

...Comme je vous le disais, c'est pendant l'accouchement surtout quand la vie de l'enfant est en danger, que nous brutalisons les femmes. Parfois, nous sollicitons des gens pour les immobiliser et pouvoir sauver la vie de l'enfant...

Témoignage recueilli auprès d'une sage femme dans la région Lomé Commune

3.2.2. Violences psycho-morales

Outre les violences physiques rencontrées en milieu hospitalier, les violences psycho-morales font partie des formes de violences que les prestataires exercent sur les femmes enceintes et accouchées. Ces violences psycho-morales englobent les violences verbales et les incivilités et se manifestent par le mauvais accueil, les insultes, les cris, les disputes, les menaces, le mépris, l'humiliation, l'indifférence et la négligence.

Au plan national, l'étude sur les VBG a montré que les violences psycho-morales restent la forme des violences la plus rencontrée au Togo avec une prévalence de 90,5%. Du côté de l'étude sur les violences faites aux femmes au Togo, le rapport mentionne en 2012 que la prévalence des violences psycho-morales dans 17 districts sanitaires est de 31,2%.

- **Mauvais accueil**

Quoique très peu documenté, deux rapports ont abordé la question du mauvais accueil dans les formations sanitaires. En effet, l'évaluation de la qualité des soins obstétricaux à la maternité du CHU-Tokoin (aujourd'hui appelé CHU Sylvanus Olympio) menée dans le cadre d'une thèse de médecine (Bassowa, 2006) a mentionné que le mauvais accueil fait partie de ce que l'on reproche au personnel du CHU-Tokoin où s'est déroulé l'étude. Les résultats de cette étude ont également montré que 98% des patientes ayant accouché au CHU-Tokoin sont insatisfaites de l'accueil qui leur a été réservé.

La violence verbale du personnel a été présentée par 9% des accouchées interrogées comme un problème important. Certains personnels ont été décrits comme « *énervés* », « *pas aimables* » « *hurlant sur les patientes* » « *et lançant des mots vulgaires* ». Les patientes ne peuvent toujours pas compter sur un soutien des sages-femmes ou des gardes malades pour obtenir un réconfort moral comme le souligne une patiente interviewée : « *si on les appelle pour leur dire qu'on a un problème ou des douleurs, elles nous disent que c'est normal et ne font rien pour nous soulager* ». Le manque de disponibilité du personnel a été aussi évoqué par certaines patientes : « *Elles se réunissent pour manger et vous laissent avec vos douleurs et vous disent de rester sur place* ». Ces comportements contribuent à nuire à la qualité des soins prodigués (Bassowa, 2006).

En outre, le rapport d'étude sur les violences faites aux femmes réalisées dans 17 districts sanitaires au Togo a aussi abordé le sujet. Ce rapport relève qu'en milieu hospitalier, le mauvais accueil des femmes par les prestataires est observé dans 5,1% des cas. Même si ce rapport n'a pas précisé à quel moment dans l'offre de services SMN ces violences ont eu lieu, l'étude de cas sur la situation du personnel de la pratique sage-femme et planification familiale au Togo a apporté des réponses. En effet, dans ce rapport où le mauvais accueil a été apprécié à travers la courtoisie, plusieurs questions ont été posées pour apprécier la qualité d'accueil du prestataire. i) le prestataire a-t-il souhaité la bienvenue à la patiente ? ii) Le prestataire est-il souriant lorsqu'il s'adresse à la patiente ? iii) Le prestataire a-t-il offert un siège à la patiente ? iv) Le prestataire s'est-il présenté à la patiente ? v) Le prestataire prête-t-il attention à la patiente ? vi) Le prestataire appelle-t-il/désigne-t-il la patiente poliment ?

Les résultats de ce rapport indiquent que 25 % des utilisatrices enquêtées ne sont pas satisfaites de la qualité de l'accueil des prestataires. Même si les résultats de ce rapport révèlent que la courtoisie est moyennement bonne surtout au moment de la CNP et CPoN, elle est relativement faible lors des accouchements. Par ailleurs, le rapport mentionne que le personnel qualifié accueille mieux que le personnel non qualifié. Aussi, le mauvais accueil est-il plus observé au niveau du personnel des CHU.

Au cours de la collecte de données primaires sur le terrain, des informations ont été collectées pour appréhender le mauvais accueil des femmes en milieu hospitalier. La tendance générale qui se dégage après analyse de données indique que le mauvais accueil est observé dans les formations sanitaires. Certes, les avis sont partagés sur la question mais la majorité estime avoir été victime de mauvais accueil de la part de certains prestataires. A ce sujet, une interviewée s'est exprimée en ces termes :

Encadré 7: Témoignage sur l'existence de mauvais accueil en milieu hospitalier au Togo

...La plupart des sages-femmes nous accueillent mal. Par exemple hier (12 décembre 2013) je suis venue autour de 10h ou 11h pour retirer mon carnet de santé, j'ai vu une sage-femme. Elle croyait que j'étais là pour la consultation et elle a commencé par vociférer : c'est à l'heure-là que toi, tu es venue ? Disparaît de ma vue, il faut aller là-bas. Ne me gêne pas ce matin moi, j'ai du travail à faire. Il y avait plein de gens là-bas. J'ai eu tellement honte au point où les larmes sortaient de mes yeux...

Témoignage recueilli auprès d'une femme dans la région des Savanes

En analysant les déclarations des prestataires, on se rend compte qu'ils sont plus ou moins conscients de la problématique de l'accueil dans la mesure où ils confirment les propos des femmes victimes selon lesquels l'accueil est par moment insuffisant dans les formations sanitaires. C'est ce qui transparaît dans cette déclaration d'une accoucheuse rencontrée.

Encadré 8: Reconnaissance par un prestataire de l'existence du mauvais accueil en milieu hospitalier

...Je peux dire que c'est vrai quand les femmes déclarent être mal accueillies par les prestataires. Puisqu'il y a certaines de nos collègues surtout dans les grands hôpitaux qui n'ont pas le sens du bon accueil. Par exemple, quand une femme en travail arrive pendant que la sage-femme est entrain de manger, au lieu de se lever pour voir la femme, elle prend tout son temps pour finir son plat avant de la recevoir. Or la femme souffre. Parfois les sages-femmes sont entrain de regarder la télévision, elles causent et elles prennent tout leur temps avant de recevoir les femmes qui sont venues en consultation ou en début de travail ...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région de la Kara

D'autres prestataires sont conscients du phénomène de mauvais accueil mais le justifient par des facteurs obligeants et qui mettent les prestataires devant le fait accompli. A titre d'exemple, on retient l'aveu de cette sage-femme:

Encadré 9: Confirmation de l'existence du phénomène de mauvais accueil par un prestataire.

...C'est surtout le long temps d'attente qui fait penser au mauvais accueil. Parfois aussi, quand on est acharné sur un travail ou qu'on est fatigué, il nous arrive de ne plus répondre aux salutations des femmes...

Témoignage recueilli auprès d'une sage-femme dans la région Lomé Commune

- **Disputes/Insultes et cris**

Le rapport d'étude de cas sur la situation des personnels de la pratique sage-femme et planification familiale au Togo semble être plus détaillé sur ce point. En effet, selon ce rapport, les prestataires de soins SMN disposent de compétence relativement faible en qualité non technique. Le niveau global reste inférieur à la moyenne en matière de communication, de soutien et de courtoisie. Ainsi, selon le rapport, 25% des femmes enquêtées ne sont pas

satisfaites de la qualité de l'accueil des prestataires à cause des injures, le mauvais accueil et le manque de considération dont elles sont victimes de la part des prestataires. (AMPS/OMS, 2013). D'après le rapport sur les violences faites aux femmes (2012), le type de violence en milieu hospitalier le plus développé est l'insulte (6,4%). Cette violence est surtout présente dans le district de Tône car, près de 35% de femmes ont déclaré avoir été victimes d'insulte en milieu hospitalier.

D'autres types de violences psycho-morales sont généralement rencontrés en milieu hospitalier. Peu de documents en ont fait cas. Toutefois, l'enquête sur le terrain a montré que les insultes, les cris et parfois même les disputes entre les prestataires et les bénéficiaires de soins sont autant d'autres types de violences développés dans le milieu hospitalier. C'est ce qu'illustre le témoignage suivant d'une femme:

Encadré 10: Témoignage d'une femme de l'existence d'insultes et de cris en milieu hospitalier.

...Certaines sages-femmes nous insultent surtout quand nous avons tendance à faire des grimaces pendant l'accouchement. Elles nous disent : au moment où vous ressentez du plaisir, on n'était pas là alors restez tranquilles. Il y a certaines sages-femmes qui sont très méchantes. Ici, il y a une qui ne fait que nous crier dessus quand nous venons en consultation...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région Centrale

Ces types de violence sont aussi bien subis par les femmes multipare et primipare dans les formations sanitaires. Certains prestataires refusent même de prendre en charge des cas. A ce propos, une jeune fille qui a subi des injures lors de ces visites pour sa première grossesse témoigne :

Encadré 11: Témoignage d'une jeune fille de l'existence d'insultes et de cris en milieu hospitalier.

...La plupart des sages-femmes insultent les femmes. Une fois, j'étais allée en consultation et une d'entre elles a commencé à m'insulter en disant : toi, une petite fille comme ça, au lieu d'aller à l'école tu t'es fait engrosser et tu viens déranger les gens ici. Elle a refusé de me faire les soins, c'est une autre qui s'est occupée de moi...

Témoignage recueilli auprès d'une jeune fille accouchée dans la région Centrale

- **Menace, mépris et humiliation**

Ces types de violences psycho-morales ont été soulevés dans un rapport d'étude (Violence faites aux femmes) Dans ce rapport, il ressort que la négligence ou indifférence à l'égard des femmes par les prestataires est observée chez 3,1% des femmes interrogées, tandis que 1,2% d'entre elles sont victimes de discrimination. Même si les femmes interrogées lors de ladite étude étaient très peu à les avoir cités, le retard dans la référence et le refus de prise en charge des femmes, sont ressorties comme des types de violences psycho-morales régulièrement rencontrés en milieu hospitalier.

En plus de ces types documentés au Togo, la collecte des données primaires a permis de recenser d'autres types de violences psycho-morales. En effet, après analyse, les menaces, le mépris, l'humiliation, l'indifférence, la négligence, et les remontrances, sont vécus par les femmes enceintes et accouchées. En effet, ces violences ont été rencontrées dans bien de formations sanitaires comme relatées par une femme accouchée parmi tant d'autres:

Encadré 12: Révélation d'une femme accouchées sur la négligence et le mépris vécus lors d'un accouchement

...Quand j'étais arrivée pour accoucher, la sage-femme m'avait installée. Comme j'avais mal, je n'arrivais pas à rester sur place. Je marchais dans la salle. Et, la sage-femme était venue me demander : quel est ton problème ? Pourquoi gênes-tu autant les gens? Ne peux-tu pas rester tranquille ? Reste là ! a-t-elle ajouté et est ressortie. Je me promenais toujours dans la salle jusqu'au moment de l'accouchement. Et, je vous assure, j'ai accouché toute seule sans assistance (...Pleurs). J'ai mis un pagne sous mes pieds, j'ai croisé les pieds pour bloquer l'enfant (...soupir) et c'est quand l'enfant est sorti, qu'une femme qui était aussi dans la salle, a couru pour les appeler. Quand les sages-femmes sont arrivées, elles me grondaient ; toi tu veux nous créer des problèmes, et si l'enfant tombait ? Je répondis, l'enfant voulait sortir, je ne pouvais pas rester sans rien faire et j'ai dû accoucher toute seule...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région des Savanes

Le mépris est un type de violence psycho-morale généralisé et rencontré dans plusieurs régions du pays. C'est ainsi qu'une femme dans une autre région relate un cas dont elle a été témoin.

Encadré 13: Témoignage d'un mépris vécu en milieu hospitalier par une femme

...Certaines sages-femmes nous méprisent à tel point qu'un jour une femme venue d'une localité lointaine pour accoucher a été négligée par des sages-femmes au point qu'elle a accouché par terre avant qu'elles ne s'occupent d'elle. C'était terrible. Les sages-femmes lui reprochaient de n'avoir pas fait son test de dépistage du VIH/Sida lors de ses consultations prénatales dans son village avant de venir pour l'accouchement...

Témoignage recueilli auprès d'une femme dans la région de la Kara

Certaines fois, des mots choquants sont utilisés par des prestataires à l'endroit des femmes bénéficiaires des soins, anéantissant l'état psychologique de ces dernières. Si certains types de violences sont suite de provocations des patientes, d'autres comportements violents des prestataires se basent souvent sur leur état d'âme, faisant ainsi poser des questions sur ce qui est fait des cours de déontologie reçus par les prestataires. Le témoignage suivant relate une situation d'intrigue et d'humiliation vécue par une femme qui a été offusquée par une sage-femme lors de son accouchement.

Encadré 14: Restitution d'un cas d'humiliation subie par une parturiente dans une formation sanitaire.

...Certaines sages-femmes sont en colère contre les patientes sans motif. Elles ne répondent pas à nos questions estimant que nous les dérangeons. Elles nous font des remontrances sans cesse et nous négligent parfois lors des consultations. Une sage-femme me disait un jour par exemple : tu as pris ton plaisir en faisant l'amour, alors il faut rester calme pour accoucher...

Témoignage recueilli auprès d'une parturiente dans la région Maritime

Au Togo, la politique nationale en matière de soins est non discriminatoire, c'est-à-dire sans distinction d'âge, de race, de religion et d'ethnie. Cependant, certaines pratiques dans les formations sanitaires apparaissent comme des discriminations. Ces genres de situations sont vécus par les femmes dans les maternités comme relaté par une femme en colère dans les propos suivant:

Encadré 15: Témoignage sur la discrimination vécu en milieu hospitalier.

... Nous venons très tôt pour occuper les premières places mais on nous fait toujours trainer. L'ordre d'arrivée ne se respecte pas. Nous voyons toujours des personnes qui passent avant nous bien qu'elles ne soient pas dans les rangs. On nous raconte toujours, c'est la personne ; c'est le docteur qui nous l'envoie...

Témoignage recueilli auprès d'une femme enceinte dans Lomé Commune

Le fait de baser le rapport soignant/soigné sur le clientélisme et liens de parentés constituent une violence morale pour les femmes qui se sentent diminuer dans leur amour propre et obligées de supporter un long temps d'attente. Ceci peut avoir des conséquences au niveau de la femme elle-même voire sur le fœtus.

3.2.3. Violences économiques

Selon Bouchon (2009), les inégalités économiques réduisent les capacités d'action et de prise de décision des femmes, et accroissent leur vulnérabilité face à la violence. En effet, la brutalité conjugale se produirait plus souvent dans les sociétés où les hommes détiennent le pouvoir économique et décisionnel dans le ménage. Cette vulnérabilité féminine s'accroît surtout lorsque certains hommes intentionnellement, privent leurs partenaires de sources de revenu pouvant les aider à faire face aux besoins primaires tels que se nourrir et se soigner. Le rapport d'étude sur les violences faites aux femmes au Togo (ONU Femmes, 2012) mentionne que les types de violences économiques conjugales les plus récurrentes sont le refus de travailler, la privation de ressources financières, le refus de l'autonomisation financière des femmes par leurs conjoints, l'interdiction d'exercice d'activités économiques, le contrôle sur le choix du travail de la femme, le contrôle de l'épargne, le refus d'accès des femmes à l'héritage familial.

Dans le cadre de cette recherche, les violences économiques sont abordées sous l'angle des actes posés par les prestataires qui affectent économiquement les femmes utilisatrices des services. Ces actes ont les mêmes effets sur les bénéficiaires de soins que ceux posés dans les ménages par les hommes.

Au Togo, le rapport de ONU Femmes a abordé la question des violences économiques en milieu hospitalier. Selon cette étude qui a couvert 17 districts sanitaires du pays, 1,2% des femmes ont subi des détournements de produits en milieu hospitalier.

Les résultats de l'étude des violences faites aux femmes en milieu hospitalier ressort divers types de violences économiques. Il s'agit des détournements des produits et matériels, les ventes parallèles de produits, la livraison de médicaments en nombre insuffisant.

Les résultats tendent à montrer que le détournement de produits est plus fréquemment observé dans les grands hôpitaux dont les CHU et les CHR. Plusieurs déclarations sont revenues sur le phénomène expressément. Des femmes ont fait cas de vol récurrent de médicaments dans les formations sanitaires. La confirmation de cet état de chose sur les patientes est venue d'un prestataire qui témoigne en ces termes :

Encadré 16: Témoignage d'un prestataire sur un cas de vol de médicaments en milieu hospitalier

...Un jour j'ai référé une femme au CHU et je l'ai accompagnée. On nous a prescrit des produits qui ont été honorés. Quelques heures après, les mêmes produits sont prescrits. Aussitôt, j'ai attiré l'attention des accompagnants afin qu'ils soient vigilants sinon on risque de les voler. C'est une pratique régulièrement observée. On prescrit, on refait la même prescription pour faire dépenser les patientes et empocher une partie. C'est dans les grands hôpitaux que ces pratiques sont monnaies courantes...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région de la Kara

Nul n'ignore le niveau élevé de pauvreté de la majorité des femmes togolaises, surtout celles en milieu rural. Si des actions sont développées d'un côté pour réduire leur vulnérabilité et leur accessibilité aux soins de santé, certains actes tendent plutôt à aggraver leur situation de vulnérabilité. La présente étude sur la violence en milieu hospitalier, met à jour certains actes des prestataires assimilables aux violences économiques faites aux femmes. Il s'agit principalement du détournement de matériels et de surenchère sur les produits et matériels ainsi que la vente de produits en milieu hospitalier dont des cas ont été relatés lors des entretiens avec les femmes. :

Encadré 17: Témoignage sur le détournement de matériels, de surenchère et rackette par les prestataires en milieu hospitalier

...Pour l'accouchement, les sages-femmes nous demandent d'apporter plusieurs matériels dont les savons, les sceaux, l'eau de javel, le détol, etc. Et, elles gardent tout ce qui reste. Certaines sages-femmes puisent une bonne partie de l'eau de javel par exemple, la diluent et elles te retournent le reste. En allant en travail, nous achetons du plastique à 150 F au marché mais à notre arrivée à la maternité, les sages-femmes nous obligent à payer le même plastique chez elles à 500F...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région de la Kara

Il faut que nous prions beaucoup pour cet hôpital. Il y a une femme qui s'est rendue à l'hôpital avec son enfant malade. Elle a été reçue par une sage-femme qui a vu l'enfant. Le temps d'aller chercher les produits pour faire les soins à l'enfant, il y a une autre qui est venue vers elle pour lui dire d'apporter 5 000 FCFA pour les soins sinon l'enfant va mourir. Ce que la femme fit. Après, on a constaté que cette deuxième sage-femme n'a plus rien fait à l'enfant bien qu'elle ait pris l'argent....

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région de la Savanes

3.2.4. Types particuliers de violences en milieu hospitalier

D'autres types de violences non catégorisées sont rencontrés dans les formations sanitaires. Il s'agit de trois types essentiellement : les erreurs médicales, le retard de prise en charge dû aux prestataires, la rétention de l'information.

➤ Retard de prise en charge de la femme dû aux prestataires

L'un des problèmes des femmes demandeuses de services dans les FS est l'indisponibilité des prestataires pour leur prise en charge. Il n'est pas rare de voir dans les formations sanitaires des prestataires qui ne se rendent pas disponibles pour prendre en charge en temps réel les femmes qui en ont besoin. C'est ainsi qu'en pleine heure de service, certains prestataires se livrent à des activités non productives au vu et au su des demandeurs de services. Cet état de

choses indispose les utilisatrices des formations sanitaires dont deux entre elles s'explotent en ces termes :

Encadré 18: Indignation d'une femme par rapport au retard de prise en charge

... Ce qui s'observe aussi c'est que quand tu viens pour accoucher, l'accoucheuse n'est pas là. Elle est à la maison. Si on va la chercher, elle prend tout son temps avant de venir. Et toi, tu es là-bas entrain de souffrir. Parfois même, elle vient au service, mais elle repart à la maison pour s'occuper de ses propres activités...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région des Savanes

...Actuellement je suis enceinte, et quand je suis revenue, elles m'ont dit que pour mon accouchement, je dois accoucher par césarienne, mais je ne sais pas si elles le feront à temps où vont-elles trainé comme lors de la première grossesse ...

Témoignage recueilli auprès d'une femme enceinte dans la région Centrale

Tout porte à croire que les comportements des prestataires est fonction de leur milieu de résidence. Si en milieu rural, les prestataires retournent régulièrement à leur résidence et sollicités à chaque fois qu'il y a besoin, en milieu urbain les prestataires sont plutôt présents dans leur lieu de travail mais se rendent indisponibles soit parce qu'elles regardent la télévision, soit parce qu'elles causent entre elles.

Encadré 19: Indignation d'une femme par rapport au retard de prise en charge

... Le problème récurrent que nous rencontrons à la maternité, c'est que si tu viens pour accoucher, pendant que tu as mal ou que tu sois couchée, les sages-femmes sont là entrain de causer et elles ne se précipitent pas pour voir ce dont tu souffres...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans Lomé Commune

Jusqu'alors les résultats sont toujours présentés par rapport aux prestataires de soins. Mais les violences vont au-delà de ces catégories de prestataires et concernent d'autres catégories de prestataires comme ce fut le cas avec un gestionnaire de pharmacie dont le cas est ici relaté par la victime.

Encadré 20: Deuxième indignation d'une femme par rapport au retard de prise en charge

... Je vous dis qu'il y a des moments où les sages-femmes sont très méchantes avec nous, elles nous rejettent. Peut-être que c'est lié à la fatigue. Les soignants ne sont pas disponibles pour nous. Par exemple, ce matin quand je suis arrivée, je devais aller payer les gants avant d'être reçue. Je vais à la pharmacie, je tends 1 000 FCFA pour payer le gant. Il me dit qu'il n'a pas la monnaie, d'aller chercher la monnaie avant de revenir payer les gants. J'étais obligée de ressortir de l'hôpital avec le nouveau-né pour aller chercher la monnaie et revenir payer les gants, avant de se faire consulter. Ce n'est pas normal. Les soignants n'ont pas notre temps. Nous sommes peu importants à leurs yeux...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans Lomé Commune

L'analyse de cette déclaration suscite une inquiétude dans la mesure où le manque de monnaie ne devrait pas constituer un blocage pour qu'un malade ait accès à temps à un

produit pour ses soins. Aussi, cette situation devient un fait atypique au Togo avec le refus des pièces d'argent soit disant limées et au refus de faire de la monnaie.

En somme, ces différents comportements des prestataires susmentionnés constituent des types de retard de prise en charge dû aux prestataires qu'il est difficile de classer dans les formes classiques de violences. Ce faisant, ce retard de prise en charge prolonge la douleur des patientes et les rend plus vulnérables avec des conséquences parfois fatales.

➤ **Rétention de l'information**

Très proche des types de violences psycho-morales, la rétention de l'information a été mise en exergue comme un type particulier de violence en milieu hospitalier au vu de ses effets. Nul n'ignore la place de l'information dans l'accessibilité aux soins de santé. Quand apparaissent des obstacles à l'accès de ces informations, ces derniers limitent le pouvoir de décision et d'action de la femme en ce qui concerne sa santé.

Les résultats de l'analyse de la situation du personnel de la pratique sage-femme au Togo concluent à une certaine satisfaction des bénéficiaires interrogés par rapport aux informations que leur procurent les prestataires de soins.

Cependant, les résultats de l'enquête terrain de la présente étude montrent qu'à plusieurs endroits, les femmes sont confrontées au refus des prestataires à leur donner des conseils, des informations et des explications sur les soins reçus comme on peut le noter dans la déclaration qui suit :

Encadré 21: Témoignage d'une femme enceinte sur la rétention d'information par les prestataires

...elles ne nous donnent pas suffisamment de conseils aussi. Je suis à ma troisième consultation prénatale, mais je n'ai jamais reçu un quelconque conseil sur l'alimentation de la part des sages-femmes. Elles ne nous disent rien à propos de notre alimentation et comment nous devons nous y prendre...

Témoignage recueilli auprès d'une femme enceinte dans la région des Savanes

Tout compte fait, le manque d'information chez les patientes les rend plus vulnérables dans la mesure où elles peuvent ne pas prendre ou prendre de mauvaises décisions concernant leur santé en raison du manque d'information.

➤ **Erreurs médicales**

Il est communément admis que tout être humain est faillible. Mais en santé, une erreur peut être fatale à l'être humain ou l'affecter toute sa vie, d'où l'importance d'une vigilance accrue dans ce secteur afin de limiter les erreurs.

Considérant que des erreurs médicales peuvent découler du manque d'attention du prestataire, on peut dès lors les considérer comme des violences faites sur les bénéficiaires de soins.

Sur la question, les données sont peu disponibles pour apprécier les erreurs médicales ayant pour soubassement le manque de vigilance ou la négligence. Néanmoins, selon le rapport des SONU (2012), les principales causes connues et identifiées des décès maternels sont les hémorragies (21,0%), l'anémie (13,6%), l'éclampsie (13,1%), la rupture utérine (6,5%), la septicémie (4,7%) et l'avortement (2,8 %). Pour chacune de ces causes, divers éléments dont

les erreurs médicales sont généralement évoqués. Le rapport SONU n'a pas suffisamment abordé dans ce sens pour apprécier la part des erreurs médicales.

L'enquête terrain a abordé le sujet et il résulte des résultats que ces types de violences sont parfois vécus par les femmes dans les formations sanitaires. Ainsi déclarait une femme rencontrée :

Encadré 22: Témoignage d'une femme enceinte sur un cas d'erreur médicale

...A mon premier geste, j'avais accouché d'un mort-né par la faute d'une sage-femme au CHR au point où je m'énerve quand je la vois actuellement. Pendant mes consultations, c'était une autre sage-femme qui m'avait suivi. Lorsque j'étais presque à terme, elle m'avait expliqué la situation que je traversais. Selon ce qu'elle a pu observer, je devais nécessairement accoucher par césarienne et elle l'avait même notifié dans mon carnet de santé. Le jour où je devais accoucher, j'ai été reçue par une autre sage-femme. Quand cette dernière m'avait consultée, elle m'a dit que j'étais à deux doigts et que je pouvais accoucher sans césarienne. Je suis restée de la soirée jusqu'au lendemain matin à 9h avant qu'elle ne prenne la décision qu'on me césarise. Malheureusement, le bébé était déjà mort avant la césarienne. C'était une fille. Depuis ce jour, j'ai décidé de ne plus accoucher au CHR...

Témoignage recueilli auprès d'une femme dans la région de la Kara

L'existence répétée des erreurs médicales dans les formations sanitaires peut être liée à la présence d'un nombre important du personnel non qualifié dans l'effectif national. Ce personnel non qualifié a malheureusement une plus grande charge de travail en SMN selon l'étude de cas sur la situation du personnel lié à la pratique sage-femme réalisée au Togo en 2013.

Les différents résultats relatent l'existence réelle de divers formes et types de violences subis par les femmes en milieu hospitalier. Il s'agit principalement de trois formes de violences à savoir : physiques, psycho-morales et économiques. Chacune de ces formes se manifeste par divers types notamment les frappes, les gifles, la brutalité, le mauvais accueil, les insultes, les cris, le mépris, l'humiliation, l'indifférence, la négligence, le détournement des produits et matériels. A ces différents types s'ajoutent d'autres types non catégorisés que sont les erreurs médicales, la rétention des informations par le prestataire et le retard dans la prise en charge des femmes dû au personnel. Tous ces formes et types de violences subis par les femmes en milieu hospitalier rendent plus vulnérables leur santé et accroissent les risques de leur mortalité.

Au vu des probables conséquences de ces violences, il est important d'appréhender les différents acteurs impliqués dans la perspective de définition de stratégies adaptées et ciblées.

3.3. Acteurs

Une violence suppose l'existence d'un auteur et d'une victime. Dans le cadre de la violence en milieu hospitalier, la recherche note que « chaque acteur peut être auteur ou victime de violence¹¹ en milieu hospitalier ». Cette situation est schématisée comme suit :



Source : Dr Eniafé-Eveillard B., Présentation sur la Gestion de la violence en milieu hospitalier

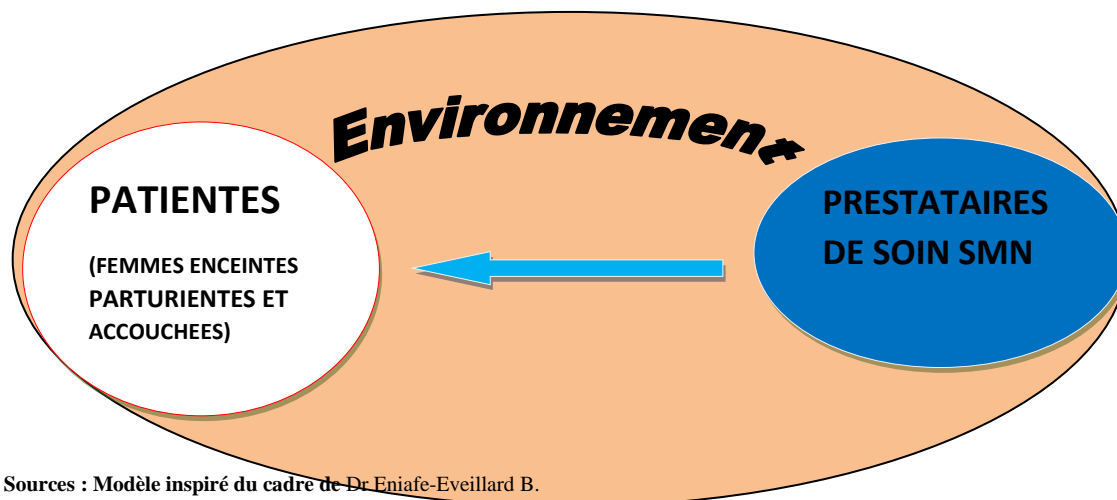
Figure 1 : Acteurs engagés dans les violences en milieu hospitalier

Dans le cadre de cette étude, il a été considéré les violences exercées par les prestataires sur les bénéficiaires de soins. Ce choix est motivé par la volonté de mettre beaucoup plus en exergue les effets des violences sur la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale. Pris dans ce sens, on note deux types d'acteurs à savoir : les prestataires comme probables auteurs et les femmes bénéficiaires de soins comme probables victimes.

S'agissant des prestataires de soins SMN qualifiés, on peut citer les Médecins gynécologues, les sages-femmes, les infirmiers et les accoucheuses auxiliaires, les Techniciens Supérieurs de Santé et les prestataires non qualifiés comme les Accoucheuses permanentes et les infirmiers permanents. En ce qui concerne les bénéficiaires de soins SMN, il s'agit des femmes enceintes, des parturientes et des femmes accouchées.

L'environnement dans lequel interviennent les violences entre ces deux acteurs se présente comme suit :

¹¹ Le prestataire peut exercer de violence sur le patient et le patient aussi peut exercer de violence sur le prestataire; les accompagnants peuvent eux aussi être auteurs ou victimes de violences



Sources : Modèle inspiré du cadre de Dr Eniafe-Eveillard B.

Figure 2 : Schématisation de la violence étudiée

Selon ce cadre, le prestataire considéré comme auteur exerce des violences en direction de la femme bénéficiaire de soins prise comme victime, en subissant ces violences parce qu'étant en position de faiblesse.

Au Togo, les études ayant abordé la question des acteurs de violence en milieu hospitalier sont presque inexistantes. Seulement le rapport *d'analyse situationnelle du secteur de la santé au Togo* a fait cas des différentes pratiques parallèles utilisées par les prestataires à l'égard des utilisateurs (Les ventes illicites des produits pharmaceutiques, le racket des clients, le détournement du matériel et médicaments des clients). Le rapport n'a pas toutefois précisé ni l'ampleur du phénomène ni les catégories de prestataires qui se livrent plus à ces pratiques.

La thèse de doctorat de Bassowa donne des précisions sur les catégories de prestataires les plus en cause. Les données disponibles sur la question tendent à rendre plus responsable des actes de violences certaines catégories de prestataires. A l'analyse, les prestataires les moins qualifiés sont plus indexés. Bassowa (2006) a montré que les plaintes des femmes rencontrées à la gynécologie obstétrique concernent principalement les *gardes malades*, les *sages-femmes* et dans une moindre mesure, les *médecins*.

Les résultats des entretiens organisés sur le terrain avec certaines femmes confirment également cette tendance. En outre, il ressort des propos des utilisatrices des services SMN, que les stagiaires (accoucheuses et sages-femmes) aussi sont acteurs de ces violences comme on peut le constater dans l'encadré qui suit :

Encadré 23: Témoignage d'une femme sur les profils qui exercent plus les violences

... Chez-nous ici ..., il y a des stagiaires qui crient sur nous et au moment d'introduire leurs doigts dans nos vagins, elles le font avec force et une fois à la maison, nous sentons des douleurs au bas ventre. Certaines femmes enceintes, surtout les villageoises préfèrent accoucher à la maison parce que les sages-femmes crient sur elles. Nous avons une perception un peu négative de nos sages-femmes¹² ...

Témoignage recueilli auprès d'une femme dans la région Centrale

Il se dégage des données que des prestataires sont des auteurs de violences à travers les actes qu'ils posent à l'encontre des bénéficiaires des soins principalement les femmes. Bien

¹² Il faut noter que dans les propos des femmes bénéficiaires, elles utilisent le terme « sage-femme » pour désigner indistinctement les sages-femmes, les accoucheuses auxiliaires d'Etat, les infirmières, les accoucheuses permanente ou tout autre prestataire de sexe féminin. Cela ne veut pas dire que ce sont les sages-femmes seulement qui sont auteures de violences, mais cela traduit l'incapacité de la plupart des femmes à distinguer les différentes catégories de prestataire de sexe féminin.

sûr que les données montrent que certaines catégories sont impliquées dans ces actes de violence. Dès lors on peut se demander : Qu'est-ce qui poussent les prestataires en milieu hospitalier à poser des actes de violence ?

3.4. Facteurs des violences faites aux femmes en milieu hospitalier

Il ressort de l'analyse que divers facteurs sous-tendent les différentes formes et types de violences exercés par les prestataires sur les bénéficiaires. Ces facteurs peuvent être regroupés en trois ensembles i) facteurs liés à l'attitude et au comportement du client ; ii) facteurs institutionnels et iii) facteurs liés à la personnalité du prestataire.

3.4.1 Facteurs liés à l'attitude et au comportement du client

Ces facteurs s'entendent d'une part par les réactions violentes des prestataires en réponse aux comportements des clientes. Il n'est pas rare que les femmes bénéficiaires développent des attitudes et comportements qui peuvent choquer ou énerver les prestataires.

Ailleurs, en France par exemple, une étude¹³ réalisée en 2002 montre que sur 32 établissements de soins, 132 actes de violences ont été répertoriés (violences légères, coups et blessures volontaires, délits d'ordre sexuel), dont 96 concernaient les personnels, 22 des malades ou visiteurs et 14 des personnels de sécurité. Il convient cependant de préciser que ces chiffres sont contenus grâce à l'action des équipes de sécurité qui, en 2002, sont intervenues 14 689 fois en assistance aux personnels dont 6 240 fois dans les services d'urgences. Les agressions à l'occasion du travail touchent surtout les aides-soignants et infirmiers (64%), puis les personnels d'accueil (20%).

Au Togo, les attitudes et les comportements provoquant des clients sont peu documentés. Toutefois, l'analyse des données collectées dans les formations sanitaires et communautés au cours de la présente recherche montrent diverses formes de comportements des bénéficiaires provocateurs des prestataires.

Plusieurs témoignages ont été recensés sur le terrain aussi bien chez les prestataires qu'auprès des bénéficiaires.

Des prestataires de soins SMN font les témoignages suivants :

Encadré 24 : Témoignages de prestataires sur les comportements provocateurs de certains clients

... une fois j'étais entrain de prendre la veine à une femme enceinte et elle a vomi sur moi, quand je lui faisais la remarque qu'elle pouvait tourner avant de vomir, au lieu de s'excuser, elle m'a répondu que c'était mon travail. C'est ainsi que nous faisons l'objet d'injure chaque jour de la part des patientes...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Centrale

...Les femmes nous insultent. Parfois, elles ne nous répondent pas quand on leur parle...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans Lomé Commune

L'analyse du premier témoignage montre que l'action de la cliente semble être préméditée et posée dans le sens de faire mal au prestataire. Toutefois, dans d'autres cas, certaines attitudes sont involontaires et dues à la souffrance des patientes comme l'expliquent les déclarations suivantes.

Encadré 25 : Prestataire reconnaissant que les violences observées lors de l'accouchement ont pour cause la douleur des femmes

¹³ Rapport santé et violence du Haut Comité de la Santé publique. (2002)

... A mon avis, la seule cause de ces violences observées pendant l'accouchement, c'est la douleur que ressentent les femmes. Surtout qu'il faut lui faire la révision utérine sans anesthésie...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Lomé Commune

...il y a des femmes qui sont capricieuses, je me rappelle j'étais enceinte et j'avais une femme à accoucher. Elle avait des contractions et je voulais l'examiner. Et brusquement elle m'a donné un coup de pied sur le ventre. La conséquence immédiate c'est qu'étant humain aussi, on ne peut pas s'empêcher de s'emporter. Il y a des frustrations, tu peux t'énerver aussi et dès fois même quand les femmes en travail sont agitées comme ça tu ne pourras pas l'examiner à des temps réguliers. Personnellement celle qui m'a donné le coup de pied sur le ventre je me suis éloignée, je la regardais et c'est quand elle s'est calmée un peu que je me suis rapprochée d'elle et après tout je l'ai confiée à l'accoucheuse parce que vu mon état de santé je ne pouvais plus l'examiner normalement et cette frustration peut avoir des effets sur la manière dont on les traite...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Maritime

Parfois, l'expression de la pauvreté constitue des sources de mésententes entre le prestataire et les clientes. Ces dernières par manque de moyens, arrivent dans les formations sanitaires sans être capables d'honorer les frais liés aux prestations. Face à cette situation, certains prestataires sont irrités et parfois n'hésitent pas à exercer des violences sous formes d'injures, d'humiliation et de reproches.

Encadré 26 : Témoignage sur le manque de moyen au niveau des femmes pour honorer les coûts de prise en charge comme sources de violences

... Le stress généralisé, le traumatisme dû au manque de moyen pour honorer les ordonnances sont parfois sources de violences à l'égard des patientes...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Lomé Commune

... C'est les problèmes d'argent parce que si tu n'as pas l'argent, les sages-femmes ne vont pas te consulter ...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région des Savanes

Dans d'autres cas, ce sont des attitudes des femmes qui ne respectent pas les rendez-vous ou parfois le manque d'observation de certaines règles élémentaires d'hygiène qui suscitent des réprobations de la part du soignant comme l'a si bien décrit une femme accouchée dans Lomé Commune.

Encadré 27 : Explications d'une femme accouchée de certaines raisons qui amènent les prestataires à les violenter

... Elles (sages-femmes) sont bonnes de caractères, mais quand on vient en retard aux rendez-vous, elles nous menacent. Si on ne prend pas bien soins de l'enfant elles peuvent nous insulter...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans Lomé Commune

Il ressort des résultats que certaines violences des prestataires sont la réponse du haut niveau d'exigence, de l'impatience et de l'irrespect des patientes mais surtout, et c'est fréquent, de leurs accompagnants. En témoigne les propos suivants d'une sage-femme :

Encadré 28 : Témoignage d'un prestataire sur les attitudes de certains accompagnants qui provoquent les soignants

... En Août dernier, nous avons reçu une parturiente dans un état critique. Tout a été fait pour lui sauver la vie. Sa grande sœur est venue ramasser ses affaires et depuis la salle d'accouchement elle a commencé par traiter bruyamment les Sages-femmes de vol. Après, je me suis entretenue avec elle dans mon bureau. Et c'est avec une grande honte qu'elle s'est finalement rendue compte que sa sœur malade non seulement n'avait pas été volée mais n'avait sur elle que 500FCFA. ...Certains messieurs aussi usent de leur autorité pour crier sur les sages-femmes, et il y en a même d'autres qui veulent aller au poing ...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans Lomé Commune

Après analyse, la recherche reconnaît l'existence de divers comportements des clients envers les prestataires qui entraînent des ripostes violentes de ces derniers. Qu'ils soient conscients ou involontaires, certaines attitudes et comportements des utilisateurs sont assimilables aux violences. Dans tous les cas, les prestataires doivent développer des attitudes pour éviter des ripostes qu'on peut qualifier de violentes.

3.4.2. Facteurs institutionnels

Les comportements des utilisateurs ne constituent pas les seuls facteurs explicatifs des violences des prestataires sur les utilisatrices. L'environnement institutionnel est aussi mis en cause en ce qui a trait à l'insuffisance ou au manque de personnel, d'équipements, de matériels et de médicaments et qui prédisposent le prestataire à développer des comportements de violence à l'endroit du client. S'ajoutent des éléments tels que la perception faite par les prestataires de leur profession, l'usage qu'ils font du pouvoir institutionnel que leur confère leur fonction.

3.4.2.1. Environnement de travail

Plusieurs documents relèvent que l'environnement de travail dans lequel les prestataires offrent les soins SMN au Togo est peu propice. Cet environnement est marqué par l'insuffisance et l'inégale répartition du personnel, l'inégale répartition des services de santé sur le territoire national, le sous-équipement des infrastructures qui ne sont pas toujours conformes aux normes nationales et enfin par des problèmes d'accessibilité et de faible rémunération du personnel. Ces éléments qui mettent généralement les prestataires dans une situation inconfortable dans la mesure où ceux-ci font face souvent à la surcharge de travail et aussi à l'insuffisance ou au manque de matériels et médicaments pour offrir des soins dans un esprit de convivialité et d'aisance.

Le rapport de l'analyse de la situation du personnel lié à la pratique sage-femme au Togo (2012) révèle que le pays est aux prises avec une crise des effectifs de professionnels de la santé liés à la pratique SF et PF et on estime la pénurie élevée. La même source montre qu'il existe une surcharge de travail dans la mesure où par exemple on compte une sage-femme pour 13 710 hbts alors que la norme recommande une sage-femme pour 4 000 hbts. Pour les médecins, le Togo compte un pour 11 171 hbts alors que les normes recommandent un pour 10 000 hbts.

S'agissant des équipements et matériels, on observe leur insuffisance et leur caractère vétuste. On relève fréquemment la rupture de médicaments dans les formations sanitaires. Tous ces éléments rendent stressant les prestataires qui n'hésitent pas à déverser leur état d'âme sur les clientes.

Divers témoignages collectés sur le terrain corroborent cette situation ci-dessus décrite.

Encadré 29 : Témoignages des prestataires sur la surcharge de travail comme facteurs de violences à l'égard des femmes

...Il y a beaucoup de situation où nous voyons qu'on aurait pu mieux faire, mais en raison de l'insuffisance de personnel, de surcharge de travail, de fatigue ou d'insuffisance de formation à tous les niveaux, on peut assister à des comportements qui conduisent à l'insatisfaction de notre client ou cliente...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Centrale

...Le vrai problème qui est à la base de ces comportements, c'est l'insuffisance de personnel qui entraîne une surcharge de travail. Par exemple, dans notre maternité, il n'y a qu'un seul médecin chirurgien. Il ne peut pas travailler chaque jour 24h sur 24, ce sera impossible de gérer les tâches, les urgences, de gérer la consultation normale, de gérer les problèmes chirurgicaux, d'encadrer le personnel, de faire un peu d'administration. Chacun à son niveau a beaucoup de tâches et on peut être fatigué...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Centrale

... les patientes sont souvent alignées et je suis la seule à faire la consultation, à servir les produits et à faire les soins...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région des Savanes

Le manque de matériels est un des obstacles de l'environnement de travail qui constitue un facteur qui influence les attitudes et comportements des prestataires.

Encadré 30 : Témoignages des prestataires et des bénéficiaires sur le manque de matériels dans les formations sanitaires.

... le tensiomètre est gâté depuis pratiquement deux mois, mais ils ne l'ont pas encore réparé. Si vous voyez dans nos carnets au niveau de la tension, c'est écrit en panne ...

Témoignage recueilli auprès d'un bénéficiaire dans la région des Savanes

Selon le rapport de l'étude de cas sur la situation des personnels de la pratique sage-femme et planification familiale au Togo, le traitement salarial fait parti des éléments d'insatisfaction de la majorité du personnel SMN. Seulement 8%, 23% et 45% sont respectivement satisfaits de leur salaire, des primes et autres avantages reçus et des possibilités d'avancement. Le niveau élevé d'insatisfaction du personnel par rapport à leur salaire et primes, pourraient être des éléments de démotivation qui influenceraient négativement la qualité des services SMN.

Si le rapport relève ce niveau d'insatisfaction des prestataires en ce qui concerne leur rémunération, cela peut constituer un des motifs à l'origine de certains comportements déplacés des prestataires à l'endroit des bénéficiaires. Les informations collectées sur le

terrain permettent de confirmer ce lien existant entre l'insatisfaction par rapport à la rémunération et les violences des prestataires à l'égard des utilisatrices des services.

Encadré 31: Témoignages sur la non satisfaction salariale des prestataires et violence à l'égard des utilisatrices

...Vous-même vous voyez la situation de travail dans laquelle nous sommes : Le problème d'argent, il n'y a pas l'argent. Personnellement à la fin du mois j'ai peur parce que le salaire ne permet pas de couvrir tout ce que j'ai comme dette. Et dire que nous allons manger, s'habiller, mettre du carburant dans la moto, s'occuper des enfants pour enfin parler des loisirs... Les loisirs je n'en n'ai même plus...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la Région des Plateaux

... Ce qui justifie les comportements violents de certains de mes collègues ...il y a l'insuffisance des mesures incitatives et la non application de la nouvelle grille salariale.....

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans Lomé Commune

... C'est la pauvreté des prestataires aussi qui fait qu'ils sont aigris et violents...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans Lomé Commune

...Il y a aussi la rémunération des prestataires qu'il faut revoir à la hausse car la fois passée par exemple, je demandais à un jeune collègue qui me disait qu'il est payé à 15000F ; or la personne sait qu'elle doit manger, se déplacer, se soigner... et tout cela peut amener à des pratiques parallèles...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la Région Centrale

Il ressort que l'élément de l'environnement de travail qui influence plus le comportement violent du prestataire reste la surcharge de travail. Même s'ils sont faiblement évoqués, l'insuffisance et le manque d'équipements et de matériels, l'insatisfaction par rapport à la rémunération alimentent l'environnement favorable aux comportements qui peuvent être qualifiés de violence à l'endroit des utilisatrices.

3.4.2.2. La perception de la profession et de l'institution par les prestataires

L'étude a cherché à mettre en relation les violences faites par les prestataires avec la perception qu'ils ont de leur profession ; en outre, voir dans quelle mesure la formation sanitaire où ces prestataires travaillent influence-t-elle leurs comportements.

Des études ont montré que la perception qu'ont les prestataires de leur profession peut avoir un impact sur la façon dont ils l'exercent (Bélanger J.-M., Laliberté E.L., 2010). Selon ces auteurs, pour certains médecins, la perception de leur rôle dépasse la définition qu'en donnent Parsons (1955), Thiel et Lemieux (2003) à savoir, *le rôle du médecin est d'appliquer un savoir technique et spécialisé en matière de santé au service d'un patient, de la population en générale ou d'une institution*, ce qui se traduira également dans leur manière de pratiquer.

Ces différents auteurs démontrent l'influence de la perception qu'ont les prestataires sur leur profession voire sur leurs comportements.

La plupart du temps, lorsque la perception est démesurée, elle peut conduire à la surestimation de soi et engendrer des comportements déviants. Plusieurs déclarations recueillies lors des entretiens avec des prestataires et des bénéficiaires de soins font transparaître cette réalité.

Encadré 32: Quelques témoignages de prestataires dont la position confère un certain privilège

...Très souvent, les femmes enceintes nous appellent « maman » que ce soit à l'hôpital ou dans la rue. ça veut dire qu'elles ont une grande considération à notre égard...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la Région des Savanes

...Les femmes enceintes nous respectent et nous considèrent comme leurs « mamans ». D'ailleurs, il y a certaines qui nous disent que c'est nous qui terminons l'œuvre de Dieu et elles se confient à nous....

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans Lomé Commune

...A mon avis, les femmes nous perçoivent bien car elles nous appellent avec les pédiatres « Papa », parce que c'est nous qui les aidons à donner la vie ...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la Région Centrale

Au-delà de cette valorisation à outrance de leur profession, certains prestataires utilisent leur institution comme un pouvoir les autorisant à se comporter d'une manière ou d'une autre pour poser des actes. Un prestataire décrit la situation :

Encadré 33 : Description de l'état d'esprit de certains prestataires selon le niveau de soins où il se trouve

... Par exemple les prestataires dans les formations sanitaires de référence pensent que c'est parce qu'ils sont les meilleurs qu'ils exercent dans ces centres. Et quand on leur réfère les patientes, ils prennent d'abord le temps d'insulter et de multiplier les prestataires des centres périphériques par zéro. Pire, ils demandent aux patientes si elles ne les ont pas vus avant de se rendre dans ces centres. Ce sont des pratiques qui découragent les patientes à fréquenter les formations sanitaires de proximité...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Centrale

Il apparaît à travers les données qu'il existe aussi une perception démesurée de la profession de prestataire de soins SMN, mais également l'utilisation abusive du pouvoir que confère le cadre de prestation de services aux prestataires, qui a une grande influence sur le comportement des prestataires vis-à-vis des bénéficiaires.

Trois facteurs essentiels entretiennent les violences des prestataires à l'endroit des femmes utilisatrices des services SMN au Togo. Les comportements provocateurs des clientes apparaissent comme facteur le plus répandu. Toutefois, l'environnement de travail et la perception surestimée de la profession de soignants par certains prestataires participent dans une mesure non négligeable à ces violences.

Quels peuvent être les conséquences de ces violences subies par les femmes en milieu hospitalier ?

3.5. Les conséquences

Universellement, les conséquences des différentes formes et types de violences s'observent à trois niveaux ; à court, moyen et long terme. Il a été appréhendé au cours de cette recherche les différentes conséquences qui découlent de chaque acte de violence exercée par le prestataire sur les femmes bénéficiaires de soins en milieu hospitalier. De l'analyse des résultats issus de l'exploitation documentaire et de la collecte sur le terrain, il apparaît que les conséquences sont de plusieurs ordres et apparaissent quelques heures dans la formation sanitaire ou après que les femmes aient quitté la FS. Les conséquences à long termes sont celles qui surviennent longtemps après l'acte de violences et qui perdurent durant toute la vie de la femme.

Plusieurs rapports ont abordé les conséquences des violences faites aux femmes. Ainsi MICS4 (2010), retient que trois décès maternels sur quatre surviennent pendant l'accouchement et la période post-partum. Les causes principales sont les Hémorragies pré et post-partum (34,6%), la Pré éclampsie et/ ou des éclampsies (23,5%), les complications d'avortement (16,9%), les infections du post-partum (14,0%) et la rupture utérine (5,1%) d'après DSF (2007)¹⁴.

L'analyse de ces causes, montre que certains de ces décès peuvent être évités si les femmes sont bien accueillies, bien prises en charge à temps, bref si elles ne subissent pas des violences de la part des prestataires.

Le rapport SONU (2012) révèle que la plus grande partie des décès (39,6 %) qui surviennent après un accouchement sont dus à une insuffisance de surveillance des femmes dans le post-partum immédiat.

Parmi les facteurs contributifs relevés par le rapport et qui peuvent être associés aux effets des violences on note :

- le retard dans la prise en charge dans la formation sanitaire dû à un manque de fournitures (37,3 %) ;
- le retard dans la prise en charge dans la formation sanitaire dû au personnel médical (27,5 %) ;
- l'évacuation tardive vers un niveau de soins plus approprié (19,1 %) ;
- et le diagnostic tardif (18,6 %).

Toutes les formes de violences faites aux femmes en milieu hospitalier ne sont pas sans effet sur la santé des femmes et selon le rapport sur la situation du personnel lié à la pratique sage-femme au Togo, les injures, le mauvais accueil et le manque de considération des patientes peuvent réduire la motivation de ces dernières à utiliser les services de CPN, d'accouchement et de CPoN. Cet état de chose peut être constaté dans les déclarations suivantes :

...je suis injuriée et on nous traite comme des sous-hommes, l'accueil n'est pas trop bon.

...les injures, insultes et le manque de considération font que je suis nerveuse avant d'aller à la CPN. C'est mauvais mais on n'a pas de choix car l'INAM ne se trouve que là-bas.

En considérant les niveaux faibles d'utilisation des services de santé au Togo (taux de couverture en CPN qui est de 57,7%, de CPoN avec 21,8% et le taux d'accouchement assisté

de 45,9%)¹⁵ , l'étude considère que la forte proportion des non utilisatrices pourrait s'expliquer par cette conséquence (la démotivation à utiliser les services de santé).

Les conséquences des violences subies par les femmes en milieu hospitalier évoquées dans les différents documents ci-dessus cités sont également observées sur le terrain. Ces conséquences peuvent aggraver la santé des utilisateurs qui déserteraient les centres publics au profit de certains centres privés où les soins peuvent être de moindre qualité. Ces différents résultats apparaissent dans les déclarations suivantes recueillies aussi bien auprès des prestataires que des femmes utilisatrices des services.

Encadré 34 : Confirmation de l'existence des cas de traumatisme, de refus de fréquentation de formation sanitaire suite aux violences en milieu hospitalier

...Les femmes sont souvent traumatisées et jurent de ne plus revenir au CHR pour accoucher à cause de ces comportements qu'elles ont eu à subir...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Centrale

... Tout se passe comme si certains agents de santé se sont trompés de profession. Le mauvais accueil fait que les femmes fuient le centre, et ceci est constaté lors des rapports mensuelles du centre... en cas d'agression verbales d'une soignante envers une patiente cela peut amener cette dernière à ne plus fréquenter le centre. Même si aucune étude n'a montré la cause de la diminution de la fréquentation, ces agressions verbales font partie des raisons de la non fréquentation des centres... cela entraîne une mauvaise fréquentation, elle-même fonction du mauvais aperçu du centre. Les patientes fréquentent ainsi les formations sanitaires privées, reçoivent des soins de mauvaise qualité et cela peut avoir des répercussions sur la santé de la population ...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Centrale

... j'avais accouché d'un mort-né par la faute d'une sage-femme ... ; En fait pendant mes consultations c'était une autre sage-femme qui m'avait suivi, elle est déjà décédée. Lorsque j'étais presque à terme, elle m'avait expliqué que pour mon accouchement, d'après ce qu'elle a vu, je dois nécessairement accoucher par césarienne et elle l'avait même écrit dans mon carnet de consultation. Le jour où j'étais retournée pour accoucher, c'était une autre sage-femme qui était là. Elle m'avait demandé de retourner à la maison et lorsque je vais ressentir la douleur, de revenir. Dans la soirée du même jour, j'étais retournée et quand elle m'avait consulté, elle disait que j'étais à deux doigts et que j'allais accoucher sans césarienne. Je suis restée là-bas jusqu'au lendemain matin à 9h avant qu'elle ne prenne la décision qu'on me césarise. Malheureusement, le bébé était déjà mort avant la césarienne ... Je m'énerve à chaque fois que je la vois...

Témoignage recueilli auprès d'une femme accouchée dans la région de la Kara

D'autres conséquences de certains types de violences en milieu hospitalier sont les douleurs atroces voire le décès. En effet, à cause de la lenteur du prestataire dans la prise en charge de la patiente, les négligences et parfois les erreurs médicales, des cas de douleurs atroces et de décès des mères et nouveaux nés ont été enregistrés. Les témoignages successifs en sont des illustrations :

Encadré 35: Illustration des cas de douleurs, de décès dus aux violences en milieu hospitalier

... La femme de mon grand frère avait les contractions. Quand elle s'est rendue à l'hôpital de district pour accoucher, le prestataire a préféré la laisser et suivre la télé. Quand enfin le prestataire a décidé de la prendre en charge, il y avait déjà des complications et il nous a référé à l'hôpital d'Aného. L'ambulance a à peine démarré quand la femme est morte. Quand je me rappelle, ça me fait très mal [...]

¹⁵ Selon les *Principaux indicateurs de santé au Togo* (2011)

Témoignage recueilli auprès d'une femme dans la région Maritime

Nous avons amené l'enfant de ma grande sœur au CHR, les prestataires l'ont négligé jusqu'à ce qu'il ne décède. Ils lui ont fait une perfusion et la main de l'enfant s'est enflée on leur a fait signe de venir vérifier la perfusion, ils nous répondent qu'on les dérange. C'est finalement une femme qui est venue enlever la perfusion. Elle l'a à peine enlevé quand l'enfant est décédé...

Témoignage recueilli auprès d'un prestataire dans la région Centrale

Les conséquences de la violence faite aux femmes en milieu hospitalier sont donc nombreuses et varient selon leur nature et leur gravité. On note le mauvais accueil et traitements des patientes au sein des formations sanitaires entraînant la diminution de la fréquentation des formations sanitaires publiques. Dans certains cas, les femmes changent de formations sanitaires ou elles abandonnent toute consultation avec des conséquences dommageables. D'autres conséquences des violences sont la peur, la méfiance, l'anxiété, la perte de confiance en soi voire la mort.

3.6. Relation entre les violences en milieu hospitalier et la mortalité maternelle et néonatale

Les relations prestataires-clients se terminent parfois par des tensions que d'aucuns qualifient de violence. Au cours de cette recherche, il a été apprécié les différents actes posés par les prestataires qui affectent les clientes moralement, parfois physiquement ou économiquement.

Ces effets sont ressentis parfois immédiatement, d'autres à moyen terme ou à long terme, ceci selon le degré de gravité de l'acte violent subi.

Les résultats ont montré que ces violences peuvent engendrer des blessures, des traumatismes et parfois des décès maternels et/ou néonataux. Dans cette section il est question de voir dans quelle mesure les différentes formes de violences exercées par les prestataires sur les femmes en milieu hospitalier contribuent au maintien du niveau élevé du taux de mortalité maternelle.

D'après le rapport de l'étude sur les violences faites aux femmes au Togo, il existe un lien entre les violences faites aux femmes et la mortalité maternelle. En effet, le document rapporte que 15% des femmes interviewées dans 17 districts sanitaires couverts par l'enquête connaissent un cas de décès de femmes lié aux violences survenu au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête. Selon toujours l'étude, les causes de ces décès évoquées sont les violences physiques principalement des coups de pieds, des coups à l'aide des objets, des gifles, des brûlures. Par ailleurs, les avortements forcés ont été cités comme des violences qui auraient occasionné des décès. En outre, le rapport révèle que les violences économiques constituent un grand risque pour la santé de la femme en ce sens que 55% de femmes privées de ressources financières dans le district de l'Oti ont eu des problèmes de santé de reproduction tandis que 75% de femmes non privées n'ont eu aucun problème de santé de reproduction. Le rapport d'étude sur les Violences basées sur le genre a conclu que les différentes formes de violences sont susceptibles d'entraîner le décès.

Ces deux documents bien qu'ils aient établis de liens entre violence et mortalité maternelle ils n'ont pas spécifié sur le cas des violences perpétrées par les prestataires en milieu hospitalier.

Les résultats des entretiens organisés sur le terrain ont révélé quelques témoignages des décès dus à certaines violences en milieu hospitalier notamment les retards de prise en charge et de référence par les prestataires et les erreurs médicales comme le montrent l'encadré 35.

Cependant, les témoignages reçus ne permettent pas de cerner l'ampleur de l'incidence de ces violences citées sur le taux de mortalité maternelle de façon générale.

La littérature a largement démontré que les décès maternels sont occasionnés par des causes médicales directes et indirectes. Dans les deux cas, la survie de la femme va dépendre fondamentalement de la qualité des soins offerts par le prestataire sans bien sûr oublier la disponibilité des soins obstétricaux essentiels et le délai d'accès aux services et à ces soins.

Malheureusement, le manque de disponibilité du prestataire à offrir à la femme des services non techniques adéquats à cette dernière la rend très vulnérable et lui est souvent fatal.

Quoique difficilement soutenable par des preuves quantitatives par manque d'informations sur l'ensemble des cas de décès des femmes au Togo, l'étude conclut à travers des témoignages et quelques cas documentés qu'au Togo, des attitudes et comportements des prestataires assimilables aux violences envers les femmes auraient pu entraîner des décès de femmes et donc auraient contribué au maintien du niveau élevé du taux de mortalité maternelle au Togo.

3.7. Cadre réglementaire et stratégies de prévention des violences en milieu hospitalier

3.7.1. Cadre réglementaire

Il est analysé dans cette partie le cadre réglementant l'offre de services de qualité par les prestataires dans la perspective d'améliorer la santé de la femme. Vu sous cet angle, il est important de voir le cadre régissant la formation des prestataires, la mise en œuvre de la déontologie, l'existence des textes réglementant les prestations vis-à-vis des clients mais également les espaces, instruments de recours pour les victimes des violences en milieu hospitalier.

Sur le plan national, sur la base des décrets du gouvernement, des institutions de formation sont mises en place. Ces institutions donnent des compétences nécessaires devant permettre à offrir des services de qualité techniques et non techniques aux bénéficiaires y compris les femmes. Ceci amène le prestataire à respecter le code de déontologie et d'éthique pour offrir les soins appropriés aux clients afin de les soulager et de les soigner.

On peut se poser la question de savoir s'il existe un dispositif juridique auquel les victimes de violences hospitalières peuvent se référer ?

Selon les textes disponibles, il existe un dispositif juridique qui régit la santé de la reproduction. L'article 24 de la loi N° 2007-005 dispose que chaque catégorie de personnel intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction doit se soumettre aux normes de compétences, aux protocoles de services et règles de déontologie afférents à sa profession ou à ses activités. S'agissant des services à offrir dans le cadre de la SR, la loi N° 2007-005 du 10 janvier 2007 portant sur la santé de la reproduction qui a pour objet de préciser le cadre général de la réglementation de la santé de la reproduction au Togo a défini les composantes de la SR en fonction des cibles en son article 27 « *Les soins et services de qualité en santé de la reproduction, pour toute femme, prennent en compte la maternité à moindre risque, les traitements de l'accouchement, tels que les fistules obstétricales, la prise en charge des troubles de la sexualité, de la ménopause, les affections gynécologiques comprenant les troubles fonctionnels, l'infertilité et les cancers* ».

Il faut noter que le cadre juridique mis en place n'est pas appliqué selon les normes car, le système manque de personnels qualifiés à tous les niveaux ; le personnel disponible ne bénéficie pas toujours de renforcement de capacités régulièrement. Il en résulte un manque de mécanisme de réduction des risques de non respect des règles et protocoles.

Hormis ces textes qui ont un aspect global, les textes spécifiques aux violences en milieu hospitaliers semblent inexistantes. De plus, il est rare de voir au Togo les femmes recourir au cadre juridique existant en cas de violence subie en milieu hospitalier ; soit parce que les textes sont méconnus, soit par peur de représailles de la part des auteurs de ces violences.

Les victimes semblent alors se résigner en intériorisant ces violences qui peuvent affecter leur santé voire leur être fatales.

3.7.2. Stratégies mises en œuvre pour réduire les violences faites aux femmes en milieu hospitalier

Dans la perspective d'améliorer la santé des femmes et de réduire les taux de mortalité maternelle, diverses actions sont menées aussi bien par le gouvernement que par les Organisations de la Société Civile. Ces actions couvrent la lutte contre les violences faites aux femmes en général mais également celles exercées contre elles en milieu hospitalier.

Les actions menées sont généralement de deux ordres : la sensibilisation et les renforcements des compétences à travers les formations continues, sans oublier diverses recherches menées pour cerner les vrais déterminants de ces violences.

Au niveau du gouvernement, les actions de lutte contre les violences faites aux femmes y compris celles faites par les prestataires prennent en compte l'introduction des modules de qualité non technique et de déontologie dans la formation des prestataires de soins SMN. En plus, les plans de formation continue du ministère de la santé tiennent compte chaque année des modules portant sur l'accueil, le soutien, la courtoisie etc. Des sensibilisations et des rencontres sur l'offre de service de qualité sont également organisées régulièrement à l'endroit des prestataires de soins SMN.

Pour leur part, les associations de professionnels sont conscientes des relations de plus en plus dégradées entre prestataires de soins SMN et patientes. Ces associations sont depuis un certain moment impliquées principalement dans la lutte contre le mauvais accueil dans les formations sanitaires. Ainsi, l'Association des Sages-femmes (ASSAFETO) et l'Association des infirmiers ont mené diverses activités de sensibilisation de leurs membres, de formation continue des membres sur la base des besoins exprimés et des supervisions facilitantes. En plus de ces activités, les médecins quant à eux animent des colloques et des conférences sur la question.

La société civile semble s'investir plus dans la lutte contre le phénomène de violences basées sur le genre, mais de plus en plus les violences faites aux femmes en milieu hospitalier retiennent leur attention. Le chef de file est le GF2D qui développe plusieurs stratégies à travers la création des centres d'écoute et d'assistance juridique des victimes des violences, le déploiement d'un dispositif de para juristes dans les communautés pour être plus proches des femmes, l'organisation des sensibilisations de masses des débats et émissions en direction du grand public.

Des recherches sur la question des violences faites aux femmes sont également conduites par les divers acteurs de lutte pour cerner les auteurs, les facteurs, la localisation de ces violences et leur portée. Dès lors, la participation des Associations de professionnels, des Ministères et des organisations de la société civile aux cotés des institutions de recherche permet de lever le voile sur une question connue mais peu discutée.

Longtemps faiblement pris en compte dans les actions de lutte, les violences faites par les prestataires sur les femmes apparaissent comme une forme émergente de violence sur les femmes qui mérite d'être enrayée.

CONCLUSION

A la question de savoir quelles sont les violences subies par les femmes en milieu hospitalier, leurs facteurs explicatifs et leurs incidences sur la santé et la mortalité maternelle, une analyse documentaire a été réalisée pour mieux cerner la problématique.

La recherche a été conduite en février 2014 par le Cabinet d'Expertise en Recherche – Action (CERA) pour le compte du GF2D et s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du programme MUSKOKA au Togo en collaboration avec l'ONU Femmes.

Par une approche documentaire couplée d'entrevues avec des acteurs tels que les prestataires de soins SMN et les femmes utilisatrices des services hospitaliers, la recherche a été menée dans l'ensemble des régions du Togo.

L'analyse des informations disponibles sur la question ressort l'existence en milieu hospitalier de trois grandes formes classiques de violences telles que la violence physique, la violence psycho-morale et la violence économique. A ces formes de violences, certains types spécifiques notamment les erreurs médicales, la rétention d'information et le retard dans la prise en charge sont récurrents dans les formations sanitaires.

Par rapport aux violences psycho-morales, elles se manifestent différemment passant par les insultes, les mépris, le mauvais accueil et l'indifférence des prestataires à l'endroit des femmes utilisatrices des services. Les effets de ces attitudes et comportements des prestataires à l'égard des femmes sont immédiats et parfois à court et à long terme. Ainsi, des témoignages font état de l'aggravation des douleurs, la honte, la perte de l'estime de soi vécus par les femmes victimes de ces types de violences. On note qu'à la suite de ces violences, un nombre important de femmes abandonnent l'utilisation des formations sanitaires. Cette situation est ressentie dans les taux faibles de CPN, accouchements assistés et CPoN enregistrés ces dernières années dans le pays et qui entraîne parfois le décès des femmes.

S'agissant des violences physiques, même si elles sont moins fréquentes selon les témoignages, il n'est pas pour autant à minimiser les effets des gifles, des frappes à la main et des bousculades orchestrées par les prestataires sur les femmes. Ces effets se manifestent par des blessures, des maux de bas-ventre, des infections qui peuvent entraîner plus tard des conséquences graves telles que la stérilité, les fausses couches, les mort-nés, voire le décès des femmes.

En ce qui concerne la dernière forme classique, la violence économique, elle s'observe par des rackets des femmes, les ventes parallèles et détournement de médicaments et matériels. Dans un contexte de pauvreté de la majorité de la population féminine, de telles pratiques rendent encore plus vulnérables la santé des femmes et donc leur décès.

Les types de violences spécifiques observés en milieu hospitalier ont plus d'effets directs sur les décès maternels. En effets, le retard dans la prise en charge, les erreurs médicales sont généralement fatales aux femmes. La rétention de l'information quant à elle, prive la femme de la connaissance pour prendre des décisions utiles pour sa santé et éviter la mort.

Globalement, les violences en milieu hospitalier entraînent des complications graves pour les femmes elles-mêmes et leurs fœtus. La prise en charge incorrecte des complications entraîne, l'automédication, les consultations auprès des tradithérapeutes, l'aggravation des maladies entraînant des ordonnances plus lourdes, l'arrêt de l'activité économique, donc l'augmentation de la morbidité et de la mortalité.

En termes de facteurs explicatifs de ces violences, on peut non seulement distinguer l'environnement de travail non attrayant mais aussi les attitudes et comportements des patientes. En effet, les infrastructures et équipements sont peu fonctionnels avec une

surcharge de travail due à une insuffisance de l'effectif et à sa mauvaise répartition. De plus, les prestataires sont généralement insatisfaits de leur traitement salarial. Ces conditions de travail ne prédisposent pas le prestataire à entretenir de bonnes relations avec les utilisatrices de leurs services.

Un facteur non moins important noté par la recherche est l'effet de la perception démesurée qu'ont certains prestataires de leur profession et de leur institution professionnelle. Ceci pousse parfois des prestataires à se hisser très haut par rapport à leur client et à abuser de leur pouvoir.

Les attitudes et les comportements constituent des facteurs essentiels des violences exercées par des prestataires. Les attitudes provocatrices des utilisatrices suscitent des ripostes de la part des prestataires qui se voient parfois blessés dans leur amour propre.

En définitives, les résultats issus de la présente étude sur les violences faites aux femmes dans les maternités suscitent des actions pour les réduire en vue de contribuer ainsi à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Et pour cela diverses actions sont développées par les différents acteurs Gouvernementaux, de la société civile, et professionnels. Toutefois ces actions restent de faible couverture au vue du développement que prend le phénomène de violences faites aux femmes en milieu hospitalier. Aussi, est-il important de reconnaître que des recherches sur la problématique peuvent contribuer à la réduction du problème.

La pertinence de cette recherche tient donc de son innovation du fait qu'elle ouvre la boîte à pandore. La violence subie en milieu hospitalier par les femmes est un phénomène vivant, développé, connu mais qui a toujours fait objet de chuchote, de murmure car vécue individuellement. Bien que le sujet soit répandu dans l'opinion, il est peu documenté Malgré les limites de cette recherche pour raison de moyens limités afin d'élargir les investigations, elle a néanmoins le mérite d'avoir ouvert la voie pour d'autres études plus ambitieuses et plus étendues.

RECOMMANDATIONS

La recherche a mis en évidence la réalité des violences en milieu hospitalier à l'égard des femmes. Au vue des effets de ces violences sur la santé des femmes et le lien avec la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale mais également par rapport à la riposte encore faible, la recherche formule des recommandations à l'endroit des différents acteurs pouvant influencer le phénomène :

Pour le Gouvernement

- ✓ Renforcer l'enseignement des modules sur la déontologie et les qualités non techniques (accueil, soutien, courtoisie etc.) dans les écoles de formation des professionnels de soins ;
- ✓ mettre en place un mécanisme de suivi et de contrôle de l'application de la déontologie et des qualités non techniques enseignées ;
- ✓ renforcer les programmes de formation continue des prestataires sur la gestion des relations prestataires-clients ;
- ✓ mettre en place un cadre juridique portant sur la lutte contre les violences en milieu hospitalier ;
- ✓ mener une étude nationale quantitative pour cerner la prévalence et l'ampleur des différentes formes de violences en milieu hospitalier ;
- ✓ créer un environnement de travail favorable aux prestataires de soins SM en revalorisant les salaires, en équipant de façon adéquate les formations sanitaires et en renforçant l'effectif avec une bonne répartition.

Pour les Organisations de la Société Civile dont GF2D

- ✓ Mener des actions de conscientisation à l'endroit des prestataires sur l'importance de la non violence malgré les conditions difficiles de travail ;
- ✓ développer un programme de sensibilisation des femmes utilisatrices sur les attitudes et comportements provocateurs des prestataires ;
- ✓ susciter des débats publics sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ faire le plaidoyer pour la mise en place d'un cadre juridique portant sur la lutte contre les violences en milieu hospitalier ;
- ✓ renforcer les activités des centres d'écoute afin d'assurer un accompagnement des victimes de violences en milieu hospitalier ;
- ✓ mener le plaidoyer pour la réalisation d'une étude nationale quantitative pour cerner la prévalence et l'ampleur des différentes formes de violences en milieu hospitalier ;
- ✓ faire le plaidoyer auprès des autorités pour améliorer les conditions de travail des prestataires;
- ✓ initier des journées portes ouvertes en vue d'améliorer les relations soignants–soignés.

Association de professionnels de la santé

- ✓ Développer un programme de formation continue à l'endroit des membres ;
- ✓ mener des actions de conscientisation à l'endroit des membres actifs sur l'importance de la non violence malgré les conditions difficiles de travail ;
- ✓ Susciter des débats au sein de la corporation sur les violences faites aux femmes en milieu hospitalier ;
- ✓ mener le plaidoyer pour la réalisation d'une étude nationale quantitative pour cerner la prévalence et l'ampleur des différentes formes de violences en milieu hospitalier ;
- ✓ faire le plaidoyer auprès des autorités pour améliorer les conditions de travail des membre en augmentant et en répartissant équitablement les effectifs, en améliorant de façon adéquate le niveau d'équipement des formations sanitaires et la rémunération des prestataires ;
- ✓ œuvrer à l'organisation des journées portes ouvertes en vue d'améliorer les relations soignants–soignés.

Prestataires

- ✓ Mettre en application les enseignements sur la déontologie de la profession ;
- ✓ développer des capacités individuelles à supporter les attitudes provocatrices des utilisatrices ;
- ✓ s'adapter à l'environnement de travail et s'abstenir des comportements assimilables aux violences.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cherniak D., Grant L., Mason R., Moore B., Pellizarri R., 2005, *Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime*, Directives cliniques de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada, pages 389 à 418.
2. Heise L. L., 1998, *Violence against women: an integrated ecological framework*, *Violence Against Women*
3. Heise L. L., Eby K. K., Campbell J. C., Sullivan C. M. et al., 1995, “*Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners*”, *Health Care Women Int.*,
4. Henrion R., *Les femmes victimes de violences conjugales : Le rôle des professionnels de santé*, 2001. Site internet : www.sante.gouv.fr/htm/actu/violence/index.htm
5. International Rescue Committee(IRC), 2012, *Je ne veux pas mourir avant mon heure. La violence domestique en Afrique de l'Ouest*
6. Lefevre-Darnajou K., 2004, *La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit*
7. Ministère de la Planification et du Développement Economique (1999) – *Enquête Démographique et de Santé 1998-*, Lomé, 287 p.
8. Ministère de la Santé (2009), *Plan de Développement et de Gestion des Ressources Humaines en Santé*
9. Ministère de la Santé du Togo, 2011, *Santé, Nutrition et Population, Rapport analytique Santé Pauvreté*
10. Ministère de la Santé, 2011, *Principaux indicateurs de santé au Togo*.
11. Morel C., 2002, *Violences conjugales et grossesse*, Les Dossiers de l'Obstétrique, n°303, pages 18 et 19.
12. OMS, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*, Genève, 52 pages. Site internet : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_fr.pdf
13. OMS, 2007, *Cartographie de l'offre de services de santé au Togo*
14. OMS, 2012, *Rapport de l'analyse documentaire de la situation des personnels de la pratique sage-femme et planification familiale au Togo*,
15. ONUFEMMES, 2012, *Etude initiale d'indicateurs sur les violences faites aux femmes et la mortalité maternelle au+ Togo*
16. ONUFEMMES, 2012, *Pratiques culturelles discriminatoires, violences sexistes et santé maternelle en Haïti*
17. Pierre. D (2010) : *Analyse sexospécifique des déterminants socioculturels de la santé en Haïti*. MSPP/PADESS.
18. République du Togo (2010), *Enquête par Grappes à Indicateurs multiples (MICS 4^{ème} édition)*
19. République Togolaise, 2011, *Analyse situationnelle du secteur de la santé au Togo*
20. République Togolaise, 2012, *Plan National de Développement Sanitaire du Togo : 2012-2015*
21. UNFPA, 2011, *La pratique de sage-femme dans le monde*.