



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Maternal and Child
Survival Program

Mettre en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

Directives opérationnelles

Mars 2020



MCSP est une initiative mondiale de l'USAID visant à introduire et à soutenir des interventions sanitaires à fort impact dans 24 pays prioritaires, dans le but ultime de mettre fin aux décès maternels et infantiles évitables en une génération. MCSP soutient les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, la vaccination, la planification familiale et la santé reproductive, la nutrition, le renforcement des systèmes de santé, l'eau/l'assainissement/l'hygiène, le paludisme, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et les soins et traitements pédiatriques du VIH. MCSP s'attaquera à ces problèmes par le biais d'approches qui mettent également l'accent sur la mobilisation des ménages et des communautés, l'intégration du genre et la santé en ligne, entre autres.

Cette étude a été rendue possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'accord de coopération AID-OAA-A-14-00028. Le contenu est la responsabilité du Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant (MCSP) et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Jhpiego a traduit les directives et les outils en français.

Mars 2020

Table des matières

Abréviations	v
Introduction	1
Contexte : Épreuve des faits	3
Comprendre et mesurer les soins de maternité respectueux et les mauvais traitements.....	3
Approches visant à réduire les mauvais traitements et à promouvoir les SMR	9
Concevoir et mettre en œuvre des approches de SMR dans un programme complet de SMN	11
Introduction.....	12
Concevoir des approches adaptées au contexte local : deuxième phase	19
Mettre en œuvre les approches de SMR dans un programme de SMN	27
Références	31
Annexe 1. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux et chartes de qualité de l'OMS	40
Annexe 2. Types de mauvais traitements et facteurs sélectionnés	41
Annexe 3. Diverses approches pour promouvoir les SMR et réduire les mauvais traitements décrites dans des études menées dans différents contextes	44
Annexe 4. Note conceptuelle et plan de travail illustratifs de MCSP pour l'intégration des approches de SMR dans un programme complet de SMN	53
Annexe 5. Méthodes de collecte de données qualitatives sur les SMR et les mauvais traitements	58
Annexe 6. Méthodes de collecte de données quantitatives sur les SMR et les mauvais traitements	63
Annexe 7. MCSP, SMR : Outils d'analyse de la situation, outils de suivi et d'évaluation, et considérations éthiques	79
Directives sur les évaluations éthiques :	81
Annexe 8 : Comment élaborer une théorie du changement	83
Annexe 8A : Modèle/feuille de travail pour la création d'une théorie du changement	85
Annexe 8B : Exemples d'une théorie du changement tirés des programmes de SMR en Tanzanie et au Kenya	86

Remerciements

L'équipe de la santé maternelle de MCSP tient à remercier les nombreuses personnes qui ont contribué à la préparation de ce document.

Les principaux auteurs sont Kathleen Hill, MCSP ; Suzanne Stalls, MCSP ; Reena Sethi, MCSP ; Eva Bazant, Jhpiego ; Susan Moffson, MCSP.

Nous remercions tout particulièrement les personnes suivantes pour leur contribution : Debbie Armbruster, USAID ; Mary Ellen Stanton, USAID ; Karen Fogg, USAID ; Blami Dao, Jhpiego ; Myra Betron, Jhpiego, Joya Banerjee, Jhpiego ; Margaret Dadian, Jhpiego ; Veronica Reis, Jhpiego ; Gaudiosa Tibaijuka, Jhpiego ; Sheena Currie, Jhpiego ; Kate Brickson, Jhpiego ; Ephrem Daniel, Jhpiego, Chibugo Okoli, Jhpiego ; Chioma Oduenyi, Jhpiego ; Thida Moe, NanNan Aung et Khine Hay Mar, Jhpiego/Myanmar ; Rima Jolivet, Maternal Health Task Force ; Elena Ateva Alliance du rubanc blanc (ARB) ; Charlotte Warren, Charity Ndwiga et Pooja Sripad, Population Council ; Shanon McNab, Averting Maternal Death and Disability ; Megan Bohren, Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; Emily Peca, University Research Corporation.

Abréviations

AQ	Amélioration de la qualité
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Accoucheuse traditionnelle
ARB	Alliance du ruban blanc
RHS	Ressources humaines pour la santé
MCHIP	Programme intégré de santé maternelle et infantile
MCSP	Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant
MS	Ministère de la santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
SIGS	Système d'information sur la gestion de la santé
SMN	Santé maternelle et néonatale
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SMR	Soins de maternité respectueux
VBG	Violence basée sur le genre

Introduction

Le vécu des femmes en matière de soins à l'accouchement dans les établissements de santé et de leurs familles est essentielle à leur expérience globale de l'accouchement et pour leur décision quant au lieu de l'accouchement. L'accouchement est une expérience qui revêt une profonde signification personnelle et culturelle, et les femmes et les familles veulent, et ont le droit, de recevoir des soins respectueux et dignes pendant l'accouchement. Des études menées dans le monde entier décrivent toutefois les mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement en établissement (Bohren et al. 2015, 2019 ; Afulani et al. 2019). Les mauvais traitements lors de l'accouchement violent les droits humains fondamentaux des femmes et des nouveau-nés, violent l'obligation fondamentale du système de santé de fournir un soutien et une guérison lors de l'accouchement, et peut provoquer un traumatisme émotionnel durable.

En 2011, l'Alliance du ruban blanc a lancé une campagne mondiale pour promouvoir les soins de maternité respectueux (SMR) comme un droit humain universel. Une charte des droits des femmes en âge de procréer dirigée par l'Alliance du ruban blanc, publiée en 2010 et mise à jour en 2019, s'inspire d'une analyse contextuelle sur le manque de respect et les mauvais traitements lors des accouchements dans les centres de soins publiée en 2010 par le projet Translating Research into Action (TRAction) de l'USAID (Bowser et Hill, 2010). L'objectif premier de la charte, face aux preuves croissantes des mauvais traitements, est de sensibiliser aux droits des femmes enceintes et des nouveau-nés tels qu'ils sont reconnus dans les déclarations internationales des droits de la personne. En 2014, l'OMS a publié une déclaration appelant à l'élimination et à la prévention du manque de respect et mauvais traitements lors des accouchements dans les établissements de soins (OMS 2014).

Depuis 2010, on assiste à une explosion de publications sur le thème des SMR en provenance du monde entier. La majorité de ces études ont évalué les manifestations, la prévalence et, dans une moindre mesure, les facteurs de mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins. Une étude sur les mauvais traitements lors de l'accouchement menée dans quatre pays à l'aide de méthodes communes à tous les pays a révélé une prévalence des mauvais traitements de 41,6 % sur la base d'une observation directe et de 35,4 % sur la base d'une enquête communautaire auprès de femmes au Nigeria, au Ghana, au Myanmar et en Inde (Bohren et al. 2019). Une revue systématique à méthodes mixtes de la littérature sur les mauvais traitements lors de l'accouchement a identifié sept thèmes centraux de maltraitance : abus physique, abus sexuel, abus verbal, stigmatisation et discrimination, non-respect des normes professionnelles de soins, mauvais rapport entre les femmes et les prestataires, et conditions et contraintes du système de santé (Bohren et al. 2015). Ces thèmes et certains facteurs communs décrits dans la littérature sont résumés à l'annexe 2.

L'absence ou la diminution du manque de respect lors de l'accouchement ne garantit cependant pas la prestation de SMR pour les femmes et les nouveau-né. Par exemple, l'absence d'un comportement négatif tel que l'abus verbal ne garantit pas des comportements empathiques et positifs tels que demander à une cliente son consentement avant de procéder à un examen vaginal. Les soins de maternité respectueux et les mauvais traitements lors de l'accouchement représentent deux extrémités d'un continuum et les études démontrent

« Il convient d'étendre la notion de maternité à moindre risque au-delà de la prévention de la morbidité et de la mortalité pour englober la question du respect des droits civils fondamentaux des femmes et, notamment, le respect de leur autonomie, de leur dignité, de leurs sentiments, de leurs choix et de leurs préférences. »

Source : Reis et al. 2012



Photo : Kate Holt, Libéria

que les femmes et les nouveau-nés peuvent faire l'expérience de SMR positifs et de mauvais traitements négatifs le long de ce continuum (Afulani et al. 2018). En 2015, l'OMS a publié une vision de la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale qui décrit huit "normes" aspirationnelles de soins de qualité pour la mère et le nouveau-né, dont trois se rapportent directement au vécu des soins : communication efficace, respect et dignité, et soutien émotionnel (voir Figure 1). Les cinq autres normes, liées à la prestation de soins fondés sur des données probantes (soins cliniques) et aux fonctions essentielles du système de santé (produits, ressources humaines, systèmes de référence et d'information), sont également essentielles à la prestation et au vécu des SMR. Les recommandations de l'OMS de 2018 sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement et la mise à jour de la charte des droits universels des femmes enceintes et des nouveau-nés publiée en 2019, renforcent toutes deux l'importance centrale des SMR pour les femmes et les nouveau-nés (OMS 2018, WRA 2019). Dans ses recommandations de 2018 sur les soins intrapartum, l'OMS déclare que les SMR « consistent à assurer à toutes les femmes un accès à des soins de santé dédiés qui préservent leur dignité, leur intimité et leur confidentialité, leur garantissent l'absence de préjudices et de mauvais traitements et leur permettent des choix éclairés et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement. » (OMS 2018).

Malgré les nombreuses études publiées évaluant les manifestations, la prévalence et, dans une moindre mesure, les facteurs des SMR et des mauvais traitements, il existe encore peu de données probantes pour éclairer la conception, la mise en œuvre et le suivi locaux des interventions visant à promouvoir les SMR et à réduire les mauvais traitements dans le cadre de programmes complets de santé maternelle et néonatale (SMN). Un petit nombre d'études ont fourni d'importants enseignements préliminaires sur les interventions visant à réduire la maltraitance, qui ont contribué à éclairer ces directives opérationnelles (Abuya et al. 2015b, Ratcliff et al. 2016a ; Kujawski et al. 2017).

L'objectif de ces directives est de fournir aux parties prenantes des pays (y compris les décideurs politiques, les gestionnaires de programmes et les membres de la société civile) et au personnel du Programme USAID pour la survie de la mère et de l'enfant (MCSP) un processus flexible pour guider la conception, la mise en œuvre et le suivi des efforts visant à renforcer les SMR et à éliminer les mauvais traitements dans le cadre de

Le public cible de ces directives opérationnelles des SMR est le personnel de MCSP et les parties prenantes des pays qui cherchent à mettre davantage l'accent sur les SMR dans le contexte de programmes de SMN plus larges.

programmes complets de SMN. Ces directives s'appuient sur la littérature publiée et sur les résultats de deux réunions sur les SMR organisées par MCSP (l'une en Tanzanie en 2015 et la seconde à Washington, DC, en 2016) qui ont réuni des décideurs, des défenseurs, des chercheurs et des responsables de la mise en œuvre des programmes des SMR. Elles soulignent l'importance du contexte et du processus local et les éléments clés à prendre en compte dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de routine des SMR et des efforts de réduction de la maltraitance. Organisé autour d'une étape de conception et de mise en œuvre (voir Figure 3), cette orientation présente une séquence flexible d'étapes éclairées par le contexte local et l'apprentissage continu de la mise en œuvre. Le document et les annexes comprennent des liens vers de nombreuses ressources et références pratiques qui peuvent être adaptées par les responsables de programmes de SMN en fonction de leurs besoins spécifiques et du contexte local.

Contexte : Épreuve des faits

Cette section décrit les cadres actuels et les données probantes pour définir et mesurer les SMR et les mauvais traitements et passe en revue les approches prometteuses qui ont été testées dans divers contextes pour renforcer les SMR et réduire les mauvais traitements. La section commence par un aperçu des cadres de SMR et des considérations de mesure, suivi d'un aperçu des cadres de mauvais traitements et des considérations de mesure. La section se termine par un bref aperçu des approches prometteuses pour améliorer les SMR et réduire les mauvais traitements qui ont été testées dans divers contextes dans un petit nombre d'études.

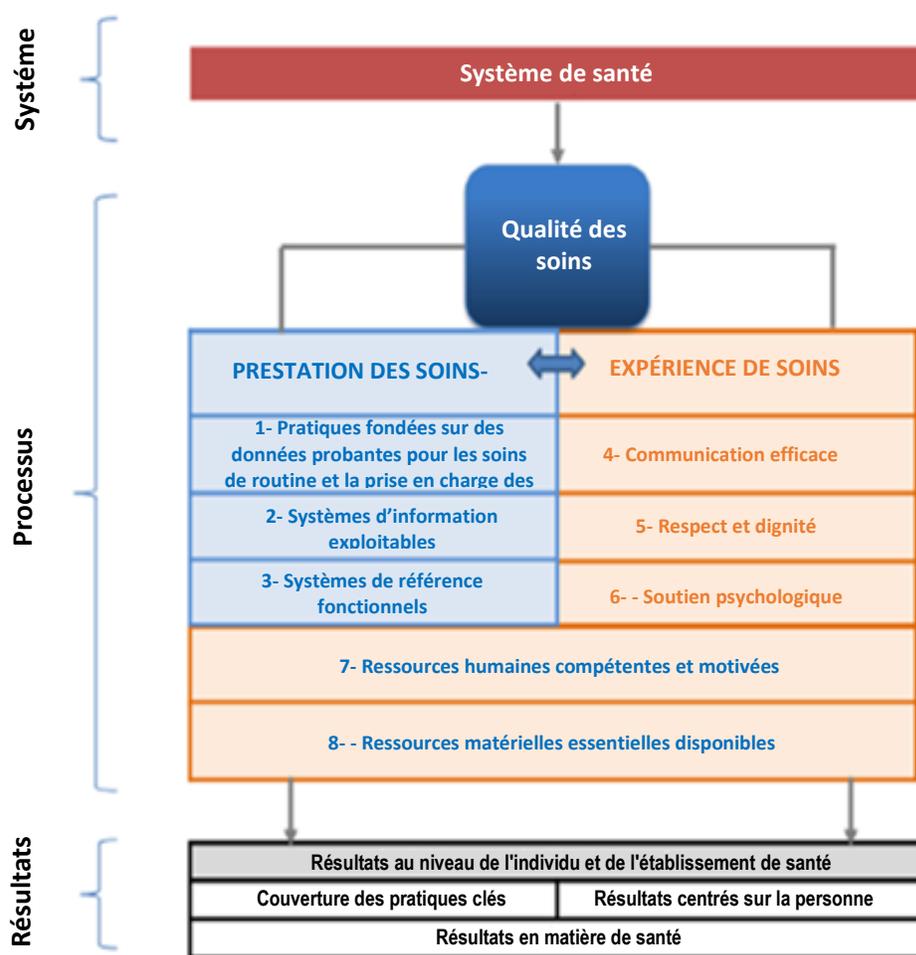
Comprendre et mesurer les soins de maternité respectueux et les mauvais traitements

Soins de maternité respectueux

Une étude qualitative systématique de ce qui compte pour les femmes lors de l'accouchement a révélé, sans surprise, que la plupart des femmes souhaitent une expérience positive qui réponde à leurs croyances et attentes personnelles et socioculturelles préalables, voire les dépasse, notamment « donner naissance à un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr, avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un/-e accompagnant/e, et d'un personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique » (Downe et al. 2018).

La vision de l'OMS pour la qualité des soins d'accouchement dans les établissements de santé pour les femmes et les nouveau-nés, publiée en 2015, comprend huit standards ambitieux pour atteindre des soins de haute qualité pour l'accouchement pour les femmes et les nouveau-nés, dont trois se rapportent directement au vécu des soins : communication efficace ; respect et dignité ; soutien émotionnel (voir Figure 1).

Figure I. Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonataux



Pour donner suite à sa vision de la qualité des soins à l'accouchement, l'OMS a publié un ensemble de standards, de chartes et mesures de qualité pour guider les efforts d'amélioration et de suivi de la qualité des soins à la mère et au nouveau-né dans les établissements de santé (OMS, 2015 et 2016c. Veuillez vous reporter aux [Standards pour l'amélioration de la qualité des soins de maternité et néonataux dans les établissements de santé](#)). Chacun des huit standards de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins de maternité et néonataux dans les établissements de santé comprend plusieurs *chartes* et *mesures de qualité*. Les *chartes de qualité* sont précises, classées par ordre de priorité, conçues pour contribuer à des améliorations mesurables des soins. L'annexe 1 résume les chartes de qualité de l'OMS pour chacun des trois standards ambitieux liés au vécu des soins. Un cadre de suivi de l'OMS pour le Réseau de qualité des soins comprend des indicateurs illustratifs pour chaque charte de qualité (OMS 2019. Vous référer au [Cadre des activités du réseau mondial de surveillance](#)). En 2017, l'OMS et ses partenaires ont lancé le Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins dans neuf pays de la première vague avec mission de contribuer à fournir des services de santé de qualité et d'améliorer les résultats pour les mères et les nouveau-nés lors des accouchements dans les établissements de santé.

Les objectifs du réseau de qualité des soins sont les suivants :

- Réduire de 50 % en cinq ans les décès maternels et néonataux ainsi que les mortinaissances dans les établissements de santé participants.
- Améliorer l'expérience des soins pour les mères, les nouveau-nés et les familles.

4 Mettre en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

Une échelle quantitative de soins de maternité centrés sur la personne développée et validée au Kenya, en Inde et au Ghana par Afulani et ses collègues mesure les attributs positifs et négatifs des soins de maternité catégorisés dans trois sous-échelles qui reflètent les trois normes d'expérience des soins (domaines) dans le cadre de la qualité des soins de l'OMS : dignité et respect ; communication et autonomie ; soins de soutien (Afulani et al. 2019). Les attributs de soins positifs dans l'échelle de soins de maternité centrés sur la personne à 30 points comprennent des questions allant du fait d'être traité avec respect à celui de se voir demander son consentement avant les procédures. Afulani et ses collègues caractérisent les soins de maternité centrés sur la personne comme “des soins de maternité qui respectent et répondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs des femmes et de leurs familles [et qui comprennent] la réactivité du système et des prestataires, la communication patiente-prestataire et la communication interpersonnelle.” (Afulani et al. 2019).

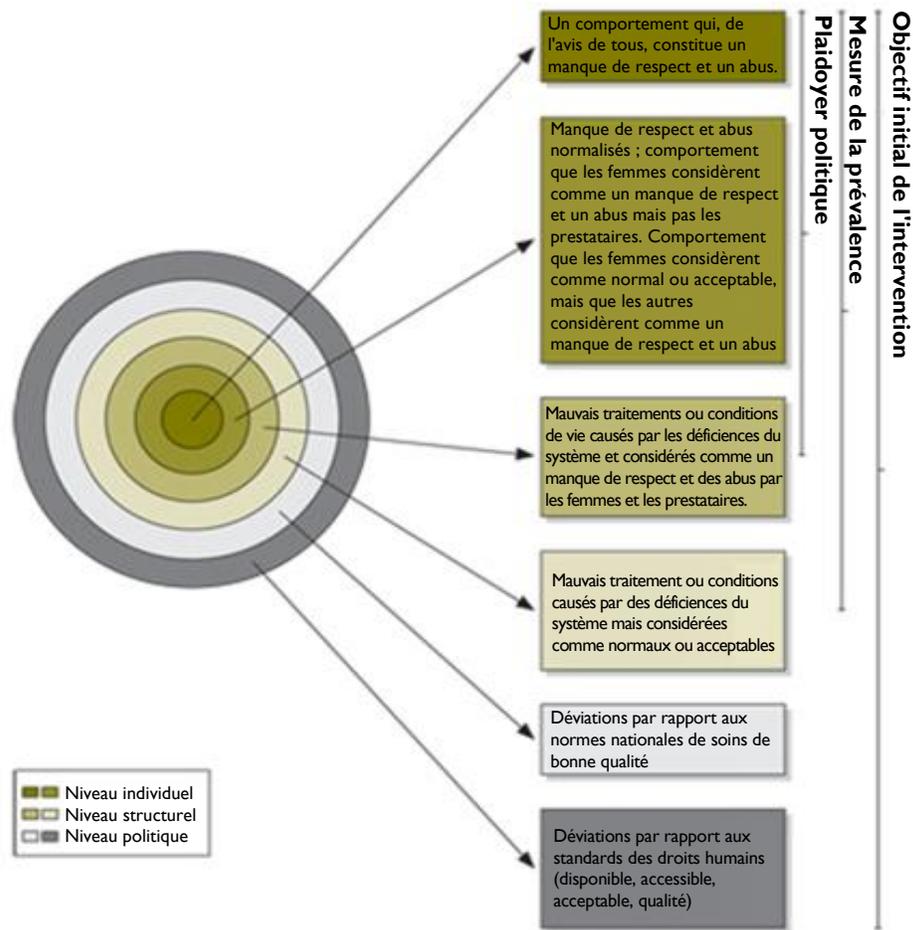
Des efforts sont en cours pour affiner les indicateurs des SMR et les méthodes de mesure (quantitatives et qualitatives) afin d'évaluer et de suivre l'expérience des femmes, des nouveau-nés et des familles en matière de soins d'accouchement dans le cadre des efforts d'amélioration de la qualité dans les pays participant au réseau pour améliorer la qualité des soins et dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de SMN et de la recherche dans les pays hors réseau.

Mauvais traitements lors de l'accouchement

La prise de conscience de l'ampleur et des manifestations courantes des mauvais traitements lors de l'accouchement a considérablement augmenté au cours de la décennie qui a suivi la publication de Bowser et Hill sur le manque de respect et les mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de santé (Bowser et Hill 2010). Alors que les objectifs du Millénaire pour le développement arrivaient à leur terme en 2015 et que les objectifs 4 et 5 relatifs à la mortalité maternelle et néonatale accusaient un sérieux retard, les gouvernements et les organisations ont commencé à examiner les obstacles à l'utilisation des services d'accouchement dans les établissements de santé et la qualité de ces services. Il a été démontré que la mauvaise qualité des soins à l'accouchement, y compris les mauvais traitements infligés aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles, constituait un facteur dissuasif important pour le recours aux soins, au même titre que d'autres obstacles mieux documentés, notamment géographiques et économiques (Bohren et al. 2015 ; Kruk et al. 2014, Abuya et al. 2015a). Des preuves émergentes ont également suggéré une association entre les mauvais traitements pendant l'accouchement et les mauvais résultats en matière de santé maternelle (Raj et al. 2017). Cette prise de conscience a contribué à alimenter les efforts des acteurs de la santé maternelle et néonatale pour mieux comprendre les principales manifestations et les facteurs de la maltraitance, ainsi que les approches locales prometteuses pour améliorer les SMR, réduire les mauvais traitements et augmenter l'utilisation des services d'accouchement.

L'un des défis de la définition et de la mesure du mauvais traitement des femmes et des nouveau-nés lors de l'accouchement est que sa définition varie en fonction de la perspective et/ou des standards normatifs qui sont appliqués. Freedman et ses coauteurs (2014) proposent une définition des mauvais traitements qui inclut à la fois des standards normatifs et des éléments constitutifs expérientiels, comme le montre la figure 2 ci-dessous.

Figure 2. Définir le manque de respect et les mauvais traitements des femmes lors de l'accouchement



Source: Freedman et al. 2014.

Dans leur analyse de 2010 sur le manque de respect et les mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de santé, Bowser et Hill ont décrit sept catégories de maltraitance lors de l'accouchement couramment rapportées dans la littérature : violence physique, soins cliniques non consentis, soins non confidentiels, soins non dignes, discrimination, abandon et détention dans les établissements de santé (Bowser et al. 2010). À l'époque, il existait peu de données de santé publique sur la prévalence des mauvais traitements des femmes lors des accouchements dans les établissements de santé. Il y avait cependant un nombre croissant de rapports décrivant les mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement, en particulier dans la littérature sur les droits de l'homme. En 2015, suite à une augmentation rapide de la recherche et des publications en santé publique sur le sujet, Bohren et ses coauteurs ont publié une revue systématique des mauvais traitements lors de l'accouchement basée sur une analyse de la littérature quantitative et qualitative (dont les deux tiers ont été publiés après l'analyse de Bowser et Hill en 2010). Leur revue systématique a identifié sept thèmes de troisième ordre des mauvais traitements lors de l'accouchement, notamment:

- Abus physique
- Abus sexuel
- Violence verbale
- Stigmatisation et discrimination

6 Mettre en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

- Normes professionnelles de soins
- Mauvais rapport entre les femmes et les prestataires
- Conditions et contraintes du système de santé

De nombreuses études ont documenté la fréquence des mauvais traitements infligés aux femmes pendant le travail et l'accouchement dans toutes les régions du monde. Les preuves concernant l'expérience des nouveau-nés sont plus limitées, mais augmentent lentement (Sacks E. 2017). Outre les mauvais traitements infligés aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles, il est de plus en plus évident que les prestataires eux-mêmes sont souvent maltraités sur leur lieu de travail ([OMS 2016a](#); Ogunlaja et al. 2017). Dans une étude menée à Addis-Abeba, plus de la moitié des prestataires interrogés ont signalé des mauvais traitements (Asefa et al. 2018) et dans des analyses situationnelles récentes menées par MCSP dans les Hautes Terres occidentales du Guatemala et dans les États de Kogi et d'Ebonyi au Nigéria, environ un tiers à la moitié des agents de santé ont signalé des violences verbales ou physiques de la part des clients, des membres de la famille des clients, ou de collègues.

Des études quantitatives ont rapporté des taux de prévalence des mauvais traitements des femmes lors de l'accouchement dans les établissements de santé allant de 15% à 98% (Bohren et al. 2018 ; Afulani et al. 2018 ; Abuya et al. 2015a ; Sando et al. 2016 ; Okafor et al. 2015 ; Raj et al. 2017). La violence verbale est la forme de mauvais traitements la plus couramment décrite dans les études provenant de pays du monde entier à ce jour. Cependant, les comparaisons des types de mauvais traitements et de la prévalence entre les études sont limitées par les différences entre les définitions et les méthodes utilisées pour mesurer les mauvais traitements. Les difficultés de mesure comprennent des définitions incohérentes des mauvais traitements et l'utilisation d'outils et de plans d'étude variables dans les études (Sando et al. 2017). L'examen récent par Sando et al. des méthodes utilisées dans les cinq premières études de prévalence du manque de respect et des mauvais traitements lors des accouchements dans les établissements de santé met en évidence un manque de « définitions, d'instruments et de méthodes d'étude standardisés utilisés à ce jour [affectant] la généralisation et la comparabilité des estimations de prévalence du manque de respect et de mauvais traitements entre les études. » Par exemple, les taux de mauvais traitements signalés par les clients peuvent varier en fonction du moment et du lieu d'administration des questionnaires. Dans une étude menée en Tanzanie, le pourcentage de femmes signalant des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de santé est passée de 19 % dans les questionnaires effectués à la sortie de la maternité à 28 % dans les questionnaires effectués à domicile six semaines après la naissance (Kruk et al. 2014).

En 2019, Bohren et ses collègues ont publié une étude transversale dans quatre pays sur la façon dont les femmes sont traitées lors de l'accouchement, en mettant l'accent sur les mauvais traitements, en utilisant des méthodes de mesure communes à tous les pays (Bohren et al. 2019). Dans leur étude, 41,6 % des femmes observées en 2016 et 35,4 % des 945 femmes interrogées après l'accouchement dans la communauté ont subi des violences physiques ou verbales, ou une stigmatisation ou une discrimination dans l'ensemble des pays (Birmanie, Ghana, Guinée et Nigeria). Leur étude a été mise en œuvre en deux phases. Une première phase a consisté en une recherche formative qualitative visant à explorer les manifestations et les facteurs de mauvais traitements pendant l'accouchement à l'aide de discussions de groupe et d'entretiens approfondis avec des femmes, des prestataires et des administrateurs. Une deuxième phase a permis de mesurer la prévalence des mauvais traitements à l'aide d'observations directes et d'une enquête communautaire postnatale basée sur les résultats de la phase formative (Bohren et al. 2016, Bohren et al. 2017, Balde et al. 2017a, Balde et al. 2017b). Les résultats de l'étude effectués avec des méthodes et des instruments communs à tous les pays ont fourni une mesure importante de la prévalence des mauvais traitements dans quatre. Cependant, les observations du travail et les enquêtes communautaires postnatales nécessitent des ressources importantes, ce qui est susceptible de limiter leur utilité pour l'évaluation et le suivi des mauvais traitements dans les grands programmes de SMN en dehors des études de recherche.

Jusqu'à récemment, il existait peu d'instruments validés pour mesurer l'expérience des femmes (tant positive que négative) de l'accouchement dans les établissements de santé dans les milieux à faibles ressources. Une

revue systématique de 2017 par Nilver et ses collègues des instruments validés pour mesurer l'expérience des femmes en matière de soins à l'accouchement a été une contribution importante à la littérature (Nilver et al. 2017). Cependant, la plupart des instruments de leur revue, y compris une échelle validée par Vedam et ses collègues en Amérique du Nord (Vedam et al. 2017), ont été validés dans des milieux à ressources élevées où le contexte des soins de santé diffère de celui des milieux à faibles ressources. Deux études récentes validant des échelles quantitatives de l'expérience des femmes en matière de soins à l'accouchement pourraient être plus applicables dans des contextes à faibles ressources. Une étude a validé une échelle quantitative en Éthiopie (Sheferaw et al. 2016) et l'autre a validé une échelle de 30 éléments de soins de maternité centrés sur la personne en Inde, au Ghana et au Kenya (Afulani et al. 2019, 2017). Ces échelles peuvent être intégrées à de brefs questionnaires destinés aux clients et utilisées par les responsables de programmes de SMN pour suivre les interventions visant à améliorer les soins de maternité centrés sur la personne et à réduire les mauvais traitements. Cependant, la tension entre les méthodes de mesure fiables et généralisables. (par exemple, les échelles SMR et soins de maternité centrés sur la personne) et la validité dans un contexte local individuel continuera à être un défi pour l'évaluation et le suivi des SMR dans les programmes de SMN individuels.

En raison de la gamme de concepts inclus dans les cadres conceptuels des mauvais traitements et des SMR, aucun indicateur unique ne peut mesurer l'intégralité des SMR ou des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de santé. Les indicateurs individuels peuvent plutôt mesurer des éléments spécifiques des SMR et des mauvais traitements en ce qui concerne les standards normatifs (par exemple, la présence d'une personne de leur choix pendant l'accouchement) et le vécu des soins rapporté par les clientes (par exemple, être traitée avec respect.) Une combinaison d'indicateurs et de méthodes quantitatives et qualitatives sera nécessaire dans la plupart des programmes pour évaluer et surveiller les SMR et les mauvais traitements. Des travaux sont en cours pour hiérarchiser et tester divers indicateurs et méthodes de mesure des SMR et des mauvais traitements dans le cadre des efforts d'amélioration de la qualité dans les pays participant au réseau de l'OMS pour la qualité des soins, et pour extraire et diffuser l'apprentissage aux responsables des programmes de SMN.

De nombreux efforts sont en cours pour hiérarchiser et affiner les indicateurs des SMR et de l'expérience des soins, notamment dans le cadre du réseau d'amélioration de la qualité des soins de l'OMS ; cependant, il n'y a pas de consensus mondial sur un petit ensemble d'indicateurs prioritaires de SMR pouvant être utilisés pour le suivi de routine des interventions et des effets de ces interventions dans les programmes complets de SMN. Le groupe de travail « Mettre fin à la mortalité maternelle prématurée » a identifié le développement d'indicateurs des SMR comme un domaine prioritaire pour les recherches futures (Moran et al. 2016). Une publication à venir sur les indicateurs de routine pour le suivi des SMR propose un ensemble d'indicateurs qui peuvent être mesurés à l'aide de méthodes quantitatives telles qu'un bref questionnaire périodique destiné aux clientes.

« [Nos] conclusions suggèrent que de multiples mesures peuvent être nécessaires pour évaluer les aspects divers et potentiellement non corrélés des mauvais traitements pendant l'accouchement.... »

Source : Raj et al. 2017

L'évaluation et le suivi de routine des SMR et des mauvais traitements pour suivre et guider les efforts de mise en œuvre des programmes complets de SMN est un domaine difficile mais important qui est abordé dans plusieurs sections de ces directives (analyse de la situation, p. 20 ; conception d'un cadre de suivi du programme, page 24 ; méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives et ressources, Annexes 5 et 6). Les annexes 5 et 6 résument les méthodes qualitatives et quantitatives d'évaluation des SMR et des mauvais traitements à l'aide d'une gamme de sources de données (par exemple, les clientes, les prestataires, les gestionnaires, les décideurs) et soulignent les forces et les limites de chaque méthode. Ces annexes comprennent des références et des liens vers des outils qui peuvent être adaptés par les responsables de programmes pour une analyse de la situation et pour un suivi de routine afin d'informer la conception et la mise en œuvre des SMR et des efforts de réduction des mauvais traitements dans un programme complet de SMN. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour développer, affiner et valider (le cas échéant) des

méthodes qualitatives et quantitatives d'évaluation et de mesure des SMR et des mauvais traitements qui soient réalisables et durables dans des programmes complets de SMN opérant à grande échelle dans des contextes à faibles ressources.

Approches visant à réduire les mauvais traitements et à promouvoir les SMR

Malgré le peu de preuves sur les approches et les interventions de programme efficaces pour promouvoir les SMR et réduire les mauvais traitements des femmes, des nouveau-nés et des familles dans les programmes complets de SMN, plusieurs études récentes ont documenté des améliorations encourageantes des SMR et des réductions des mauvais traitements après la mise en œuvre d'interventions conçues localement (Abuya et al. 2015b ; Ratcliffe et al. 2016a ; Kujawski et al. 2017). Jusqu'à présent, les études ont été mises en œuvre en tant qu'études autonomes sur les SMR axées sur un ensemble d'approches prioritaires dans quelques sites plutôt que sur la conception et l'incorporation des interventions de SMR dans un programme complet de SMN fonctionnant à l'échelle. Ces études ont généré un apprentissage essentiel et sont des ressources importantes pour guider la conception et la mise en œuvre des interventions des SMR. Une autre étape importante est d'acquiescer de l'expérience et apprendre comment les SMR et les efforts de réduction des mauvais traitements peuvent être intégrés dans des programmes de SMN complets opérant à grande échelle.

« Il n'existe pas d'approche unique lorsqu'il s'agit de garantir des soins d'accouchement respectueux. MCSP travaille avec les partenaires nationaux pour identifier et tester des solutions de prévention des mauvais traitements et de promotion des SMR adaptées au contexte de chaque pays. »

Source : Blog du Groupe de travail sur la santé maternelle. Le respect pendant l'accouchement est un droit, pas un luxe

L'expérience montre qu'il n'existe pas de solution miracle pour réduire les mauvais traitements ou améliorer les SMR. Au contraire, la littérature publiée et grise illustre l'importance d'un processus multipartite qui engage les acteurs locaux dans un processus participatif pour développer et tester des interventions visant à réduire les mauvais traitements et à améliorer les SMR en fonction des principaux facilitateurs des SMR et des facteurs de mauvais traitements dans le contexte local.

« Puisque l'absence ou la diminution du manque de respect ne garantit pas des SMR, il est important de promouvoir activement les SMR tout en travaillant à réduire les mauvais traitements. »

Afin de soutenir un processus multilatéral efficace, il est important que les gestionnaires de programmes fassent participer les principales parties prenantes dès le début du processus et que toutes les parties prenantes comprennent les facilitateurs des SMR et les formes et facteurs courants de mauvais traitements dans le cadre du programme local. L'annexe 2 résume les types courants de mauvais traitements lors de l'accouchement et les facteurs sélectionnés décrits dans la littérature publiée, en utilisant le schéma de classification de Bohren (Bohren et al. 2015.) Cette annexe peut aider les responsables de programmes de SMN et les parties prenantes à réfléchir aux facteurs courants de mauvais traitements dans leur contexte afin de guider la conception locale des interventions. L'annexe 3 passe en revue diverses approches pour renforcer les SMR et réduire les mauvais traitements qui ont été testés dans des études menés dans différents contextes et décrit les facteurs qui facilitent et qui entravent l'application d'approches spécifiques dans un contexte de programme individuel.

Voici quelques exemples d'approches visant à améliorer les SMR et à réduire les mauvais traitements testés dans des études réalisées dans différents contextes et à divers niveaux du système (national, infranational, prestation de services, communauté) (voir annexe 3) :

- Plaidoyer et travail politique aux niveaux national et local (par exemple, politique nationale ; charte de district ou de l'établissement de santé).
- Journées de maternité ouvertes afin d'accroître l'interaction informelle entre les femmes enceintes, les familles et le personnel de santé et d'augmenter la familiarité des familles avec les services de maternité et, éventuellement, leur influence.

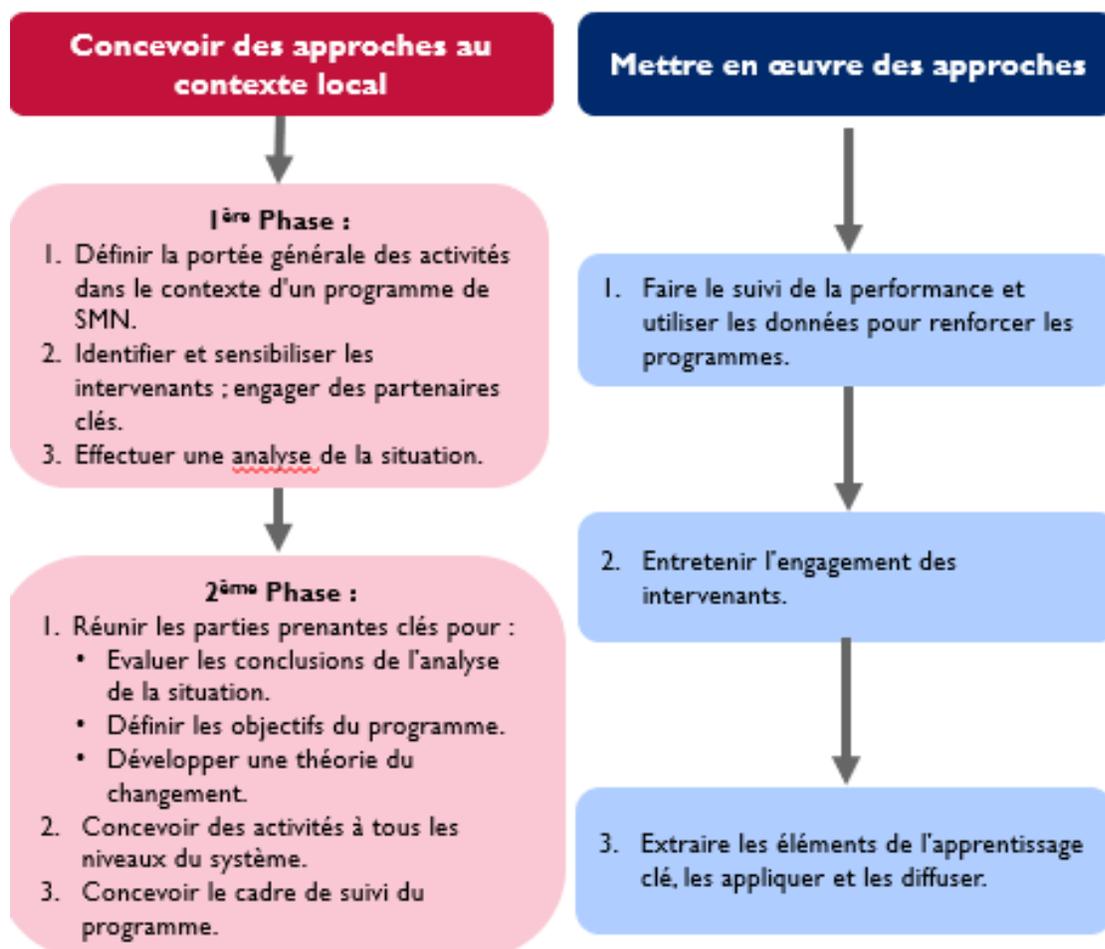
- Processus d'amélioration de la qualité dans l'établissement de santé, intégrant la participation de la communauté.
- Interventions qui soutiennent les prestataires de santé (Caring for the Carer/prendre soin des soignants).
- Approches axées sur le genre.
- Mécanismes de responsabilité participative/de responsabilité sociale (par exemple, cartes de pointage communautaires qui incluent des mesures du vécu des soins rapportée par les familles).
- Intégration d'un accent particulier sur l'éthique professionnelle et les compétences de communication et de relations interpersonnelles dans la formation de base et continue, la formation et la supervision facilitante.
- Renforcer les systèmes de santé locaux pour surmonter les obstacles structurels (manque de produits, manque d'infrastructures de base, etc.)

Malgré un nombre croissant de recherches sur la façon dont les femmes sont traitées lors de l'accouchement dans le monde entier, les preuves de la conception, de la mise en œuvre et du suivi des interventions locales visant à améliorer et à surveiller les SMR dans les grands programmes de SMN dans les milieux à faibles ressources restent limitées. L'établissement de ces preuves représente la prochaine étape pour améliorer l'expérience des femmes, des nouveau-nés et des familles en matière de soins lors d'un accouchement dans les établissements de santé et constitue l'objectif principal de ces directives opérationnelles.

Concevoir et mettre en œuvre des approches de SMR dans un programme complet de SMN

S'appuyant sur la littérature mondiale, cette section décrit un processus flexible permettant aux responsables de la mise en œuvre du programme et aux parties prenantes alliées de concevoir et de mettre en œuvre des approches développées localement pour améliorer les SMR et réduire les mauvais traitements infligés aux femmes et aux nouveau-nés dans les services d'accouchement dans les établissements de santé. Comme le montre la figure 3, les directives recommandent une séquence d'étapes flexibles dans une première phase de conception pour engager les parties prenantes clés, comprendre le contexte local et concevoir des approches pour améliorer les SMR et réduire les mauvais traitements en fonction du contexte local. Dans une deuxième phase de mise en œuvre, comme le montre la figure 3, les directives recommandent une séquence d'étapes pour mettre en œuvre et contrôler les approches prioritaires, maintenir l'engagement des parties prenantes et extraire et diffuser régulièrement les enseignements clés.

Figure 3. Processus de conception d'approches visant à promouvoir les SMR et à réduire les mauvais traitements dans le cadre d'un programme complet de SMN.



Introduction

Concevoir des approches de SMR dans le cadre d'un programme complet de SMN peut être une tâche intimidante étant donné la complexité des programmes de SMN, les multiples structures des SMR et des mauvais traitements et les nombreux problèmes profondément enracinés liés aux mauvais traitements qui reflètent certains des aspects les plus sensibles de toute culture.

Cette section fournit des directives flexibles pour un processus par étapes visant à déterminer quels aspects des SMR et/ou des mauvais traitements un programme abordera et comment les activités du programme seront intégrées dans un programme complet de SMN. L'annexe 4 fournit un exemple de note conceptuelle et de plan de travail de MCSP pour incorporer les approches de SMR dans un programme complet de SMN, basé sur les étapes de conception et de mise en œuvre décrites ci-dessous. Les responsables de programmes de SMN sont encouragés à adapter la note conceptuelle en fonction de la portée et des objectifs de leur programme de SMN, du contexte national et des ressources. Il sera utile pour les responsables de programme de garder à l'esprit que les efforts de SMR devront généralement aborder plusieurs concepts de SMR et des mauvais traitements, cibler différents niveaux du système et inclure des approches tant du côté de l'offre que de la demande (par exemple, des approches participatives communautaires telles que les cartes de pointage communautaires ; la législation, la politique et le plaidoyer nationaux/sous-nationaux ; la gestion infranationale, les initiatives d'amélioration de la qualité des établissements de santé). En fin de compte, la conception des approches de SMR devra répondre aux besoins et aux souhaits des femmes et des agents de santé, en veillant à ce que leurs voix soient entendues en permanence. La première phase consistant à comprendre ce que les femmes et les agents de santé veulent et ce dont ils ont besoin est abordée dans une analyse initiale de la situation et constitue la base de la conception d'approches de SMR centrés sur la personne.

Malgré l'importance des approches multidimensionnelles, il est important de reconnaître qu'un seul programme fonctionnant dans un délai spécifique a peu de chances de pouvoir aborder ou résoudre les nombreux facteurs qui contribuent aux mauvais traitements et à une expérience positive des soins pour les femmes et les nouveau-nés lors de l'accouchement. En plus de la complexité des questions en jeu, les contraintes programmatiques liées au financement, aux délais et à la portée générale influenceront ce qui peut être accompli pendant une phase spécifique du programme. Il est important que les efforts visant à réduire les mauvais traitements et à améliorer les SMR soient dirigés localement et conçus pour le long terme avec l'engagement étroit du gouvernement local/national, de la société civile et d'autres parties prenantes clés. Les programmes doivent s'attendre à concevoir, mettre en œuvre et suivre des approches locales prometteuses en matière de SMR et à apprendre et adapter continuellement les interventions dans le cadre d'un processus itératif visant à atteindre et à maintenir les SMR et à éliminer les mauvais traitements, sachant que la plupart des normes et valeurs sociétales ne changent qu'après de longues périodes d'efforts et d'attention.

« Nous apprenons aux sages-femmes à faire de bons examens vaginaux, mais pas à être bienveillantes. »

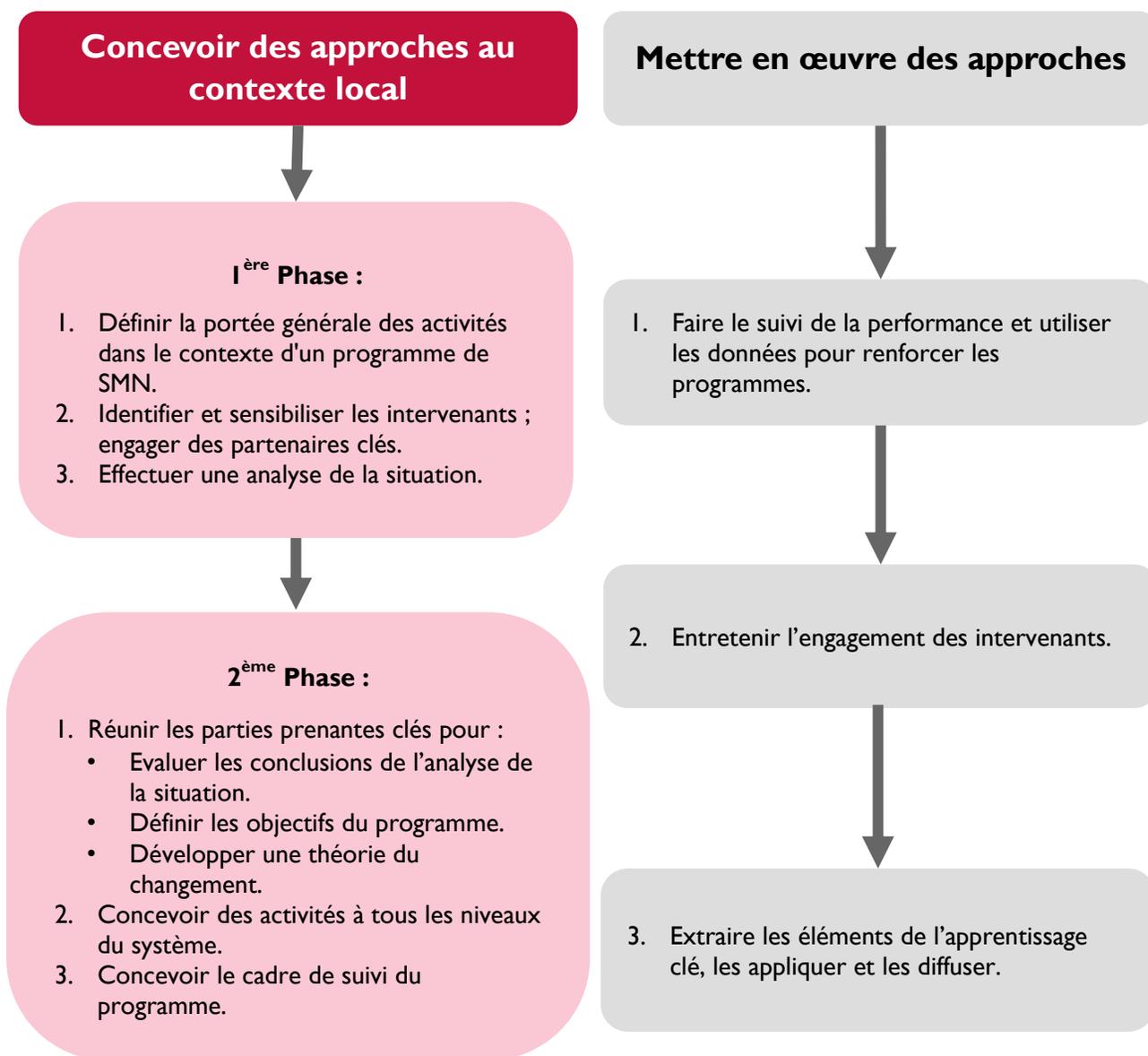
Participant à la réunion nationale des parties prenantes sur les SMR au Rwanda, 2015.

Les SMR comme un élément clé de la formation de base et continue

Si les étudiants quittent l'école pour se lancer dans la prestation de services sans avoir été témoins directs de la modélisation des SMR, nous savons qu'il y aura peu de changement. Cependant, lorsque les SMR et les mauvais traitements sont abordés tout au long de la formation de base et de la formation continue, les agents de santé sont plus susceptibles de valoriser et d'adopter des comportements professionnels et attentionnés, et d'obtenir les compétences et les connaissances nécessaires pour pratiquer les SMR.

Source : Blog du Groupe de travail sur la santé maternelle : Le respect pendant l'accouchement est un droit, pas un luxe.

Conception des approches de SMR pour le contexte local : Première phase



1. Définir la portée générale des activités dans le contexte d'un programme de SMN

Dès le départ, il est important de déterminer la portée globale des efforts des SMR dans le cadre d'un programme global de SMN en considérant et en définissant :

- Les priorités des parties prenantes locales pour les SMR et la réduction des mauvais traitements.
- Les paramètres des activités des SMR en fonction du mandat, des objectifs et de la portée globale du programme de SMN (par exemple, l'accent relatif mis sur la promotion des SMR et/ou la réduction des mauvais traitements)
- Les ressources disponibles du programme (par exemple, pour une analyse de la situation, le processus de conception locale, la mise en œuvre, le suivi, l'apprentissage partagé).

- L'état de la sensibilisation des SMR dans le contexte du programme et du pays, y compris le plaidoyer, la recherche, la mise en œuvre et les réalisations (nationales, locales) antérieures ou en cours sur lesquelles un programme peut s'appuyer (par exemple, une charte nationale des SMR).
- La faisabilité de la mise en œuvre des approches de SMR à différents niveaux du système en fonction de la portée et des ressources du programme de SMN (par exemple, les activités au niveau communautaire, primaire et de référence ; au niveau du district, régional et national).
- L'ampleur de l'effort des SMR en fonction de la couverture et des plans d'extension (le cas échéant) du programme complet de SMN.

2. Identifier et sensibiliser les parties prenantes ; engager les partenaires clés.

Une première étape importante dans la conception des interventions de SMR dans un programme complet de SMN est d'identifier et de sensibiliser les principales parties prenantes dans le contexte local du pays et du programme. Ces parties prenantes seront des partenaires essentiels tout au long de la conception et de la mise en œuvre des approches de SMR et contribueront à la durabilité du programme. Les parties prenantes clés peuvent inclure :

- Des représentants des ministères concernés (par exemple, le ministère du genre, de la jeunesse, du bien-être familial, de l'éducation, de la justice).
- Des représentants des départements concernés du ministère de la santé (MS) (par exemple, la santé maternelle, néonatale et infantile ; la qualité, la santé reproductive, la santé communautaire, la prestation de services ; les ressources humaines, les produits/infrastructures, les systèmes d'information sanitaire).
- Des fonctionnaires concernés du MS au niveau national, régional et du district (par exemple, responsables des soins infirmiers au niveau du district, coordinateurs de la maternité sans risque, points focaux de la qualité des soins).
- Les parlementaires, les ministères de l'éducation et de la justice, les médias, les champions et les chefs religieux qui peuvent avoir un intérêt dans le traitement de la question.
- Les responsables des établissements de santé et les agents de santé qui comprennent et influencent la prestation quotidienne de soins à l'accouchement.
- Un groupe consultatif de travail ou de conseil technique national ou sous-national qui s'occupe des questions de santé maternelle et néonatale.
- Les partenaires de mise en œuvre, tels que des organisations non gouvernementales (ONG) expérimentées dans les activités de santé maternelle et de genre au niveau communautaire ou basées sur les droits ainsi que des partenaires impliqués dans le plaidoyer, la mise en œuvre et la recherche en matière de SMR (par exemple, l'Alliance du Ruban blanc).
- Des représentants de groupes de femmes, des chefs communautaires, des guérisseurs et des accoucheuses traditionnels, des groupes d'adolescents, des membres concernés de la communauté.
- Des organisations de défense des droits de la personne, des collectifs de femmes juristes.
- Les agences des Nations unies, en particulier l'OMS, le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et ONU Femmes.
- Les donateurs soutenant la SMN, les SMR, la qualité des soins, les droits de la personne et de la reproduction, ainsi que d'autres politiques, programmes, plaidoyers et recherches pertinents dans le contexte du pays.
- Des associations professionnelles, y compris les associations de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres et d'infirmières (si les infirmières jouent un rôle important dans la prestation de soins obstétricaux).
- Des organisations, agences gouvernementales, institutions ou individus ayant une expertise dans l'évaluation, la mesure et l'analyse de la qualité des soins, y compris les soins centrés sur la personne et

l'expérience des clientes en matière de soins. Il peut s'agir d'universités locales ou d'ONG dont le personnel possède les compétences quantitatives et qualitatives pour soutenir la collecte et l'analyse des données et renforcer les compétences du personnel du programme. Dans certains pays, il peut y avoir des agences ou des instituts de recherche parrainés par le gouvernement qui peuvent fournir un soutien technique au personnel du programme.

Quelques suggestions pour engager et collaborer avec les principales parties prenantes :

- Organiser des consultations avec les parties prenantes, par exemple une table ronde, qui permet de sonder l'opinion sur ce qui doit être fait et sur la manière de répartir les rôles et les responsabilités. Utiliser des plateformes technologiques facilement accessibles et couramment utilisées dans le cadre du programme.
- Identifier et soutenir les champions, les personnes influentes et les adeptes précoces au sein du groupe de parties prenantes.
- Identifier et engager les acteurs qui ont l'influence ou l'autorité pour promouvoir les SMR.
- Identifier et tirer parti des politiques et stratégies nationales/sous-nationales favorables au PMR ; tirer parti des activités du programme et des structures et processus favorables déjà en place.
- Formuler la question de manière stratégique avec les parties prenantes pour susciter l'adhésion. Lier la maltraitance et les PMR à la qualité des soins peut être convaincant pour de nombreuses parties prenantes (voir la figure 1 pour le cadre de qualité des soins en SMN de l'OMS). L'établissement d'un lien avec les approches fondées sur les droits approuvées dans les [Objectifs de développement durable](#) peut aider les parties prenantes à comprendre que les SMR sont une question fondée sur les droits qui est intégrée dans les stratégies mondiales.
- Encourager la participation des femmes et des familles pour s'assurer que les contextes culturels, les sensibilités politiques et les priorités et perspectives individuelles font partie de la discussion pour faire valoir leurs perceptions des soins de maternité.
- Identifier les plateformes communautaires (par exemple, les réunions communautaires régulières) qui peuvent être utilisées pour soutenir les SMR.

En s'engageant dans des consultations avec un éventail de parties prenantes et de partenaires, les concepteurs du programme et les parties prenantes développeront une meilleure compréhension des facteurs locaux liés aux SMR et aux mauvais traitements, y compris les perceptions des groupes de parties prenantes individuelles (par exemple, les prestataires, les femmes, les communautés, les fonctionnaires du ministère de la santé et les directeurs des établissements de santé). Les consultations avec les parties prenantes permettront également de commencer à sensibiliser les principaux groupes de parties prenantes. Pendant les consultations avec les parties prenantes, il peut être utile de commencer les discussions en examinant toute littérature ou données disponibles sur les SMR, les mauvais traitements et l'expérience des soins à l'accouchement dans le contexte local. Les consultations avec les parties prenantes clés sont une première étape importante pour sensibiliser et approfondir leur compréhension sur les questions de SMR et des mauvais traitements dans le contexte local.

3. Effectuer une analyse de la situation

Une fois que la portée générale d'un effort de SMR a été définie dans le cadre d'un programme de SMN complet, une étape suivante importante consiste à comprendre les manifestations clés et les facteurs de SMR et des mauvais traitements dans le contexte local. Même dans les programmes de SMN disposant de ressources limitées, les programmes devraient entreprendre au moins une modeste analyse situationnelle pour explorer les mauvais traitements et ses facteurs, ainsi que la perception des femmes et des agents de santé et leurs priorités en matière de soins maternels dans le contexte local. Une analyse de la situation est essentielle pour la conception d'approches de SMR qui soient adaptées au contexte du programme et donc plus susceptibles d'être efficaces.

Idéalement, une analyse de la situation utilisera une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives pour évaluer les principales manifestations et les facteurs clés de SMR et des mauvais traitements à plusieurs niveaux du système dans le contexte local. L'implication de la communauté dans la planification et la mise en œuvre d'une analyse situationnelle et des interventions de suivi peut renforcer la confiance et accroître la collaboration entre les membres de la communauté (par exemple, les femmes, les familles) et le personnel de santé afin d'améliorer l'utilité et le succès des interventions de SMR lors de leur mise en œuvre.

L'annexe 7 présente une série d'outils qualitatifs et quantitatifs d'analyse situationnelle élaborés par MCSP, en se fondant sur un examen de la portée des outils provenant d'études menées dans des contextes à faibles et à fortes ressources (résumés dans les annexes 5 et 6). Les outils d'analyse de la situation de MCSP comprennent une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives ciblant les femmes, les familles, les membres de la communauté, les agents de santé et les gestionnaires. Ces outils ont été appliqués par MCSP au Nigéria et au Guatemala en 2018, puis mis à jour. En fonction de la portée, des ressources et du contexte de leur programme, les responsables de programme peuvent sélectionner et adapter un sous-ensemble ou l'ensemble des outils de l'annexe 7 pour mettre en œuvre une analyse de la situation. Les annexes 5 et 6 résument les méthodes qualitatives et quantitatives et comprennent des références à des outils supplémentaires qui peuvent être adaptés et utilisés par les gestionnaires de programmes dans le cadre d'une analyse de la situation.

Ce qu'il peut être utile de découvrir lors d'une analyse de la situation :

- Les perceptions et l'expérience, positive et négative, des femmes ayant récemment accouché et de leurs familles.
- Les définitions des femmes et des familles d'une expérience positive et négative des soins à l'accouchement.
- La perception par la communauté, les familles et les agents de santé des normes culturelles relatives au traitement des femmes lors d'un accouchement dans les établissements de santé.
- Perception par les agents de santé du vécu des femmes lors de l'accouchement et des facteurs sous-jacents ; attitudes des agents de santé concernant la prestation de soins de maternité, y compris leur vision des normes professionnelles et des droits des femmes à des standards de soins spécifiques.
- L'opinion des professionnels de la santé sur leur environnement de travail et leur expérience personnelle de la prestation de soins dans le système de santé local (par exemple, le niveau de soutien, un environnement de travail favorable), y compris le fait de savoir si les professionnels de la santé sont eux-mêmes victimes de mauvais traitements (par exemple, des violences verbales ou physiques de la part des femmes, des familles ou des collègues).
- Les expériences communes de mauvais traitements rapportées par les femmes et les familles et les perceptions locales des facteurs sous-jacents des mauvais traitements.
- Inégalités et disparités en matière d'accès aux services d'accouchement et de qualité de ces services (questions cliniques, questions de sécurité et questions sur les soins centrés sur la personne).
- Perceptions des responsables de district et des établissements de santé concernant les soins à l'accouchement, les droits des femmes et des familles, les droits des agents de santé et leur rôle et responsabilité en tant que responsables pour assurer un environnement favorable à l'accouchement pour les femmes, les familles et les agents de santé.

Approches qualitatives

Les approches qualitatives qui peuvent être utilisées dans une analyse de la situation sont résumées à l'annexe 5 avec une brève description des forces et des limites de chaque méthode.

Les méthodes qualitatives peuvent inclure :

- Des entretiens individuels approfondis ou semi-structurés avec des questions ouvertes pour les parties prenantes clés (par exemple, les femmes, les familles, les agents de santé).
- Des discussions de groupe avec des membres d'un groupe similaire, comme des femmes, des membres de la famille, des sages-femmes, des infirmières et d'autres cadres fournissant des soins de maternité.

Malgré les preuves de mauvais traitements lors de l'accouchement dans le monde entier, la manière dont ils se produisent et sont perçus varie selon les préférences et les expériences individuelles et selon des facteurs contextuels tels que les normes culturelles et les attentes et comportements locaux. Les méthodes qualitatives peuvent être utilisées pour explorer les normes culturelles qui peuvent influencer les perceptions locales des soins respectueux et des mauvais traitements afin d'approfondir la compréhension des souhaits des femmes et des familles pour une expérience positive de l'accouchement et des comportements non respectueux qui peuvent être normalisés dans le contexte local.

Les outils qualitatifs de l'annexe 5 ont été adaptés par MCSP à partir des outils qualitatifs de l'étude sur la façon dont les femmes sont traitées dans quatre pays (Bohren et al. 2019) (voir les outils d'analyse et de suivi de la situation de MCSP à l'annexe 7). Les outils qualitatifs de l'étude de l'OMS comprennent des guides d'entretien et de groupes de discussion pour quatre types d'informateurs : les femmes ayant accouché dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois, les femmes ayant accouché au cours des 5 dernières années, les prestataires et le personnel de santé, et les administrateurs (Vogel et al. 2015). Le guide d'entretien des femmes comprend les perceptions et le vécu des soins fournis lors de leur accouchement, notamment le traitement par les agents de santé et l'environnement de l'établissement de santé ; les éléments et les expériences de mauvais traitements ; les facteurs perçus qui affectent le traitement reçu ; et l'acceptabilité du traitement des femmes à l'accouchement. Les guides d'entretien des prestataires et des administrateurs sont similaires à ceux des femmes, mais demandent également comment les prestataires et le personnel sont traités.

Les approches qualitatives utilisées dans une analyse de la situation peuvent, dans certains cas, être modifiées pour un suivi périodique pendant la mise en œuvre du programme (voir la section sur la conception d'un cadre de suivi du programme, page 24). Il est important de noter que la collecte et l'analyse des informations riches à l'aide de méthodes qualitatives nécessitent des compétences qui font souvent défaut aux responsables de la mise en œuvre du programme et aux prestataires. Si possible, les responsables de la mise en œuvre du programme sont encouragés à identifier des sources locales d'expertise qualitative pour améliorer l'analyse de la situation. Veuillez consulter l'annexe 6 pour une discussion plus approfondie sur les méthodes qualitatives..

Approches quantitatives

Les approches quantitatives peuvent être utilisées à de nombreuses fins, notamment dans le cadre d'une analyse de la situation, dans le cadre du suivi de routine pendant la mise en œuvre des activités des SMR. Des méthodes quantitatives sélectionnées ainsi que leurs forces et leurs limites, y compris des références et des outils spécifiques, sont résumées à l'annexe 6. Bien que les systèmes d'information de routine sur la gestion de la santé (par exemple, les registres des services et les formulaires des clientes) ne comprennent généralement pas d'informations sur les soins respectueux ou les mauvais traitements, ils peuvent fournir des informations complémentaires utiles telles que le volume mensuel des naissances, la prestation de certaines interventions cliniques et les résultats de santé au niveau des patientes.

Voici quelques exemples de méthodes de collecte de données quantitatives pour mesurer les SMR et/ou les mauvais traitements :

- Des enquêtes structurées auprès des clientes, de leurs familles ou des membres de la communauté. Ces enquêtes peuvent être des enquêtes de sortie (dans les établissements de santé) ou des enquêtes communautaires, en fonction des ressources du programme et des considérations de mise en œuvre.

- Des enquêtes structurées auprès des agents de santé et des gestionnaires/administrateurs.
- Des observations cliniques directes axées sur les SMR et/ou les mauvais traitements.

Les enquêtes de sorties des clientes sont généralement plus abordables et plus durables pour un suivi régulier dans le cadre de programmes complets de SMN ; cependant, les enquêtes communautaires génèrent des informations riches qui sont moins sujettes aux biais sociaux et peuvent être utiles à intégrer dans une analyse de la situation. Il est prouvé que les femmes sont plus susceptibles de signaler des mauvais traitements lorsqu'elles sont interrogées à domicile plusieurs semaines après l'accouchement (Kruk et al. 2014).

Idéalement, les perspectives des agents de santé et les facteurs plus larges du système de santé qui influencent la qualité des soins et le vécu des femmes et des nouveau-nés en matière de soins devraient être incorporés dans une analyse de la situation lorsque les ressources le permettent. Par exemple, les enquêtes auprès des agents de santé et les évaluations de l'état de préparation des établissements de santé peuvent permettre de comprendre les facteurs sous-jacents qui contribuent aux mauvais traitements subis par les femmes et les prestataires, tels que les contraintes d'infrastructure et/ou le manque de soutien de base pour les prestataires. Des observations structurées d'interactions simulées entre clientes et prestataires peuvent aider à évaluer les compétences de communication interpersonnelle des prestataires, par exemple après la formation et dans le cadre d'une supervision fac ; cependant, les observations peuvent ne pas être réalisables dans de nombreux contextes en raison de contraintes de ressources. Chacune des méthodes quantitatives a ses forces et ses limites (voir annexe 6), en particulier dans les contextes où les mauvais traitements sont normalisés.

Planification de la collecte des données dans le cadre d'une analyse de la situation

Lors de l'élaboration des plans de collecte des données, il est important de prendre en compte la capacité locale à soutenir les activités proposées. Idéalement, une personne ayant des compétences et une expérience dans les méthodes de mesure et d'évaluation devrait être identifiée pour soutenir l'analyse de la situation. Parfois, l'embauche d'un cabinet de recherche local ou d'étudiants ou de professeurs d'université peut aider à collecter et à analyser les données en temps voulu ; cependant, il est peu probable que cela soit réalisable dans la plupart des grands programmes de SMN en dehors d'un cadre de recherche. Si le programme dispose des ressources nécessaires pour mettre en œuvre une enquête de base et une enquête finale pour soutenir une évaluation formelle du programme, il sera important de prétester et de valider les outils au préalable dans le contexte local (se référer à Sheferaw et al. 2016). Le mode de collecte des données doit également être pris en compte dans le cadre de la planification d'une analyse de la situation. Par exemple, de plus en plus de données sont collectées sur des tablettes, des téléphones ou des ordinateurs. Avec un peu de planification, l'utilisation de ces technologies de l'information peut contribuer à rendre une analyse de la situation plus efficace.

Considérations éthiques

Les SMR et les mauvais traitements sont des sujets sensibles, et toutes les informations recueillies au cours d'une analyse de la situation et d'un suivi de routine doivent rester privées et confidentielles et être collectées de manière éthique et prudente. L'exemple de [l'étude multi-pays de l'OMS sur la violence à l'égard des femmes](#) est instructif sur la manière de collecter des données sensibles de manière éthique (OMS 2005). Les recommandations de l'OMS en matière d'éthique et de sécurité pour la recherche interventionnelle sur la violence à l'égard des femmes comprennent des recommandations qui peuvent être utiles aux responsables de la mise en œuvre du programme qui planifient une analyse de la situation (OMS 2016a).

Les données recueillies uniquement à des fins de programme et non dans le cadre d'une « recherche sur des sujets humains » ne doivent pas nécessairement être soumises à des comités d'examen éthique. Il est toutefois important d'examiner et de respecter la réglementation locale en matière de collecte de données dans le pays et la région où le programme est mis en œuvre.

Concevoir des approches adaptées au contexte local : deuxième phase

I. Convoquer les parties prenantes

Résultats de l'analyse de la situation

Après avoir impliqué les parties prenantes et les partenaires dans la sensibilisation initiale et d'autres aspects de l'analyse de la situation, le programme peut maintenant commencer à concevoir des activités et des interventions pour promouvoir les SMR et réduire les mauvais traitements. Le programme doit réunir les principales parties prenantes afin d'examiner les résultats de l'analyse de la situation, de hiérarchiser les questions à traiter, de définir les objectifs spécifiques du programme et d'élaborer une théorie du changement pour guider la sélection des interventions et des activités de SMR.

Définir les objectifs du programme

Le traitement que les femmes reçoivent lors de l'accouchement s'étend sur un continuum allant de la violence pure et simple, comme le fait de frapper ou d'humilier une femme en travail ou de refuser des soins, à la prestation de soins centrés sur la personne qui sont profondément sensibles aux besoins émotionnels et physiologiques et aux préférences individuelles des femmes pendant le travail et l'accouchement. De nombreuses formes de SMR ou de mauvais traitements peuvent se situer entre ces deux extrémités du continuum. Les programmes doivent définir leurs objectifs en matière de SMR en fonction de la portée globale de l'effort de SMR (discuté ci-dessus) et des résultats de l'analyse de la situation afin de cibler les manifestations et les facteurs clés des mauvais traitements dans un contexte donné. MCSP recommande que les objectifs du programme soient clairement liés à un cadre de résultats et à une théorie du changement. La conception d'approches spécifiques de SMR dans le cadre d'un programme de SMN complet dépendra de la portée et des ressources globales du programme de SMN, des résultats de l'analyse de la situation, d'une théorie claire du changement et des niveaux auxquels le programme de SMN est capable d'intervenir (par exemple, national, régional, district, établissement de santé et/ou communauté). La faisabilité de la mise en œuvre d'approches prioritaires de SMR dans les sites géographiques du programme de SMN à différents niveaux du système influencera l'échelle des interventions de SMR du programme.

Élaborer la théorie du changement

Une théorie du changement est essentiellement une description complète et une illustration de la manière et des raisons pour lesquelles les programmes s'attendent à ce qu'un changement souhaité se produise dans un contexte spécifique. Il est particulièrement important de tracer les étapes entre les activités et les interventions du programme et d'expliquer comment ces activités aideront à atteindre les objectifs souhaités sur la base de la théorie du changement. Le personnel du programme et les intervenants doivent clairement identifier les objectifs à court et à long terme pour obtenir des SMR et éliminer les mauvais traitements, et doivent explorer et articuler les conditions qui doivent être en place et les changements qui doivent se produire pour atteindre les objectifs définis.

Définition de la théorie du changement

Une théorie du changement est essentiellement une explication de la manière dont un groupe de parties prenantes compte atteindre un objectif à long terme communément compris.

Source : Anderson 2005

La théorie du changement d'un programme doit inclure des informations sur les facteurs contextuels liés aux SMR et aux mauvais traitements, ainsi que sur les intrants, les extrants et les résultats proposés pour le programme, à court et à long terme. Le programme doit également souligner les hypothèses clés qui sous-tendent la théorie du changement. Les parties prenantes et les acteurs locaux doivent travailler ensemble pour définir le problème des mauvais traitements et les objectifs de SMR du programme en fonction de la portée et des ressources du programme et des résultats de l'analyse de la situation. La théorie du changement doit définir les approches de SMR qui s'attaquent aux facteurs contextuels des mauvais traitements identifiés dans l'analyse de la situation et les changements supposés qui se produiront lorsque les approches prioritaires de

SMR seront mises en œuvre. L'effet attendu des activités de SMR du programme sur la santé des femmes, le vécu des soins à l'accouchement, la satisfaction du travail des prestataires et d'autres résultats à long terme pour le système de santé doit être clairement articulé dans le cadre de la théorie du changement.

Voir les annexes 8, 8A et 8B pour des conseils sur la manière d'élaborer une théorie du changement et pour des exemples à partir de recherches de mise en œuvre qui ont démontré des réductions des mauvais traitements en Tanzanie et au Kenya (Ratcliffe et al. 2016 ; Kujawaski et al. 2017, Warren et al. 2017)

Lorsque les parties prenantes élaborent une théorie du changement, elles peuvent trouver utile d'examiner les approches prometteuses de SMR et les résultats de la littérature publiée. L'annexe 3 résume les approches prometteuses de SMR issues de diverses études, y compris les avantages et les inconvénients des approches sélectionnées en fonction des contextes spécifiques des programmes. Pour aligner la théorie du changement d'un programme sur les normes mondiales émergentes de qualité des soins maternels et néonataux, y compris l'expérience des soins, les parties prenantes qui élaborent une théorie du changement peuvent également trouver utile d'examiner les standards de l'OMS pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé (OMS 2016c ; voir Figure 1). Plusieurs de ces standards sont particulièrement pertinents pour les soins respectueux, notamment les standards 1, 4, 5, 6 et 7 (voir l'annexe 1).

2. Concevoir des activités à tous les niveaux du système

La priorisation des objectifs et des activités de SMR devrait idéalement être guidée par la théorie du changement du programme basée sur les résultats de l'analyse de la situation ainsi que sur la portée globale du programme plus large de SMN. Étant donné que l'analyse de la situation est susceptible d'identifier les facilitateurs des SMR et les facteurs de mauvais traitements opérant à plusieurs niveaux du système, il sera logique dans la plupart des programmes de cibler plusieurs niveaux du système si possible. Les programmes peuvent choisir d'aborder les facteurs systémiques généraux et/ou les facteurs locaux plus ciblés, selon la portée du programme, les objectifs de SMR, les ressources et la théorie du changement. Étant donné que les mauvais traitements sont multifactoriels et qu'ils se perpétuent par des actions individuelles et collectives, l'engagement et la défense des intérêts des parties prenantes à plusieurs niveaux du système peuvent être essentiels pour obtenir un changement durable. S'attaquer aux mauvais traitements sur tous les fronts et à tous les niveaux du système peut ou non être réalisable dans le cadre d'un seul programme ou d'une seule phase de programme et doit être soigneusement pris en compte lors de la priorisation des interventions de SMR en fonction de la théorie locale du changement et des ressources globales du programme.

La section suivante explore les considérations relatives à la conception des activités de SMR pour les différents niveaux du système dans un programme complet de SMN. Ces considérations et les exemples associés ne sont qu'illustratifs et ne sont pas exhaustifs.

National et sous-national

Politique et plaidoyer

Le plaidoyer en faveur de politiques à tous les niveaux du système de soins de santé signifie que les parties prenantes demandent qu'un changement ou une réorientation du comportement des individus ou des entités gouvernementales et organisationnelles soit institué sous la forme de politiques. Ces politiques sont ensuite appliquées par les entités organisationnelles ou gouvernementales en raison de l'influence exercée par les défenseurs. Tout comme le plaidoyer en faveur des SMR est essentiel aux niveaux national et sous-national, le développement complémentaire de politiques nationales qui communiquent une attente sans équivoque et un environnement favorable aux SMR, y compris une tolérance zéro pour les mauvais traitements, est essentiel pour favoriser un changement à court et à long terme. Pour une identification et une mise en œuvre efficaces des solutions au niveau politique et national, les parties prenantes doivent considérer les mauvais traitements comme un problème important et valoriser les soins respectueux comme une composante essentielle de la prestation des services de santé. Le fait d'inclure les parties prenantes nationales, sous-nationales et locales dans une analyse de la situation et de les faire participer aux discussions sur les approches du programme permet de sensibiliser à la question et aide les programmes à identifier les opportunités de succès et à évaluer la faisabilité dans leur contexte.

Si le programme choisit de s'attaquer à un vaste problème systémique, une considération importante est de décider *quelles* parties prenantes impliquer à *quel* niveau. Alors que les interventions spécifiques de SMR peuvent souvent être ciblées au niveau de la communauté et/ou de l'établissement de santé, les concepteurs du programme qui examinent les résultats de l'analyse de la situation peuvent conclure que le plaidoyer national pour des soins respectueux est impératif pour apporter les changements souhaités. Dans ce cas, on obtiendra un plus grand impact en collaborant avec des parties prenantes ayant une expertise approfondie en matière de plaidoyer et une connaissance du contexte local (par exemple, l'Alliance du ruban blanc et d'autres organisations de la société civile) et en s'appuyant sur les efforts de plaidoyer et de politique antérieurs ou en cours. Il sera important d'impliquer les principales parties prenantes ou les structures institutionnelles et de gouvernance à toutes les étapes de la conception et de la mise en œuvre du programme, y compris l'analyse de la situation lorsque cela est possible.

Formation de base et normes professionnelles : développer une main-d'œuvre bienveillante

Un plaidoyer efficace et l'élaboration de politiques au niveau national peuvent aider les établissements de formation de base à intégrer des activités visant à renforcer les codes d'éthique professionnels et les normes de soins dans le cadre de la formation professionnelle des agents de santé pendant la formation de base et continue. Dans un environnement favorable en matière de plaidoyer et de politique, les établissements

Prendre soin des soignants

Il est impératif de comprendre les défis complexes auxquels même les agents de santé très motivés sont confrontés dans leur environnement de travail et dans leur vie. De nombreuses sages-femmes et prestataires de services de maternité travaillent dans des situations d'adversité, ce qui a des effets négatifs sur le bien-être, le moral et la rétention. La prévention et l'élimination des mauvais traitements pendant l'accouchement nécessitent une « approche systémique » pour s'attaquer aux facteurs sous-jacents des mauvais traitements, notamment les inégalités de genres, les pénuries de personnel et la déresponsabilisation des sages-femmes et des autres prestataires. Il convient d'accorder une attention particulière aux besoins des agents de santé dans les systèmes de santé fragiles et surchargés et/ou dans les situations de conflit, où les facteurs déclenchant les mauvais traitements sont plus nombreux et où les femmes et leurs prestataires sont particulièrement vulnérables.

Quelques exemples d'activités de SMR axés sur les prestataires :

- Formation sur la clarification des valeurs et la transformation des attitudes qui aide les prestataires de santé à réfléchir sur leur façon de travailler et à faire face au travail dans des établissements de santé manquant de ressources.
- Médiation offerte pour traiter les situations difficiles
- Reconnaissance des prestataires et de leurs services
- Thé et collations parrainés par l'établissement de santé pour les prestataires qui font des gardes la nuit et le week-end.
- Mentorat et possibilités d'avancement professionnel.

d'enseignement sont plus susceptibles d'être en mesure de montrer pourquoi la gentillesse, la compassion et le respect sont importants dans les soins maternels et ce que les éducateurs, les agents de santé et les responsables de la mise en œuvre des programmes peuvent faire pour promouvoir les SMR. Au cours de la formation, les soins respectueux sont soit modélisés pour les prestataires, soit ancrés dans leur apprentissage et leur perception de leur futur rôle de prestataire, soit le contraire se produit et les prestataires ne sont pas exposés à des soins respectueux ou, pire encore, sont exposés à des mauvais traitements dans le cadre du lieu de travail « normal. » Les programmes d'études et le matériel d'enseignement et d'apprentissage harmonisés devraient être fondés sur les meilleures preuves de la prestation de soins respectueux centrés sur la personne. Cependant, l'un des éléments les plus difficiles à mettre en place pour former des prestataires de soins respectueux « aptes à l'emploi » est la mise à disposition et l'exposition régulières à des contextes de pratique clinique dans lesquels des soins respectueux sont modélisés à tout moment.

Les défis à relever comprennent le manque de modèles et d'enseignants qui possèdent des compétences et des attitudes appropriées en matière de communication interpersonnelle et de soins. Des publications récentes notent que l'exposition à des soins irrespectueux des patientes pendant la formation des sages-femmes peut être courante (Moyer et al. 2016) et finit par être justifiée par les étudiantes (Rominski et al. 2016), ce qui contribue à la « normalisation » des mauvais traitements lors des accouchements dans les établissements de santé. Voici des exemples d'activités de programme qui peuvent améliorer les SMR pendant la formation de base et promouvoir des SMR dans les normes professionnelles :

- L'évaluation des attitudes et des comportements dans les institutions et les programmes de formation de base) est importante pour s'assurer que le processus d'enseignement/apprentissage est respectueux et sensible au genre, qu'il utilise les principes de l'apprentissage des adultes et qu'il favorise le développement de comportements professionnels et attentionnés (voir l'encadré « Programme de renforcement des ressources humaines pour la santé de l'USAID en Éthiopie). »
- Collaborer avec les conseils médicaux, infirmiers et de sages-femmes pour intégrer les principes de soins respectueux dans les normes professionnelles, y compris les mécanismes qui soutiennent et appliquent les standards de soins respectueux.

Programme de renforcement des ressources humaines pour la santé de l'USAID en Éthiopie

Sous-objectif : Améliorer la rétention des étudiantes dans les programmes de sciences de la santé dans les établissements supérieurs, les universités et les écoles de médecine, de soins infirmiers et d'obstétrique.

Stratégies : Promouvoir une pédagogie sensible au genre en intégrant une formation pédagogique efficace pour les professeurs et les précepteurs cliniques. La pédagogie sensible au genre est une orientation de deux jours conçue pour doter les membres du corps enseignant des connaissances, des compétences et des attitudes nécessaires pour promouvoir, créer et intégrer un environnement académique sensible au genre qui garantit la participation égale de tous les sexes. La pédagogie aide les instructeurs à prendre en compte et à aborder le genre et ses impacts sur l'apprentissage de plusieurs manières:

- Encourager les étudiantes à s'exprimer et à participer plus souvent en classe ;
- S'assurer que l'établissement a mis en place une politique sur le harcèlement sexuel et qu'elle est appliquée ;
- Mettre en place des mécanismes de sécurité pour protéger les étudiantes (par exemple, le transport tard le soir) ;
- Veiller à ce que les salles de classe, les plans de cours et les supports de cours ne contiennent pas de stéréotypes de genre ni de langage d'intimidation ;
- Veiller à ce qu'il y ait un équilibre dans la répartition des genres parmi les instructeurs et la direction de l'établissement ;
- Répondre aux besoins des étudiants vulnérables (par exemple, fournir de petites allocations ou des serviettes hygiéniques aux filles pauvres, assurer l'équilibre de genres dans les postes de leadership des étudiants) ;
- Suivre les inscriptions, la rétention et les performances des étudiantes par rapport aux étudiants, et récompenser les étudiants qui ont fait le plus de progrès au fil du temps ;
- Inciter les étudiants à remettre en question les normes et les comportements préjudiciables et à aider les étudiantes à exceller.

Source : Jhpiego/Ethiopie

Systemes de santé locaux (région, district, établissement de santé)

Les caractéristiques socioculturelles et du système de santé de chaque pays varieront (y compris souvent par sous-région) et influenceront la conception optimale des interventions des SMR à différents niveaux du système de santé local. La portée géographique des activités de SMR et la sélection des sites dans un programme complet de SMN seront déterminées par la couverture géographique globale du programme et les ressources, y compris la disponibilité et la capacité du personnel et des parties prenantes locales à soutenir les activités de SMR du programme. La théorie du changement d'un programme doit aborder la couverture géographique des interventions de SMR dans le contexte du programme global de SMN.

Idéalement, les approches de SMR devraient être intégrées dans les actifs et les structures du système de santé local et exploitées. Les approches de SMR ont plus de chances d'être durables lorsqu'elles sont intégrées dans les systèmes de santé et les systèmes des communautés et qu'elles sont conçues par des acteurs clés de ces systèmes. Par exemple, les activités de développement des capacités humaines établies dans le système de santé local (par exemple, la formation, la supervision et le mentorat, le développement professionnel continu) peuvent être exploitées pour mettre davantage l'accent sur les SMR et la réduction des mauvais traitements (par exemple, capacités en communication interpersonnelle basées sur les compétences). Lorsqu'ils sont présents, les efforts locaux d'amélioration de la qualité peuvent être mis à profit pour intégrer un accent sur les soins centrés sur la personne dans le cadre des efforts continus d'amélioration de la qualité, y compris la participation des membres de la communauté aux équipes d'amélioration de la qualité, le soutien du leadership local et la mesure régulière du vécu des soins des clientes. Des journées portes ouvertes de la maternité peuvent être mises en place pour aider à promouvoir une meilleure communication et à faire tomber les murs qui existent souvent entre les clientes, les familles et les agents santé (voir l'encadré « Journées portes ouvertes de la maternité. »

Les prestataires, le plus souvent une sage-femme, peuvent eux-mêmes être victimes d'un manque de respect et d'abus dans leur environnement de travail. Les interventions « prendre soin des soignants » lorsqu'elles sont intégrées dans les structures et les processus du système de santé local, peuvent contribuer à lever les obstacles et l'absence d'un environnement de travail favorable auxquels sont confrontés de nombreux agents de santé. Les interventions « prendre soin des soignants » sont de plus en plus reconnues comme une composante essentielle de l'amélioration des SMR et de la réduction des mauvais traitements, étant donné les contraintes majeures auxquelles de nombreux agents de santé sont confrontés dans le système de santé local et l'environnement de prestation de services.

Le thème transversal du genre et des préjugés de genres est également une considération essentielle dans la conception et la mise en œuvre des interventions de SMR. Si les deux sexes peuvent être victimes de mauvais traitements dans les

Évaluation de la qualité des soins au Nigeria : résultats relatifs au genre

MCSP Nigeria a mené une évaluation de la qualité des soins maternels et néonataux dans 40 établissements de santé des États de Kogi et Ebonyi. L'évaluation de la qualité des soins a porté sur les compétences des prestataires, la performance et la disponibilité des infrastructures physiques et des fournitures, ainsi que sur les obstacles liés au genre et les expériences de mauvais traitements lors de l'accouchement.

Les principales conclusions d'une analyse de genre des résultats de l'évaluation de la qualité des soins sont les suivantes :

1. La majorité des prestataires de services n'ont reçu aucune formation sur le genre et les droits de la personne.
2. Les établissements de santé ne disposent pas de services contre la violence basée sur le genre, et les agents de santé n'ont aucune connaissance de la réponse à la VBG.
3. La participation des partenaires hommes en tant que compagnons de naissance est limitée.
4. Les prestataires de services manquent d'infrastructures et de capacités pour faire participer les hommes aux services maternels, ce qui limite la participation et le soutien des hommes aux femmes pendant la grossesse et l'accouchement.
5. La majorité des prestataires de services interrogés ont exprimé l'opinion qu'une femme ne devrait pas être en mesure de choisir elle-même une méthode de planification familiale ; ce point de vue sappe l'autonomie décisionnelle des femmes ainsi que leur autonomisation en matière de reproduction

Source : MCSP/Nigeria

environnements cliniques, les femmes en âge de procréer qui recherchent des services d'accouchement sont particulièrement vulnérables. Les prestataires qui fournissent des services aux femmes sont souvent des sages-femmes et des femmes elles-mêmes. L'inégalité et les déséquilibres de pouvoir sont souvent présents dans la relation prestataire-cliente, mais déterminent aussi généralement l'expérience des prestataires en matière de travail et de prestation de soins dans un environnement de système de santé local (voir l'encadré « Évaluation de la qualité des soins au Nigeria : résultats relatifs au genre. » Voir l'annexe 3 pour des exemples supplémentaires d'activités prometteuses de SMR au niveau du système local et de la prestation de services.

Communauté

L'engagement de la communauté est une considération importante pour la conception des approches de SMR, afin de s'assurer que les perspectives essentielles, les besoins et les priorités des femmes, des familles et des membres de la communauté sont représentés dans les objectifs du programme, la théorie du changement et la conception du programme. La participation active et appréciée des parties prenantes de la communauté est importante pour toutes les couches de la société et tous les niveaux du système de santé. Lorsque les concepteurs de programmes mettent autant l'accent sur les systèmes de prestation de services communautaires et locaux que sur les efforts nationaux de plaidoyer et de politique, ils sont plus susceptibles de contribuer à « uniformiser les règles du jeu, » qui est souvent marqué d'inégalités et de dynamiques de pouvoir. Les programmes de SMR décrits dans la littérature ont généralement inclus des efforts pour influencer le changement aux niveaux national, local et communautaire (Ratcliffe et al. 2016 ; Sando et al. 2014 ; Abuya et al. 2015a ; Kujawaski et al. 2017).

Les programmes peuvent soutenir les activités communautaires qui rassemblent les membres de la communauté et les agents de santé pour améliorer les soins centrés sur la personne ainsi que les conditions de travail des prestataires. Des exemples de collaboration sont la médiation comme mécanisme de résolution des conflits et les équipes d'amélioration de la qualité qui comprennent à la fois des membres de la communauté et des agents de santé de l'établissement (Ndwiga et al. 2014). (Veuillez consulter l'annexe 3 pour une description des approches prometteuses de SMR décrites dans les études au niveau de la communauté et du système de santé local, ainsi que les avantages et inconvénients potentiels de chaque approche).

3. Concevoir un cadre de suivi du programme

Une fois que le programme a défini ses objectifs, ses interventions et ses activités en fonction de l'analyse de la situation et de la théorie du changement, le programme doit envisager la façon dont il définira et surveillera les indicateurs de routine de SMR et des mauvais traitements afin d'évaluer les progrès et de renforcer continuellement les activités programme.

Les méthodes quantitatives et qualitatives utilisées dans l'analyse de la situation peuvent être adaptées de manière sélective pour soutenir le suivi de routine pendant la mise en œuvre des activités de SMR du programme. Par exemple, un court questionnaire quantitatif pour les femmes, les familles et les prestataires utilisé dans une analyse de la situation peut être administré périodiquement pendant la mise en œuvre du programme afin d'évaluer et d'accélérer les progrès, y compris pour les résultats centrés sur la personne rapportés par les femmes.

Cependant, contrairement à la recherche sur la mise en œuvre, les méthodes et les sources de données disponibles pour le suivi de routine des SMR dans les programmes de SMN complets sont susceptibles d'être beaucoup plus limitées. Par exemple, l'observation directe des soins d'accouchement et les entretiens de suivi des clientes à domicile utilisés dans de nombreuses études sur les SMR à ce jour ne sont probablement pas réalisables dans le cadre du suivi de routine des interventions de SMR dans les programmes complets de SMN opérant à l'échelle (OMS, protocole d'étude multi-pays ; Ratcliffe et al. 2016 ; Sando et al. 2014 ; Abuya et al. 2015a ; Kujawaski et al. 2017). Les méthodes de suivi devront être adaptées en fonction des objectifs, des activités et du budget du programme de SMR.

Sélection des indicateurs

Les indicateurs du programme doivent être développés pour suivre les intrants, les activités, les extrants, les résultats et l'impact des activités de SMR en accord avec les objectifs et la portée globale du programme. Le cadre de suivi du réseau qualité des soins multi-pays comprend un catalogue flexible (menu) d'indicateurs de l'expérience des soins qui peuvent constituer une ressource utile pour les décideurs politiques et les responsables de la mise en œuvre des programmes de SMN (veuillez vous référer au [Cadre des activités du réseau mondial de surveillance de l'OMS.](#)) Des exemples d'indicateurs au niveau des intrants comprennent l'existence d'une politique de l'établissement de santé, du matériel éducatif, des prestataires de santé formés et une supervision. Au niveau des résultats à court terme, les exemples incluent les niveaux de compétences des prestataires et le pourcentage de clientes qui reçoivent certains éléments, informations ou pratiques de la part des prestataires. Les mesures des résultats à plus long terme peuvent inclure le vécu des soins rapportée par les femmes et leur intention future d'utiliser les services d'accouchement dans un établissement de santé, ainsi que l'expérience des agents de santé en matière de prestation de services de maternité (Wassihun et al. 2018). L'échelle des soins de maternité centrés sur la personne développée et validée dans trois pays par Afulani et ses collègues est une ressource prometteuse pour le suivi régulier des indicateurs de soins de maternité centrés sur la personne dans un grand programme de SMN. Cette échelle, qui mesure les attributs positifs et négatifs des soins à l'accouchement, peut être appliquée pour calculer un score global ou pour mesurer des indicateurs individuels des SMR et des mauvais traitements. L'échelle de soins de maternité centrés sur la personne pourrait être appliquée, par exemple, dans un grand programme de SMN pour suivre les tendances des indicateurs individuels et/ou un score cumulé.

Étant donné que les mauvais traitements et les SMR sont multifacettes et souvent spécifiques au contexte, une combinaison d'indicateurs et de méthodes de collecte de données sera nécessaire dans la plupart des programmes pour surveiller les effets des interventions de SMR. En utilisant la définition développée par Freedman et ses collègues (Figure 2 ; Freedman et al. 2014), les indicateurs de programme devraient idéalement mesurer à la fois le manque de respect et les mauvais traitements au niveau individuel (vécu des prestataires et des clientes sur les résultats des soins) et le manque de respect et les mauvais traitements structurels ou systémiques (c'est-à-dire les déficiences du système de santé qui sont les facteurs d'un environnement irrespectueux et abusif). D'autres mesures d'intrants peuvent se concentrer sur les facteurs politiques et juridiques, selon les besoins du programme.

Identification des méthodes de collecte et d'analyse des données

Comme pour l'analyse de la situation, une combinaison de données qualitatives et quantitatives (voir annexes 5 et 6) peut être adaptée et utilisée pour le suivi continu. Les méthodes de collecte de données appropriées varieront en fonction des objectifs de SMR et des interventions prioritaires du programme. Le programme peut adapter les outils et les méthodes utilisés dans l'analyse de la situation pour le suivi continu.

Des méthodes de collecte de données quantitatives peuvent être utilisées à toutes les étapes pour suivre les tendances des indicateurs des SMR et des mauvais traitements (par exemple, des questionnaires structurés auprès des clientes). Les indicateurs doivent être clairement définis avec un numérateur et un dénominateur et la source des données et la fréquence de la collecte des données doivent être précisées. Le programme doit recenser les sources de données disponibles afin de déterminer quelles sont les données existantes et celles qui n'existent pas par rapport aux indicateurs prioritaires.

Si les ressources le permettent, des observations structurées périodiques des soins cliniques ou des interactions simulées entre cliente et prestataire peuvent être réalisées pour compléter d'autres méthodes de collecte de données telles que les questionnaires périodiques auprès des clientes. Chaque méthode quantitative présente des avantages et des inconvénients (voir annexe 6). La méthode la plus appropriée dépend d'une définition claire de ce qui doit être mesuré. Les approches normalisées pour la surveillance de routine des SMR et des mauvais traitements en sont à leurs premiers stades de développement. Les projets de démonstration et les études de recherche ont utilisé les méthodes décrites dans les annexes 4 et 5. Des outils

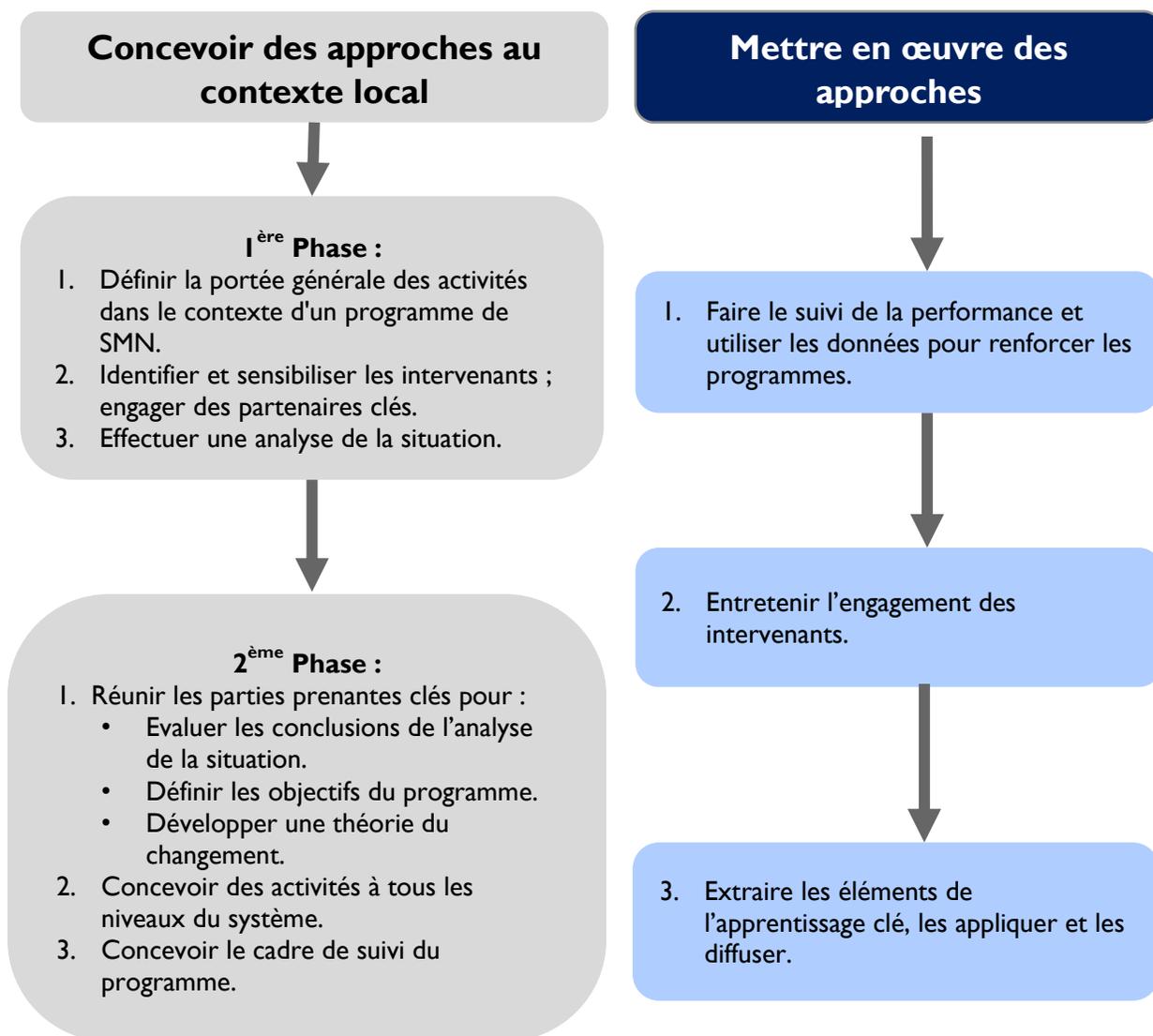
quantitatifs validés pour évaluer la prévalence et l'incidence des SMR sont de plus en plus disponibles (Bohren et al. 2019 ; Afulani et al. 2018.)

Les données qualitatives (par exemple, les informations provenant d'entretiens semi-structurés ou ouverts et de discussions de groupe) peuvent être collectées dans le cadre du suivi de routine du programme afin de mieux comprendre comment le programme est réellement mis en œuvre et comment il affecte les parties prenantes. Ces données peuvent être utiles pour l'évaluation du processus et pour savoir si les parties prenantes, notamment les clientes, les membres de la communauté et les agents de santé, pensent que des changements ont eu lieu ou que la situation s'est améliorée. Les méthodes qualitatives peuvent être utilisées avant le développement d'outils quantitatifs, ou peuvent être déployées simultanément ou par la suite pour aider à comprendre les résultats quantitatifs. Certaines méthodes qualitatives utilisées dans l'analyse de la situation, comme les groupes de discussion et les entretiens approfondis structurés, peuvent être modifiées pour être utilisées périodiquement pendant la mise en œuvre du programme.

Le plan de suivi du programme doit préciser qui collectera et analysera les données et comment les résultats et l'apprentissage seront partagés avec les parties prenantes. De nombreux responsables de programme et agents de santé n'ont pas été formés pour calculer et analyser les indicateurs de SMR ou des mauvais traitements ou pour mener ou analyser les résultats des discussions de groupe et des entretiens. Il sera important de planifier la manière dont ces compétences seront développées parmi le personnel du programme pour soutenir le suivi et l'utilisation régulière des données et renforcer la mise en œuvre du programme et la gestion évolutive. Dans certains cas, il peut y avoir une organisation ou une institution locale (par exemple, une université) qui peut être engagée pour développer les compétences nécessaires parmi le personnel du programme.

Il est également important de considérer les implications éthiques de la collecte de certains types de données. L'annexe 7 présente les considérations éthiques qui doivent être abordées dans le cadre de la collecte et de l'utilisation des données lors d'une analyse de la situation et de la phase de mise en œuvre et de suivi du programme.

Mettre en œuvre les approches de SMR dans un programme de SMN



Surveiller les performances et utiliser les données pour renforcer les programmes de SMR

Une fois que le programme a établi ses objectifs de SMR, ses approches clés et un plan de suivi, le personnel du programme doit élaborer un plan de mise en œuvre détaillé et un calendrier avec les rôles clés du personnel du programme et des parties prenantes locales. Il peut également être utile de préparer une matrice (par exemple, un diagramme de Gantt) indiquant les tâches prévues, la fréquence, le calendrier, les ressources financières et humaines nécessaires à la mise en œuvre et aux activités de suivi. Le plan de travail doit inclure les étapes à suivre pour chaque phase de mise en œuvre et d'évaluation, avec des rôles, des responsabilités et des ressources clairement définis. La collecte, l'analyse, le partage et l'utilisation des données doivent faire partie du plan de mise en œuvre et de suivi. Pendant la mise en œuvre du programme, des données seront nécessaires de façon continue pour comprendre si des ajustements doivent être apportés à l'intervention et si le programme est mis en œuvre comme prévu.

Maintenir l'engagement des parties prenantes

Récemment, Ratcliffe et ses collègues (Ratcliffe et al. 2016b) ont décrit une approche participative adoptée pour engager les principales parties prenantes tout au long de la planification et de la mise en œuvre d'un programme ciblé de SMR. Ils ont conclu qu'un processus d'intervention visible, soutenu et participatif, un leadership engagé de l'établissement de santé, le soutien de la direction et l'engagement du personnel tout au long du projet ont contribué à un changement positif dans la culture de l'hôpital qui valorise et promeut les SMR.

Les collègues du MS et les autres parties prenantes clés engagées dans le programme doivent être tenus régulièrement informés de l'évolution du programme au fur et à mesure de son déroulement. Dans de nombreux programmes, les principales parties prenantes auront été engagées au cours de la phase de conception du programme et peuvent inclure des représentants des groupes de femmes, des clientes et de la communauté, ainsi que des agents de santé et des associations professionnelles (voir page 11 pour une description des catégories importantes de parties prenantes). Les résultats du suivi du programme (quantitatifs et qualitatifs) doivent être communiqués clairement et d'une manière compréhensible pour toutes les parties prenantes, y compris les représentations graphiques ou les visualisations des résultats pour les participants de la communauté. Si nécessaire, les informations doivent être traduites dans les langues locales. Les membres de la communauté ou d'autres parties prenantes peuvent vouloir former un groupe consultatif local ou un groupe consultatif national qui peut suivre les résultats du suivi du programme et aider à recommander des ajustements aux activités du programme.

Les parties prenantes clés sont souvent les futurs champions des SMR dans le contexte local et il est important de partager l'apprentissage avec elles et d'être ouvert et franc sur les revers et les échecs. Les histoires positives des femmes et des prestataires peuvent être un mécanisme important pour maintenir l'intérêt et la motivation des parties prenantes clés et peuvent être partagées avec les médias locaux le cas échéant.

Dans certains pays, le MS peut être prêt à élargir ou à mettre à l'échelle des approches prometteuses de programmes de SMR avant d'assurer un environnement national positif en matière de politiques et de leadership pour soutenir la mise à l'échelle réussie des meilleures pratiques émergentes. Les parties prenantes qui soutiennent l'expansion des activités du programme doivent continuer à plaider en faveur des cadres politiques nationaux et des garanties juridiques nécessaires et doivent continuer à préconiser un large engagement des responsables locaux du MS, des agents de santé, des femmes et des familles pour élargir et maintenir les acquis du programme.

Extraire, appliquer et disséminer l'apprentissage clé

Il y a de nombreuses questions d'apprentissage importantes et des lacunes dans les données remarquables sur la programmation et le suivi des SMR dans les programmes complets de SMN fonctionnant à l'échelle. L'apprentissage des programmes doit être orienté vers l'action et axé sur la transmission d'informations pratiques aux principales parties prenantes afin d'améliorer la programmation, de contribuer à l'apprentissage local et mondial des SMR et de combler les lacunes importantes en matière de données probantes. Au cours de la conception et des premières phases de mise en œuvre, les concepteurs et les gestionnaires de programmes doivent se poser les questions suivantes :

- Que peut-on apprendre de la conception, de la mise en œuvre et du suivi des approches des programmes de SMR ?
- Comment l'apprentissage sur les SMR devrait-il être structuré et diffusé régulièrement ?
- Quelles sont les réalisations et les réussites des approches du programme de SMR ?
- Que peut-on apprendre sur les indicateurs de SMR et des mauvais traitements et sur la mesure et l'utilisation régulières de ces indicateurs pour informer la mise en œuvre du programme, y compris les

corrections de trajectoire si nécessaire ? Que peut-on apprendre sur l'intégration de méthodes qualitatives dans le suivi du programme pour soutenir les adaptations du programme en temps réel sur la base du vécu, des priorités et des besoins des parties prenantes locales (femmes, familles, agents de santé).

En raison de la base de données probantes limitée pour la mise en œuvre et le suivi des interventions de SMR dans le cadre de programmes complets de SMN opérant à l'échelle, un plan concret de suivi et de documentation du programme doit être développé pour faciliter la correction de trajectoire en temps réel et pour soutenir la diffusion régulière de l'apprentissage aux parties prenantes locales et mondiales. Plusieurs ressources peuvent aider les responsables de programmes à développer un plan de documentation solide pour soutenir l'analyse et l'adaptation régulières des interventions du programme, l'apprentissage et la diffusion parmi les parties prenantes locales et mondiales.

Les normes de notification relatives aux programmes pour la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (OMS, 2017) constituent l'une de ces ressources. Ces normes fournissent des directives pour l'établissement de rapports complets et précis sur la conception, la mise en œuvre et les processus de suivi et d'évaluation des programmes de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent. Les normes de notification peuvent être utilisées par les responsables de la mise en œuvre des programmes ou les chercheurs de manière prospective pour guider la notification d'un programme tout au long de son cycle de vie, ou de manière rétrospective pour décrire ce qui a été fait, quand, où, comment et par qui.

Une autre ressource développée par MCSP qui peut être utile aux gestionnaires de programmes fournit une approche systématique pour documenter et comprendre comment les interventions sont conçues, mises en œuvre et exploitées dans un contexte spécifique. [The Quick User's Guide](#) (Guide d'utilisateur rapide-documentation des processus du programme (DPP) fait partie d'une [trousse à outils plus large](#) et décrit les outils de planification, de collecte, de synthèse, d'organisation et de présentation des données de DPP pour un programme de santé publique mis en œuvre ou à l'échelle. Le but de l'approche DPP est de produire des preuves qui :

- Soutiennent les efforts de mise à l'échelle et de transfert de programmes réussis dans différents contextes ;
- Facilitent l'apprentissage des programmes en temps réel pour les projets au cours du cycle du projet, ce qui permet d'identifier les goulots d'étranglement et de suivre toutes les adaptations du programme et les conséquences involontaires ;
- Aident à interpréter les résultats, par exemple ce qui a marché ou non et comment et pourquoi cela a marché ou non, ce qui permet de formuler des recommandations pour l'amélioration du programme.

Journées portes ouvertes de la maternité

Les journées portes ouvertes de la maternité offrent aux femmes enceintes et à leur famille l'occasion d'interagir avec les prestataires de santé et de visiter la maternité afin de démystifier les pratiques d'accouchement et d'atténuer toute crainte concernant l'accouchement dans un établissement de santé . Les journées portes ouvertes de la maternité sont conçues pour :

- promouvoir la compréhension mutuelle entre les membres de la communauté et les prestataires de services
- améliorer les connaissances et démystifier les procédures pendant le travail, l'accouchement et la période postnatale immédiate.

Source : Population Council Brief, Maternity Open Days (Population Council/TRAction, 2015).

Documentation des processus de programme

La documentation des processus du programme (DPP) est une approche structurée et systématique permettant au personnel du projet et aux autres parties prenantes d'évaluer et de documenter les interventions exactement telles qu'elles ont été mises en œuvre, ainsi que les processus de mise en œuvre (c'est-à-dire la description des activités et la manière dont elles ont été mises en œuvre), les changements contextuels comprenant les événements clés et les actions mises en œuvre dans des contextes spécifiques pour atteindre les résultats souhaités. Grâce au DPP, les équipes du programme développent et révisent régulièrement une description des détails du processus - qui, quoi, comment et pourquoi - de toutes les activités du programme.

Source : DPP Guidance Manual

La documentation du programme doit évaluer la fidélité du programme aux interventions prévues : le programme a-t-il été mis en œuvre comme prévu sur la base de la théorie du changement du programme, ou y a-t-il eu des changements importants dans les activités prévues ? Il est important de documenter tout écart par rapport à ce qui était prévu, ainsi que les raisons de ces changements, afin d'aider à générer et à diffuser l'apprentissage parmi les parties prenantes locales et mondiales sur ce qui a marché et n'a pas marché et pourquoi.

Les matériels de diffusion du programme doivent être conçus pour répondre aux priorités et aux besoins d'information des principales parties prenantes et des décideurs. Au cours de la phase de conception du programme, l'équipe et les partenaires du programme doivent identifier les besoins d'information prioritaires des principales parties prenantes et élaborer un plan de documentation et de diffusion du programme qui réponde à ces besoins d'information (par exemple, les décideurs, les gestionnaires de programmes). Le programme doit identifier et utiliser intentionnellement les formats de communication qui résonneront avec les principales parties prenantes. Certaines parties prenantes préféreront lire un court résumé ou assister à une présentation interactive des résultats du programme, tandis que d'autres préféreront un article de journal ou un rapport plus long contenant des informations détaillées sur les activités et les résultats du programme. D'autres encore préféreront une vidéo ou entendre la voix des participants et des bénéficiaires du programme. Les activités de formation et de diffusion doivent être clairement définies et budgétisées.



Une sage-femme tient la main d'une femme en travail dans un hôpital de Gusau, au Nigeria. Photo : Karen Kasmauski/MCSP

Au cours de la dernière décennie, la communauté mondiale de la santé maternelle et néonatale a assisté à une expansion rapide du plaidoyer, de la recherche et de la mise en œuvre de programmes visant à améliorer l'expérience des femmes et des nouveau-nés en matière de soins lors de l'accouchement dans un établissement de santé, ainsi que l'expérience des agents de santé en matière de prestation de soins. Ceux qui s'intéressent aux SMR sont passés d'une petite communauté d'intérêt avec une poignée de parties prenantes à un mouvement universel avec de multiples organisations travaillant sur cette question sur six continents. En attirant l'attention sur le vécu des femmes et des familles en matière de soins pendant le moment critique de l'accouchement dans le cycle de la vie humaine, de nombreuses personnes, organisations et gouvernements ont relevé le défi de veiller à ce que toutes les femmes et tous les nouveau-nés reçoivent des soins avec compassion et respect lors de l'accouchement, en tant que droit humain fondamental. Nous espérons que ces directives opérationnelles pourront aider les responsables de la mise en œuvre des programmes de SMN et les parties prenantes alliées à mettre en place un apprentissage essentiel pour réaliser cet engagement envers les femmes et les nouveau-nés.

Références

- Abuya T, Warren C, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, Mbehero F, Njeru A, Bellows B. 2015a. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One* DOI: 10.1371/journal.pone.0123606.
- Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, Warren C. 2015b. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15:224.
- Afulani, PA, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M. 2017. Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population. *Reprod Health* 2017 Sep 22; 14(1):118. DOI: 10.1186/s12978-017-0381-7.
- Afulani PA, Diamond-Smith N, Phillips B, Singal S, Sudinharaset M 2018. Validation of the person-centered maternity care scale in India. *Reproductive Health*, 15:147; <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0591-7>.
- Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA 2019. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e96–109.
- Anderson, A. 2005. The community builder's approach to theory of change: a practical guide to theory development. The Aspen Institute Roundtable on Community Change.
- Arnold R, van Teijlingen E, Ryan K, Holloway I. 2014. Understanding Afghan healthcare providers: a qualitative study of the culture of care in a Kabul maternity hospital. *BJOG* 2014; DOI: 10.1111/1471-0528.13179.
- Asefa, A, Bekele, D. 2015. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* 2015; 12:33; DOI: 10.1186/s12978-015-0024-9.
- Asefa, A, Bekele, D, Morgan A, Kermode M. 2018. Service Providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility-based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health*; 15:4.
- Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, Soumah AM, Vogel JP, Bohren M.A. 2017a. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reprod Health* 2017 14:3. DOI: 10.1186/s12978-016-0266-1.
- Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS et al. 2017b. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reproductive Health*, Jan 13;14(1):4. Doi: 10.1186/s12978-016-0262-5.
- Bardach, E. 2012. A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving Fourth Edition. Sage/ CQ Press, Thousand Oaks, CA, USA.
- Beebe J. 2001. Rapid Assessment Process: An Introduction. Walnut Creek, CA: Altamira Press. Volume 3, No. 4, Art. 33.
- Bohren MA, Vogel J, Hunter E, Lutsiv O, Makh S, Souza J, Aguiar C, et al. 2015. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bohren MA, Vogel J, Tunçalp O, Fawole B, Titiloye M, Olutayo A, Oyeniran A, et al. 2016. “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM-Population Health* 2 (2016) 640–655.

- Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E. et al. 2019. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, Volume 394, Issue 10210, P1750-1763, November 09, 2019.
- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Fawole, B. et al. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Med Res Methodol* 18, 132 (2018) doi:10.1186/s12874-018-0603-x.
- Bowser D, Hill K. 2010. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Washington: USAID.
- CARE Malawi. 2013. The Community Score Card (CSC): A generic guide for implementing CARE's CSC process to improve quality of services. Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.
- Carquillat P, Venditelli F, Perneger T, Guittier MJ, 2017. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:279. DOI 10.1186/s12884-017-1462-x.
- Cindoglu D, Unal D. 2017. Gender and sexuality in the authoritarian discursive strategies of 'New Turkey.' *European Journal of Women's Studies* 24 (1): 39-54, <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1350506816679003>.
- D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. 2002. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. May 11;359 (9318):1681-5.
- Donabedian A. 1980. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev.* 37: 653-698.
- Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M and Gulmezoglu AM. 2018. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE* 13(4): e0194906, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Filby A, McConville F, Portela A. 2016. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low- and middle-income countries from the provider perspective. *PloS One*, May 2.
- Fogarty L, Johnson P, Bluestone J, Drake M, Rawlins B, Fullerton J. 2012. The health impacts of pre-service education: An integrative review and evidence-based conceptual model. Baltimore, Jhpiego.
- Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwigwa C, Warren C, Kujawski S, Moyo W, Kruk M, Mbaruku G. 2014. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ.* 92(12): 915-917.
- Ganle JK, Parker M, Fitzpatrick R, Otopiri E. 2014. A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14: 425, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307897>.
- Ishola F, Owolabi O, Filippi V. 2017. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLOS One*, 12(3): e0174084.
- J. F. Jensen, T. Thomsen, D. Overgaard, M. H. Bestle, D. Christensen, I. Egerod, 2015. Impact of follow-up consultations for ICU survivors on post-ICU syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, Volume 41, Issue 5, pp 763–775.
- Jewkes R, Penn-Kekana L. 2015. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Medicine.* 12(6):e1001849.
- Jha P, Larsson M, Christensson K, Svanberg AS. 2017. Satisfaction with childbirth services provided in public health facilities: results from a cross-sectional survey among postnatal women in Chhattisgarh, India. *Global Health Action*; 10(1): 1386932. DOI: 10.1080/16549716.2017.1386932.
- Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman L. 2014. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan* doi: 10.1093/heapol/czu079.

- Kujawski SA, Freedman LP, Ramsey K., Mbaruku G, Mbuyita S, Moyo W, et al. 2017. Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga Region, Tanzania: A comparative before-and-after study. *PLoS Med.* 14(7): e1002341. Doi.org/10.1371/journal.pmed.1002341.
- Mack M, Woodsong C, MacQueen KM, Guest G, Namey E. 2005. *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*, Family Health International, Research Triangle Park, NC.
- Magoma M, Requejo J, Campbell OM, Cousens S, Filippi V. 2010. High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 10:13. ISSN 1471-2393 DOI:10.1186/1471-2393-10-13, <https://researchonline.lshtm.ac.uk/3895/1/1471-2393-10-13.pdf>
- Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), 2015. Mozambique: Final Report April 12, 2011–June 30, 2015.
- Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP), 2015. Respectful Maternity Care: A Field Aspiration.
- Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) and Maternal Child Survival Program (MCSP), 2015. A Review of the Maternal and Newborn Health Content of National Health Management Information Systems in 13 Countries in Sub-Saharan Africa and South Asia.
- Maya ET, Adu-Bonsahoff K, Dako-Gyeke P, Badzi C, Vogel JP, Bohren MA et al. 2018. Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. *Reproductive Health Matters*, 26:53, 70-87, DOI: 10.1080/09688080.2018.1502020
- Montesinos-Segura, R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez Ninanqui FW, et al. 2017. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynecol Obstet* DOI: 10.1002/ijgo.12353.
- Moran AC, Jolivet RR, Chou D, Dalglish SL, Hill K, Ramsey K et al. 2016. A common monitoring framework for ending preventable maternal mortality, 2015–2030: phase I of a multi-step process. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:250. DOI 10.1186/s12884-016-1035-4.
- Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. 2014. 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery* 30(2):262–268.
- Moyer CA, Rominski S, Nakua EK, Dzomeku VM, Agyei-Baffour P, Lori JR. 2016. Exposure to disrespectful patient care during training: Data from midwifery students at 15 midwifery schools in Ghana. *Midwifery* 41(10): 39-44.
- Mselle LT, Moland KM, Mvungi A, Evjen-Olsen B, Kohi TW. 2013. Why give birth in health facility? Users' and providers' accounts of poor quality of birth care in Tanzania. *BMC Health Services Research* 13:174, <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-174>.
- Ndwiga C, Warren C, Abuya T, Kanya L, Maranga A, Ochieng C, Wanjala M. et al. 2014. Respectful Maternity Care Resource Package: Facilitator's Guide. New York, Population Council.
- Ndwiga C, Warren C, Ritter J, Sripad P, Abuya T et al. 2017. Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya: "Work with what you have." *Reproductive Health* 14:99; <http://doi.org/10.1186/s12978-017-0364-8>.
- Nilver H, Begley C, Berg M 2017. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17:203.
- OECD/Development Assistance Committee. 2002. Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management. Paris, France. <https://www.oecd.org/dac/evaluation/2754804.pdf>.
- Okafor II, Ugwu EO, and Obi SN. 2015. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet* 128:110–113.

- Paul S. Holding the State to Account: Citizen Monitoring in Action. Bangalore, India: Public Affairs Centre, 2002. http://www.pafglobal.org/about-us/publications/Lessons_BRCs_7Oct05.pdf.
- Perrin B .2012. Linking Monitoring and Evaluation to Impact Evaluation. Impact Evaluation Notes. No. 2. InterAction and Rockefeller Foundation. Washington DC. <https://www.interaction.org/sites/default/files/Linking%20Monitoring%20and%20Evaluation%20to%20Impact%20Evaluation.pdf>.
- Population Council/TRAction. 2015. “Maternity Open Days: Clarifying misconceptions about childbirth.” Promoting Respectful Maternity Care Resource Package.
- Rahmani Z, Brekke M. 2013. Antenatal and obstetric care in Afghanistan – a qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC Health Services Research* 13:166, <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-166>.
- Raj A, Dey A, Boyce S, Seth A, S Bora, D Chandurkar et al. 2017. Associations Between Mistreatment by a Provider during Childbirth and Maternal Health Complications in Uttar Pradesh, India. *Maternal and Child Health Journal*, 21: 1821. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2298-8>.
- Rani M, Bonu S, Diop-Sidibe N. 2004. An empirical investigation of attitudes towards wife-beating among men and women in seven sub-Saharan African countries. *African Journal of Reproductive Health*, 8 (3) (2004).
- Ratcliffe H, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP . 2016a. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reproductive Health* 13:79.
- Ratcliffe H, Sando D, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. 2016b. Applying a participatory approach to the promotion of a culture of respect during childbirth. *Reproductive Health* 13:80.
- Reis V, Deller B, Carr C, Smith J. 2012. Respectful maternity care: country experiences. Survey Report. Washington DC: United States Agency for International Development.
- Rominski-DS, Lori J, Nakua E, Dzomeku V, Moyer C. 2016. “When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out”: Justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy and Planning* Mar 1;32(2): 215-224.
- Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca J, Bazant ES, Bartlett LA, and on behalf of the Quality of Maternal and Newborn Care Study Group of the Maternal and Child Health Integrated Program. 2015. Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15:306, <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0728-4>.
- Sacks, Emma. 2017. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reproductive Health* 14, Article number: 66 (2017).
- Salgado M, Wendland M, Rodriguez D, Bohren MA, Oladapo OT, Ojelade OA et al. 2017a. Using a service design model to develop the "Passport to Safer Birth" in Nigeria and Uganda. *Int J Gynaecol Obstet*. Dec; 139 Suppl 1:56-66. Doi: 10.1002/ijgo.12381. Epub 2017 Dec 7.
- Salgado M, Wendland M, Rodriguez D, Bohren MA, Oladapo OT, Ojelade OA et al. 2017b. A service concept and tools to improve maternal and newborn health in Nigeria and Uganda. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017 Dec; 139 Suppl 1:67-73. Doi: 10.1002/ijgo.12382. Epub 2017 Dec 7.
- Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman, LP, Kujawski S et al. 2017. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility-based childbirth: lessons learned. *Reproductive Health* (2017) 14:127 DOI 10.1186/s12978-017-0389-z.
- Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, Emil F, Chalamilla G, Langer A. 2014. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: Are women living with HIV more vulnerable? *J Acquir Immune Defic Syndr* 67(4):S228–34.

- Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, Emil F, Nell Wegner M, Chalamilla G, Langer A. 2016. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania, *BMC Pregnancy and Childbirth* 16:236.
- Sethi R, Gupta S, Oseni L, Mtimuni A, Rashidi T, Kachale F. 2017. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. *Reprod Health*; 14:111. Doi: 10.1186/s12978-017-0370-x.
- Sheferaw ED, Mengesha TZ, Wase SB. 2016. Development of a tool to measure women's perception of respectful maternity care in public health facilities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1) p. 67.
- Smith L. 2001. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care* 10:17–22. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, et al. 2015. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO Vision. *BJOG* 122(8):1045–9.
- Vastine A, Gittelsohn G, Ethelbah, B, Anliker J, Caballero B. 2005. Formative research and stakeholder participation in intervention development. *Am J Health Behav.* 29(1): 57-69.
- Vedam S, Stollb K, Rubashkinc N, Martina K, Miller-Vedame Z, Hayes-Kleine H, Jolicoeurf G, and the CCinBC Steering Council. The Mothers on Respect (MOR) index: measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM - Population Health* 3 (2017) 201–210.
- Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp O, Oladapo OT, Adanu RM, Balde MD, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries - phase 1 formative research study protocol. *Reprod Health.* 2015; 12:60.
- Warren C, Ndwiga C, Sripad P, Medich M, Njeru A, Maranga A et al. 2017. Sowing the seeds of transformative practice to actualize women's rights to respectful maternity care: reflections from Kenya using the consolidated framework for implementation research. *BMC Women's Health* 17:69.
- Warren C, Njuki R, Abuya T, Ndwiga C, Maingi G, Serwanga J, Mbehero F, et al. 2013. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* 13:21.
- Wassihun B, Zeleke S 2018. Compassionate and respectful maternity care during facility-based child birth and women's intent to use maternity service in Bahir Dar, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18:294.
- White Ribbon Alliance. 2011. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. White Ribbon Alliance, Washington, DC. http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf.
- White Ribbon Alliance. 2019. Respectful Maternity Care Charter: Universal Rights of Women and Newborns. White Ribbon Alliance, Washington, DC.
- Organisation mondiale de la Santé. 2001. Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Department of Gender and Women's Health Family and Community Health, <http://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf>.
- Organisation mondiale de la Santé. 2005. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. 2014. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva, WHO.
- Organisation mondiale de la Santé. 2015. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva, WHO.

Organisation mondiale de la Santé. 2016a. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, WHO. February.

Organisation mondiale de la Santé. 2016b. Midwives' voices, midwives' realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva, WHO.

Organisation mondiale de la Santé. 2016c. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva, WHO.

Organisation mondiale de la Santé. 2017. Programme reporting standards for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health.

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: Organisation mondiale de la Santé; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organisation mondiale de la Santé. Updated 2019. Quality of Care for Maternal and Newborn Health: A Monitoring Framework for Network Countries.

Autres ressources

(Celles-ci incluent des références pertinentes pour la promotion des SMR et les efforts de réduction des mauvais traitements qui n'ont pas été directement référencées dans ce document.)

Abuya T, Sripad P, Ritter J, Ndwiga C and Warren C. 2018. Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. *Reproductive Health Matters*, 26:53, 48-61, DOI: 10.1080/09688080.2018.1502018.

Afaya A, Yakong VN, Afaya RA, Salia SM, Adatara P, Kuug AK et al. 2018. A Qualitative Study on Women's Experiences of Intrapartum Nursing Care at Tamale Teaching Hospital (TTH), Ghana. *Journal of Caring Sciences* 6(4):303-314; DOI:10.15171/jcs.2017.029.

Altahir A, Alaal AA, Mohammed A, Eltayeb D. 2018. Proportion of Disrespectful and Abusive Care during Childbirth among Women in Khartoum State-2016. *American Journal of Public Health Research*. 6(6), 237-242. DOI: 10.12691/ajphr-6-6-1.

Afulani PA, Aborigo RA, Walker D, Moyer CA, Cohen S, and Williams J. 2019. Can an integrated obstetric emergency simulation training improve respectful maternity care? Results from a pilot study in Ghana. *Birth*, Jan 24. doi: 10.1111/birt.12418.

Alzyoud F, Khoshnood K, Alnatour A, Oweis A. 2018. Exposure to verbal abuse and neglect during childbirth among Jordanian women. *Midwifery* 2018; <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.008>.

Asefa A, Bekele D, Morgan A, Kermodé M. 2018. Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility-based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* 2018; 15:4; <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0449-4>.

Austad K, Chary A, Martinez B, Juarez M, Martin Y J, Ixen EC et al. 2017. Obstetric care navigation: a new approach to promote respectful maternity care and overcome barriers to safe motherhood. *Reproductive Health* (2017) 14:148. DOI 10.1186/s12978-017-0410-6.

Banks, KP, Karim AM, Ratcliffe HL, Betemariam W, Langer A. 2017. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health Policy and Planning*, czx180, <https://doi.org/10.1093/heapol/czx180>.

Betron ML, McClair TL, Currie S, Bannerjee J. 2018. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reprod Health*. 15:143. doi: 10.1186/s12978-018-0584-6.

- Bohren MA, Hunter E, Munthe-Kaas H, Souza J, Vogel J, Metin Gülmezoglu A. 2014. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 11:71.
- Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO et al. 2017. Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. *Reprod Health*, Jan 17;14(1):9. Doi: 10.1186/s12978-016-0265-2.
- Bohren MA, Vogel JP, Fawole B, Maya ET, Maung TM, Balde MD et al. 2018. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Medical Research Methodology*, 18:132. Doi.org/10.1186/s12874-018-0603-x
- Boulkedid R, Alberti C, Sibony O. 2013. Quality indicator development and implementation in maternity units. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 27(4):609-19.
- Castro A, and Savage B 2018. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- Colley S, Kao CH, Gau M, and Cheng SF 2018. Women's perception of support and control during childbirth in The Gambia, a quantitative study on dignified facility-based intrapartum care. *BMC Pregnancy and Childbirth*,18:413, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2025-5>.
- Devkota HR, Clarke A, Murray E, Groce M. 2017. Do experiences and perceptions about quality of care differ among social groups in Nepal? : A study of maternal healthcare experiences of women with and without disabilities, and Dalit and non-Dalit women. *PLoS ONE* 12(12): e0188554, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188554>.
- Downe, S, 2019. Focusing on what works for person-centered maternity care. *The Lancet Global Health*, Volume 7, Number 1,e1-e159, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30544-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30544-8).
- Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. 2018. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive Health* 15:23 DOI 10.1186/s12978-018-0466-y.
- Dullo AG, Hailemariaum NW, Fulasa TB, Feyissa DW, Tessema TT, Debela FA et al. 2019. Respectful maternity care: a qualitative study on the experience of health providers in public health facilities of North Shewa Zone, Oromia, Ethiopia. *The Ethiopian Journal of Reproductive Health*, Vol 11 No 1: January Issue.
- Dynes MM, Binzen S, Twentyman E, Nguyen H, Lobis S, Mwakatundu N et al. 2018. Client and provider factors associated with companionship during labor and birth in Kigoma Region, Tanzania. *Midwifery*, Volume 69, February 2019, Pages 92-101, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.002>
- Dzomeku VM, Van Wick B, Knight L and Lori JR. 2018. Determinants of satisfactory facility-based care for women during childbirth in Kumasi, Ghana. *International Journal of Nursing and Midwifery*, Vol. 10(4), pp. 33-40, April. DOI: 10.5897/IJNM2018.0306
- Erchafo B, Alaro T, Tsega G, Adamu A, Yitbarek K, Siraneh Y et al. 2018. Are we too far from being client centered? *PLoS ONE* 13(10): e0205681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205681>.
- Fessiha G, Berhane Y, and Worku A. 2019. Quality of intrapartum and newborn care in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:37, <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2184-z>.
- Freedman LP, Kruk ME. 2014. Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet* 384:e42-4.
- Gebremichael MW, Worku A, Medhanyie AA, Edin K, and Berhane Y 2018. Women suffer more from disrespectful and abusive care than from the labour pain itself: a qualitative study from Women's perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:392, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2026-4>.

- Hussein S, Hons MN, Dahlen HG, Ogunsiyi O, Schmied V, 2017. Women's experiences of childbirth in Middle Eastern countries: A narrative review. *Midwifery* 2017 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.010>.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics; International Confederation of Midwives; White Ribbon Alliance; International Pediatric Association; Organisation mondiale de la Santé; International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2014. Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet* 128(2): 95–9.
- Ijadunola MY, Olotu EA, Oyedun OO, Eferakeya SO, Ilesanmi FI, Fagbemi AT et al. 2019. Lifting the veil on disrespect and abuse in facility-based child birth care: findings from South West Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:39, <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2188-8>.
- John TW, Mkoka DA, Frumence G and Goicolea I. 2018. An account for barriers and strategies in fulfilling women's right to quality maternal health care: a qualitative study from rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:352, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1990-z>.
- Kabakian-Kasholian T, Bashour H, El-Nemer A, Kharouf M, Elsheik O and Labour Companionship Group 2018. Implementation of a labour companionship model in three public hospitals in Arab middle-income countries. *Acta Paediatr*, Dec;107 Suppl 471:35-43. doi: 10.1111/apa.14540.
- Karanja S, Gichuki R, Igunza P, Muhula S, Ofware P, Lesiamon J, Leshore L et al. 2018. Factors influencing deliveries at health facilities in a rural Maasai Community in Magadi sub-County, Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18:5, <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1632-x>.
- Lambert J, Etsane E, Bergh EM, Pattinson R, and Van den Broek N. 2018. 'I thought they were going to handle me like a queen but they didn't': A qualitative study exploring the quality of care provided to women at the time of birth. *Midwifery*, Volume 62, 256 – 263. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.007>.
- Lancet* Midwifery Series, 2014. Volume 384, No. 9948.
- Mafuta E, Buning T, Lolobi DL, Mayala PM, Mambu TMN, Kayembe PK et al. 2018. Factors influencing the capacity of women to voice their concerns about maternal health services in the Muanda and Bolenge Health Zones, Democratic Republic of the Congo: a multi-method study. *BMC Health Services Research* 18:37, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2842-2>.
- Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M, eds. 2002. *Quality indicators for general practice*. London: Royal Society of Medicine.
- McCauley M, Danna VA, Mrema D, and Van den Broek N. 2018. "We know it's labour pain, so we don't do anything": healthcare provider's knowledge and attitudes regarding the provision of pain relief during labour and after childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18:444, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2076-7>.
- McMahon SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpembeni RN, Winch PJ. 2014. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 14:268.
- McMahon SA, Mnzava RJ, Tibaijuka G, Currie S. 2018. The "hot potato" topic: challenges and facilitators to promoting respectful maternal care within a broader health intervention in Tanzania. *Reprod Health*. 15:153. doi: 10.1186/s12978-018-0589-1.
- Mesenberg MA, Victoria CG, Serruya SJ, Ponce de Leon R, Damaso AH, Domingues MR et al. 2018. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive Health*, 15:54, <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>
- Morgan R, Tetui M, Kananura RM, Ekirapa-Kiracho E, George AS. 2017. *Health Policy and Planning*, Volume 32, Issue suppl_5, 1 December 2017, Pages v13–v21, <https://doi.org/10.1093/heapol/czx011>.
- Mukamurigo J, Dencker A, Ntaganira J, Berg M. 2017. The meaning of a poor childbirth experience – A qualitative phenomenological study with women in Rwanda. *PLoS ONE* 12(12): e0189371, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189371>.

- Munawar A, Hassan ZU, Ayub A, Shaikh BT, Buriro NA, Ahmed F et al. 2017. Womens perceptions about quality of maternity care at tertiary care hospital Karachi, Pakistan. *Pakistan Journal of Public Health* [S.l.], v. 7, n. 2, p. 109-112, November 2017. ISSN 2226-7018, <https://www.pjph.org/index.php/pjph/article/view/46>.
- O'Connor M, McGowan K, Jolivet RR. 2019. An awareness-raising framework for global health networks: lessons learned from a qualitative case study in respectful maternity care. *Reproductive Health*, 16:1, <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0662-9>.
- Oladapo OT, Bohren MA, Fawole B, Mugerwa K., Ojelade OA, Titiloye MA. 2017. Negotiating quality standards for effective delivery of labor and childbirth care in Nigeria and Uganda. *Int J Gynecol Obstet*, 139: 47–55. doi:10.1002/ijgo.12398.
- Oluoch-Aridi J, Smith-Oka V, Milan E, Dowd R, 2018. Exploring mistreatment of women during childbirth in a peri-urban setting in Kenya: experiences and perceptions of women and healthcare providers. *Reprod Health*. Dec17;15(1):209. doi: 10.1186/s12978-018-0643-z. Paulino MA, Vazquez MA, and Bolumar F 2018. Indigenous language and inequitable maternal healthcare, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. *Bulletin of the WHO*, Article ID: BLT.18.216184.
- Rubashkin N, Warnock R, and Diamond-Smith N. 2018. A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery. *Reproductive Health*, 15:169, <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0588-2>
- Savage V, Castro A. 2017. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health* (2017) 14:138 DOI 10.1186/s12978-017-0403-5.
- Saxena M, Srivastava A, Dwivedi P, and Bhattacharyya S. 2018. Is quality of care during childbirth consistent from admission to discharge? A qualitative study of delivery care in Uttar Pradesh, India. *PLoS ONE* 13(9): e0204607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204607>.
- Sethi R, Gupta S, Oseni L, Mtimuni A, Rashidi T, Kachale F. 2017. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. *Reprod Health*. 14:111. doi: 10.1186/s12978-017-0370-x.
- Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi et al. 2017. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *Bjog* 2017 DOI: 10.1111/1471-0528.15015.
- Sharma G, Penn-Kakana L, Halder K, and Filippi V. 2019. An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reproductive Health*, 16:7, <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0668-y>.
- Shimoda K, Horiuchi S, Leshabari S, Shimpuku Y. 2017. Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reproductive Health* 15:8, <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0447-6>.
- Taavoni S, Goldani Z, Gooran NR, and Haghani H. 2018. Development and Assessment of Respectful Maternity Care Questionnaire in Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(4):334-349.
- Wesson J, Hamunime N, Viadro C, Carlough M, Katjuanjjo J, McGuide P. et al. 2018. Provider and client perspectives on maternity care in Namibia: results from two cross-sectional studies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:363, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1999-3>.

Annexe I. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux et chartes de qualité de l'OMS

Standards : expérience des soins	Chartes de qualité
Standard 4 : La communication avec les femmes et leur famille est effective et répond aux besoins et aux préférences des intéressés.	4.1 : Toutes les femmes et leur famille ou le compagnon de leur choix reçoivent des informations sur les soins et ont de véritables rapports avec le personnel.
	4.2 : Toutes les femmes et leur famille ou le compagnon de leur choix bénéficient de soins coordonnés et d'un échange d'informations claires et précises avec les professionnels de la santé et ceux chargés de la prise en charge sociale.
Standard 5 : Les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins dans le respect et le maintien de leur dignité.	5.1 : L'intimité de toutes les femmes et nouveau-nés pendant la période périnatale est respectée, et la confidentialité est assurée.
	5.2 : Aucune femme, aucun nouveau-né n'est victime de maltraitance tel que violence physique, sexuelle ou verbale, de discrimination, de privation de soins, de détention, d'extorsion ou de refus de prestation de services.
	5.3 : Les services dont bénéficient les femmes font l'objet de choix et les motifs des interventions et leur résultat sont clairement expliqués.
Standard 6 : Chaque femme et sa famille bénéficient d'un soutien psychologique adapté à leurs besoins et qui renforce les capacités des femmes.	6.1 : Chaque femme a la possibilité d'être accompagnée par la personne de son choix pendant la phase de travail et l'accouchement
	6.2 : Chaque femme bénéficie d'un soutien pour renforcer ses capacités pendant l'accouchement.

Annexe 2. Types de mauvais traitements et facteurs sélectionnés

(Ces éléments sont basés sur la classification de Bohren et al., 2015.)

Type de mauvais traitement	Facteurs de mauvais traitements sélectionnés et exemples illustratifs.
Abus physique <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de la force Contrainte physique 	Déséquilibre de pouvoir (agents de santé, clientes) ; contrôle des femmes pour forcer la conformité <ul style="list-style-type: none"> Conviction des prestataires que la force physique est une « nécessité » pour assurer la conformité et de bons résultats en matière d'accouchement ; croyance qu'ils ont été « forcés par les circonstances » (Bohren et al. 2015). Des infirmières et des sages-femmes d'Afrique du Sud et du Cambodge ont confirmé le besoin de recourir à l'agression physique pour faire face à la colère ou à la frustration d'une femme non conforme (Bohren et al. 2015).
Abus sexuel <ul style="list-style-type: none"> Abus sexuel 	Pouvoir et contrôle <ul style="list-style-type: none"> Viol et « abus sexuel par un agent de santé, » auto déclaration de la femme lors de l'entretien de sortie et auto-déclarations de la femme lors du suivi (Kruk et al. 2014). Abus sexuel par un agent de santé, auto-évaluation de la femme lors de la visite de vaccination à la 6e semaine du post-partum (Okafor et al. 2015).
Violence verbale <ul style="list-style-type: none"> Langage dur Menaces et reproches 	Déséquilibre de pouvoir ; « altérité » <ul style="list-style-type: none"> « L'autorité hiérarchique dans le système de santé » légitime le contrôle des agents de santé sur les femmes (Bohren et al. 2015). La croyance du prestataire qu'un tel comportement est une pratique nécessaire pour avoir un résultat sûr pour le bébé (Bohren et al. 2016.).
	Dotation inadéquate en personnel/longues heures de travail ; détresse morale/épuiement. <ul style="list-style-type: none"> Agents « débordés, fatigués ou surmenés » (Bohren et al. 2015).
	Inégalité de genre et violence structurelle fondée sur le genre <ul style="list-style-type: none"> Certaines clientes sont perçues comme étant « agressives et arrivent prêtes à la confrontation. » Lorsque les sociétés acceptent et tolèrent la violence à l'égard des femmes, l'éradication est complexe, car les personnes qui commettent des abus peuvent ne pas reconnaître leurs actions comme abusives (Rani et al. 2004).
	Mauvais traitements infligés aux agents de santé (par des clients, d'autres agents de santé) <ul style="list-style-type: none"> Plus de la moitié des agents de santé interrogés dans le cadre d'une étude menée en Éthiopie ont déclaré avoir subi un manque de respect ou des mauvais traitements sur leur lieu de travail (Asefe, 2017).

Type de mauvais traitement	Facteurs de mauvais traitements sélectionnés et exemples illustratifs.
<p>Stigmatisation et discrimination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discrimination fondée sur les caractéristiques sociodémographiques • Discrimination fondée sur l'état de santé 	<p>Stigmatisation sociale des populations marginalisées (par exemple, les adolescents, les minorités ethniques/raciales, les femmes handicapées) ; maintien des hiérarchies (sociales, économiques, autres)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans les milieux où la hiérarchie sociale est rigide, les tâches subalternes associées à la prestation de bons soins aux femmes peuvent être considérées comme des activités inférieures, et donc ne pas être valorisées par les professionnels de la santé (D'Oliveira et al. 2002). Cela peut conduire à des comportements tels que des sages-femmes demandant aux femmes de nettoyer après leur accouchement (Moyer et al. 2016). • Des femmes ont indiqué s'être senties honteuses de la part d'agents de santé qui leur ont fait des commentaires inappropriés concernant leur activité sexuelle. Les adolescentes ou les femmes célibataires peuvent être victimes de commentaires insensibles plus fréquemment, car de nombreuses communautés considèrent que la grossesse et l'accouchement ne sont appropriés que dans le cadre de relations conjugales (Bohren et al. 2015). • Dans une étude, des femmes atteintes d'une fistule obstétricale qui ont accouché dans un hôpital municipal urbain de Dar es Salaam ont raconté s'être senties mal accueillies par le personnel de santé et ont déclaré avoir subi un abandon ainsi que des violences physiques et verbales pendant le travail et l'accouchement (Sando et al. 2016).
<p>Non-respect des normes professionnelles de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de consentement éclairé et de confidentialité • Examens physiques et procédures • Négligence et abandon 	<p>Absence d'éthique professionnelle et de normes explicites - politiques/formation/application</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'Oliveira a rapporté l'expérience d'étudiants témoins de mauvais traitements infligés à des femmes par un résident et la façon dont ils les ont modélisés, suggérant qu'il est important de se concentrer au-delà de la cause immédiate des mauvais traitements, d'améliorer l'enseignement de l'éthique professionnelle et de travailler à produire des prestataires de santé respectueux (D'Oliveira et al. 2002). <p>Pouvoir et contrôle ; punition pour le non-respect des règles par les femmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires ne se sentent pas obligés de fournir des soins lorsque les femmes sont « non conformes » (revues mondiales). • Les prestataires et les femmes peuvent considérer que les mauvais traitements sont justifiables, par exemple lorsque les femmes crient ou ne se conforment pas aux demandes d'un prestataire (Bohren et al. 2016). • Les prestataires blâment couramment la « désobéissance et le manque de coopération » d'une femme pendant le travail et l'accouchement pour son expérience de mauvais traitements (Bohren et al. 2016). <p>Système de santé inadéquat (personnel, fournitures, etc.) ; détresse morale/épuisement des prestataires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestataires surchargés de travail (point de vue des femmes, McMahon et al. 2014). • Dans une maternité en Afghanistan, la négligence et les soins sous-optimaux n'étaient probablement pas délibérés, mais résultaient de priorités contradictoires, de la lourde charge de travail, de compétences cliniques insuffisantes (Arnold et al. 2014). <p>Culture médicale/socialisation des étudiants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au cours de leur formation de base, les étudiants sont souvent témoins de soins conformes aux normes professionnelles et, à leur tour, ils copient ce comportement.

Type de mauvais traitement	Facteurs de mauvais traitements sélectionnés et exemples illustratifs.
Mauvais rapport entre les femmes et les prestataires <ul style="list-style-type: none"> • Communication inefficace • Manque de soins de soutien • Perte d'autonomie 	Peur de perdre la face ; peur d'être tenu responsable ou d'être accusé d'un mauvais résultat. <ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires peuvent craindre d'être humiliés en public ou d'être blâmés pour une erreur professionnelle ou de perdre leur emploi et les conséquences pour eux-mêmes et leur famille. Dans une culture de la peur et du blâme, « survivre pourrait signifier blâmer quelqu'un d'autre avant d'être blâmé » (Arnold et al. 2014).
	Inégalité de genre/manque d'autonomisation des femmes <ul style="list-style-type: none"> • La violence à l'égard des femmes dans les milieux obstétricaux résulte des inégalités de genre qui placent les femmes dans des positions subordonnées par rapport aux hommes, permettant ainsi le recours à la violence et promulguant la déresponsabilisation des femmes (Jewkes et Penn-Kekana 2015).
	Épuisement professionnel/détresse morale <ul style="list-style-type: none"> • « Lorsque le fardeau de la difficulté devient trop lourd » [associé aux pressions sociales, professionnelles et économiques], le personnel des sages-femmes se sent abandonné, atteint l'épuisement professionnel et se trouve dans un état de « détresse morale » (Organisation mondiale de la Santé. 2016b. Voix de sages-femmes, réalités de sages-femmes.)
	Faibles capacités de communication/manque de formation <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de formation des prestataires sur les techniques de communication peut contribuer à une mauvaise communication avec les femmes (Ishola et al. 2017).
Conditions et contraintes du système de santé <ul style="list-style-type: none"> • Manque de ressources • Manque de politiques • Culture de l'établissement de santé 	Environnement de travail non favorable ; manque d'opportunités de développement professionnel <ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles sociaux, culturels, économiques et professionnels à la prestation de soins de qualité chez les sages-femmes comprennent l'inégalité de genre, les salaires extrêmement bas pour les longues heures de travail, les faibles possibilités de formation et les défis associés au travail dans des régions éloignées où les possibilités de formation continue sont minimales (Filby et al. 2016).
	Culture médicale/socialisation des étudiants <ul style="list-style-type: none"> • Dans les milieux où les soins abusifs ont été normalisés (par exemple, dans le cadre de la formation de base des sages-femmes), ils deviennent routiniers, acceptés et attendus (Kruk et al. 2014 ; Moyer et al. 2016).
	Dotation en personnel inadéquate <ul style="list-style-type: none"> • De nombreux hôpitaux urbains ont un flux de patients extrêmement élevé et sont pourtant confrontés à d'importantes pénuries de ressources et de personnel, ce qui est susceptible d'être l'un des principaux facteurs du manque de respect et des abus (Sando et al. 2016).

Annexe 3. Diverses approches pour promouvoir les SMR et réduire les mauvais traitements décrites dans des études menées dans différents contextes

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
Politique nationale/plaidoyer		
<p>1. Plaidoyer stratégique et efforts politiques pour créer une politique et un leadership favorables, notamment une politique centrée sur la personne et fondée sur les droits humains et des plans opérationnels nationaux de SMN financés qui s'attaquent aux faiblesses critiques du système et aux lacunes en matière de qualité des soins (par exemple, des lois et des politiques consacrant le droit à aux SMR au niveau national).</p>	<p>Les défenseurs actuels de l'inclusion des principes et des standards de SRM dans la politique nationale et les directives pertinentes, les matériels de formation, les normes de qualité, les outils de travail, etc. (au niveau national, régional et de l'établissement de santé).</p> <p>Les organisations de la société civile sont engagées et leur rôle est maximisé dans la mise en œuvre et l'apprentissage des approches de SMR.</p>	<p>Rotation fréquente des décideurs ; absence de champions visibles ; mauvais processus d'élaboration des politiques en place</p> <p>Manque de voix et d'influence des sages-femmes dans les systèmes hiérarchiques.</p>
<p>2. Renforcer les systèmes de santé locaux pour surmonter les obstacles structurels (par exemple, le manque de produits, le manque d'infrastructures de base). La prévention et l'élimination des mauvais traitements lors de l'accouchement nécessitent une « approche systémique » pour s'attaquer aux obstacles structurels à la fourniture de SRM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes sont responsabilisées grâce à des mécanismes de responsabilisation participatifs qui promeuvent le statut des femmes en tant que prestatrices et bénéficiaires des soins de santé. • Les obstacles à la fourniture de soins de qualité sont pris au et traités par les responsables. 	<p>Il faut davantage de preuves sur les facteurs systémiques les plus courants des mauvais traitements dans différents contextes (par exemple, des agents de santé qualifiés et soutenus, dotés des compétences nécessaires en matière de communication et de relations interpersonnelles ; le manque d'infrastructures et de produits de base).</p> <p>Manque de volonté politique</p> <p>Systèmes centralisés et hiérarchisés dans lesquels les autorités n'ont pas le pouvoir d'apporter des changements au niveau infranational.</p>
<p>3. Amélioration continue de la qualité pour combler les lacunes critiques dans les soins maternels centrés sur la personne en améliorant les</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les SMR sont considérés comme un élément central de la qualité de vie par les femmes, les familles, les 	<p>L'assurance de la qualité n'est pas valorisée et n'est pas considérée comme une priorité par les</p>

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
<p>processus de soins pour assurer des SMR pour chaque femme et chaque nouveau-né.</p>	<p>responsables des établissements de santé et les agents de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les efforts d'amélioration de la qualité ciblent les objectifs d'amélioration des SMR et de réduction des mauvais traitements, en plus des objectifs liés à l'efficacité clinique et à la sécurité des patientes. • Les équipes d'assurance de la qualité comprennent à la fois des agents de santé de l'établissement de santé et des membres de la communauté. • Mesure régulière de l'expérience des femmes et des familles en matière de soins. • Mesure régulière du bien-être des agents de santé sur le lieu de travail. 	<p>leaders et les gestionnaires du système de santé et des maternités.</p> <p>Les équipes d'assurance de la qualité sont faibles ou non fonctionnelles</p> <p>Manque de compétences en matière d'assurance de la qualité parmi les acteurs clés</p> <p>Absence de suivi régulier de l'expérience des femmes et des familles en matière de soins.</p>
<p>4. Renforcement de l'éthique professionnelle des prestataires de soins de maternité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les associations professionnelles et les institutions de formation défendent une éthique professionnelle claire et solide pour les cadres du secteur de la santé de la maternité. • L'éthique professionnelle est fortement intégrée dans la formation de base, la formation en cours d'emploi, la supervision et le mentorat du personnel de santé de la maternité. • Les responsables donnent l'exemple et font respecter l'éthique professionnelle dans les maternités. • Permis d'exercer et cadres réglementaires qui appliquent l'éthique et les normes professionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'éthique professionnelle établie pour les cadres du personnel de santé de la maternité • Absence d'associations professionnelles fortes • Absence de réglementation du personnel de santé (par exemple, autorisation d'exercer) liée au respect de l'éthique professionnelle. • Absence de mécanismes de recours pour gérer les agents de santé qui violent l'éthique professionnelle.
<p>Système local et prestation de services</p>		
<p>1. Développement de la communication et des compétences interpersonnelles des agents de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les éducateurs/formateurs en formation de base et en cours d'emploi accordent la priorité à la communication et aux compétences interpersonnelles des agents de santé et les renforcent. • Ressources, programmes basés sur les compétences et éducateurs qualifiés en place pour soutenir l'acquisition de compétences en communication par les agents de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de valorisation de l'importance des compétences de communication des agents de santé pour la fourniture des SMR. • Manque de ressources, de programmes et d'éducateurs qualifiés pour développer les compétences en communication des agents de santé.

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
		<ul style="list-style-type: none"> Le renforcement des compétences en communication n'est pas intégré dans l'éducation/la formation de base et continue.
<p>2. Engagement des agents de santé dans la clarification des valeurs et la transformation des attitudes Aider les prestataires et les responsables à procéder à une auto-évaluation de leurs comportements et attitudes par rapport aux SMR et aux mauvais traitements. La formation à la clarification des valeurs et à la transformation des attitudes est incluse dans un ensemble de ressources appelé Trousse de ressources sur les soins de maternité respectueux. Cela inclut un ensemble de manuels, d'outils et de ressources pour assurer des services de santé maternelle et néonatale de haute qualité et respectueux. Les ressources aident les directeurs de programme à organiser des ateliers pour les prestataires en établissement et les agents de santé communautaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les individus reconnaissent que le changement de comportement et d'attitude est autonome ; et les individus sont prêts et capables de remettre en question leurs propres comportements et attitudes dans un milieu sans jugement. 	<p>Il y a un environnement peu propice au changement de comportement, tel que la pensée de groupe qui évalue incorrectement une situation/action d'une manière qui amplifie les aspects négatifs ou minimise les aspects positifs.</p>
<p>3. Prendre soin des soignants (soutenir les agents de santé). Offrir aux agents de santé la possibilité de communiquer les pressions liées au travail et de recevoir un soutien pour relever les défis critiques auxquels ils sont confrontés ; s'attaquer aux facteurs du système de santé qui ont un effet négatif sur les agents de santé sur le lieu de travail, soutenir les agents de santé (par exemple, offrir du thé et des biscuits au personnel de nuit) et les aider à gérer le stress lié au travail (par exemple, créer des groupes de soutien par les pairs).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les prestataires eux-mêmes désignent ou identifient les personnes qu'ils pensent être de bons conseillers : assurez-vous que cela reste confidentiel. Les prestataires doivent pouvoir se décharger de leur stress. Des possibilités de mentorat existent dans le système local : quelqu'un dans l'établissement est disponible pour fournir un mentorat plus régulier ; il sert de ressource « à consulter » lorsque quelque chose se produit (par exemple, une mortinaissance). Certificats pour la formation : Il y a souvent un épuisement professionnel, et pas assez de rotation. Former les gens en équipe. Fournir des certificats de formation (si ce n'est pas une rémunération) est motivant. Lorsque la direction apporte son soutien, les conditions s'améliorent. 	<ul style="list-style-type: none"> Le conseiller est soit trop familier, soit occupe un poste de direction. Les prestataires perçoivent la gestion comme un facteur de stress. La confidentialité est une préoccupation.

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler à développer des compétences de communication empathique parmi les prestataires ; les renforcer au fil du temps par le biais du mentorat ; ne pas se contenter pas de formations ponctuelles. Le feedback des clients est si puissant qu'il devient une énorme motivation pour les prestataires. • Les représentants de la communauté sont présents dans l'établissement de santé, ce qui permet de donner une voix à la communauté, de comprendre les problèmes et de faire pression pour les besoins des prestataires. • Le conseiller est engagé et est bien accepté par le personnel. 	
<p>4. Journées portes ouvertes de la naissance¹, également appelées journées portes ouvertes de la maternité.²</p> <p>Un programme d'éducation sur la préparation à l'accouchement et les soins prénatals (conçu pour accroître la connaissance des droits des patientes et de la préparation à l'accouchement ; accroître et améliorer la communication entre patientes et prestataires et entre prestataires et administrateurs ; et améliorer l'expérience des femmes et l'attitude des prestataires). Donner l'occasion de discuter de la planification des naissances avec les partenaires hommes. Donne aux mères et aux membres de la communauté l'occasion de contribuer à des soins centrés sur les femmes.</p> <p>Les journées portes ouvertes de la maternité sont également l'occasion pour les femmes enceintes et leurs familles d'interagir avec les prestataires de santé, de visiter l'unité de maternité pour mieux</p>	<p>Il existe des liens efficaces entre les communautés et les établissements de santé et la communauté est prête à s'engager et à participer aux journées portes ouvertes de la maternité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La direction de l'établissement ou les agents de santé ne sont pas disposés à laisser la communauté entrer dans l'établissement de santé ou n'ont pas la confiance de la communauté. • La mobilisation de la communauté est faible et/ou des barrières culturelles empêchent un engagement total, comme la présence des hommes lors de l'accouchement.

¹ Utilisé dans le projet Uzazi Bora en Tanzanie.

² Utilisé dans le projet Heshima au Kenya. Une partie du contenu de ce tableau sur les obstacles et les facilitateurs (avantages et inconvénients) des approches prometteuses est tirée du document. [Heshima Lessons Brief](#).

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
<p>comprendre ce à quoi elles peuvent s'attendre pendant le travail et l'accouchement, et d'apaiser les craintes qu'elles peuvent avoir à l'idée d'accoucher dans un établissement de santé. Elles sont l'occasion pour les membres de la communauté et les agents de santé d'interagir de manière informelle, de mieux comprendre comment ils peuvent se respecter mutuellement et de relever les défis qui empêchent la fourniture des SMR. Par exemple, si un établissement de santé ne dispose pas d'un bon approvisionnement en eau, la communauté peut proposer de l'aider en récupérant l'eau de pluie.</p> <p>Les journées portes ouvertes de la maternité visent à</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la compréhension mutuelle, la responsabilité et le respect entre les membres de la communauté et les prestataires de services. • Améliorer les connaissances et démystifier les procédures pendant le travail, l'accouchement et la période postnatale immédiate. 		
<p>5. Un atelier sur les soins maternels respectueux (SMR) pour les prestataires de santé, basé sur le programme Health Workers for Change (agents pour le changement). Les ateliers sont destinés aux prestataires de santé et les amènent à réfléchir à leurs propres valeurs et aspirations, aux besoins et priorités de leurs clientes et aux réalités locales des soins de santé. Les ateliers sont conçus pour accroître la connaissance des droits des patientes et de la préparation à l'accouchement, accroître l'empathie des prestataires, accroître et améliorer la communication patiente-prestataire et prestataire-administrateur, et améliorer l'expérience des femmes et les attitudes des prestataires.</p>	<p>Il existe un plan d'action à l'échelle de l'établissement de santé (à la suite des ateliers) pour susciter une conversation sur la création d'une culture du respect à l'hôpital. En plus de s'attaquer aux obstacles de l'établissement de santé en matière de soins respectueux, le plan d'action peut être conçu pour responsabiliser les prestataires de santé et améliorer leur sentiment d'auto-efficacité et leur capacité à apporter des changements sur leur lieu de travail. Le plan d'action peut être utilisé comme un outil lors des réunions de service, et donner l'occasion au personnel de tous les cadres de discuter des questions relatives aux soins aux patientes. Les éléments du plan d'action doivent être limités à des activités que le personnel peut mener seul, par le biais d'un travail d'équipe et d'une participation active, sans ressources supplémentaires substantielles. Ces activités varieront selon le contexte et pourraient inclure des</p>	<p>Aucun mécanisme de suivi pour soutenir l'action et la communication en vue de la mise en œuvre des plans d'action.</p> <p>La rotation ou le roulement élevé du personnel de l'établissement de santé peut limiter l'impact durable de l'atelier s'il est organisé au niveau de l'établissement de santé.</p>

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
	<p>événements de reconnaissance du personnel pour améliorer sa motivation, la réparation ou l'achat de rideaux et d'écrans pour s'assurer que tous les lits ont une cloison fonctionnelle pour la vie privée, etc. (Pour des activités plus illustratives, accédez au lien suivant : Article sur le projet Uzazi Bora).</p> <p>Le personnel du projet est présent en permanence dans l'établissement de santé, travaillant en étroite collaboration avec les responsables, afin de permettre la mise en œuvre coordonnée de ces efforts multiformes.</p>	
<p>6. Élaboration ou adaptation d'une charte de la cliente (p. ex., adaptation d'une charte nationale) : Cette charte serait complétée par des mécanismes d'application et de gestion du changement tels que des « questionnaires cliente, » des mécanismes de plainte anonyme des clientes, et un soutien régulier à une équipe d'amélioration de la qualité de la maternité pour réaliser les principes fondamentaux d'une charte cliente. Cette charte peut être complétée par un soutien régulier à une équipe d'amélioration de la qualité dans un hôpital de district, qui s'est concentrée sur l'identification et le dépassement des obstacles pour obtenir des SMR.</p>	<p>Un « processus d'adaptation » local de la charte nationale fait partie de l'intervention. Cela varie selon le contexte, mais dans le cas du projet Staha, l'adaptation locale a impliqué un dialogue systématique entre les représentants du système de santé du district et les communautés.</p> <p>La charte finale de la cliente est approuvée par les autorités locales et est centrée sur la valeur du respect mutuel et du consensus sur les droits et responsabilités clés des patientes et des prestataires pour garantir des soins respectueux.</p> <p>Il faut un leadership et un état de préparation de l'établissement de santé ; les deux ont été des éléments importants dans la réussite de l'intervention ; certains leaders ont émergé plus tard dans le processus et ont souligné la nécessité d'un engagement continu.</p> <p>Cela fonctionnera bien si la charte comporte des éléments mesurables/réalisables dans ce contexte, ainsi que des mécanismes de responsabilité qui soutiendront les patientes/familles si les droits ne sont pas respectés.</p>	<p>Si les mauvais traitements sont normalisés et/ou s'il existe des structures de recours inefficaces.</p>
<p>7. Enquêtes sur la satisfaction des patients : Elles sont faciles à réaliser ; l'hôpital analyse les données. Les questions sont axées sur les SMR, et non sur les MAUVAIS TRAITEMENTS, (parce que le renforcement positif pour susciter des</p>	<p>Les participantes sont assurées de la confidentialité ou de l'anonymat et que leur participation n'affectera pas leur accès (ou celui de leur famille) aux services ou la qualité des services reçus.</p>	

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
<p>comportements respectueux peut être plus efficace que la dénonciation et la honte). Les réponses sont mises dans une boîte et analysées chaque semaine, de sorte qu'il y a une fréquence régulière. Les questionnaires ont motivé les prestataires à servir avec respect. Ces questionnaires peuvent être utilisés pour obtenir régulièrement l'expérience des clientes et leurs priorités en matière de soins afin d'informer et d'évaluer les efforts visant à améliorer les SMR et à réduire les mauvais traitements lors de l'accouchement.</p>	<p>Les femmes peuvent se sentir à l'aise pour partager leurs points de vue. La boîte n'est pas une boîte à plaintes vers laquelle les femmes doivent se diriger ; les enquêtes doivent s'adresser à toutes les femmes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'alphabétisation dans le contexte déterminera l'utilisation de questionnaires papier et leur placement dans une boîte fermée à clé. • Chaque femme remplit le questionnaire. • Boîtes à suggestions - pas efficace • Question - déterminer si l'enquête de sortie doit être réalisée dans la communauté ou dans l'établissement de santé. <p>Passer en revue les préoccupations les plus courantes des femmes dans les enquêtes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les clientes ont-elles le sentiment d'avoir le choix de l'établissement de santé ? • Les clientes ont-elles l'impression qu'elles peuvent parler des soins dispensés dans les établissements de santé et ne pas subir de représailles ? • Suivi précis. Poser des questions sur la satisfaction générale comme point de départ (par exemple, l'expérience globale de l'accouchement, les soins reçus dans la structure, les interactions avec les prestataires, l'infrastructure de la structure). • Poser des questions sur les soins respectueux reçus, et demander si elles ont été bien traitées. • <5 questions ? • La direction de l'hôpital peut suggérer une enquête de sortie pour contrôler le processus d'amélioration de la qualité - évaluation des éléments de la qualité des soins. • Peut utiliser des réponses oui/non ; plus facile à analyser. Ajouter « Je ne sais pas » comme choix de réponse. (Remarque : l'échelle de Likert peut être plus utile pour les questions de satisfaction car elle offre une plus 	

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
	grande gamme/plus de précision dans les réponses, et n'est pas trop complexe à analyser.)	
8. Promouvoir la responsabilité mutuelle : droits et responsabilités des prestataires de santé et des clientes.	Le changement de comportement est abordé dans le cadre de la programmation de MCSP car le changement de comportement des prestataires de services est essentiel pour lutter contre le manque de respect et les abus au niveau de l'établissement de santé.	
9. Les approches participatives locales sont axées sur le raffinement itératif des priorités et des approches de programme définies localement.	L'appropriation nationale, régionale et de district est privilégiée pour définir les stratégies des approches participatives dès le début du projet.	Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur la conception et les processus de mise en œuvre participative locale qui peuvent être adaptés et maintenus localement pour réduire le manque de respect et les abus et soutenir les SMR, en mettant l'accent sur l'apprentissage itératif et l'adaptation.
10. Des ateliers de sensibilisation communautaire et de planification d'action participative développent des plans d'action communautaires pour tenir le système de santé responsable des SMR en accord avec les « chartes de citoyens, » et pour renforcer la participation positive des hommes en discutant de l'importance de la planification des naissances et des finances avec les hommes/les aînés.	Utiliser les canaux communautaires existants pour les réunions (par exemple, réunion des chefs de tribus, groupes de femmes, rassemblements religieux).	La communication sur les droits n'entraîne pas de résultats observables. Les volontaires de la santé communautaire peuvent se concentrer sur des cibles faciles telles que les références pour les soins prénatals, les accouchements, le paludisme et les cas, mais ne doivent pas discuter des questions de droits.
11. Résolution alternative des litiges en cas de mauvais traitements établit un mécanisme commun à l'établissement de santé et à la communauté pour résoudre et demander réparation en cas d'incidents de mauvais traitements, y compris des équipes d'amélioration continue de la qualité, des cartes de pointage communautaires ou des « groupes de surveillance des droits » communautaires.	Si la communauté est disposée à signaler les cas (et si les établissements sont disposés à les écouter) et s'il existe des liens efficaces entre la communauté et les établissements de santé. Doit être bien géré pour garantir le respect mutuel entre les communautés et les établissements de santé.	Si les mauvais traitements sont normalisés et/ou s'il existe des structures de recours inefficaces.
12. Des approches qui font tomber les barrières entre les prestataires et les clientes (par exemple,		

Approche pour la promotion des SMR et la réduction des mauvais traitements à partir d'études sélectionnées	Facilitateurs potentiels basés sur une expérience anecdotique	Obstacles potentiels basés sur une expérience anecdotique
<p>un dialogue régulier facilité entre la communauté et l'établissement de santé, des équipes d'amélioration de la qualité comprenant des agents communautaires et des agents de santé qui s'engagent dans un travail continu pour améliorer les soins centrés sur la personne, et les journées portes ouvertes de la maternité).</p>		
<p>13. Approches de responsabilité sociale : la responsabilité sociale est une approche de renforcement de la responsabilité qui s'appuie sur l'engagement civique, dans lequel les citoyens participent directement ou indirectement à la revendication de responsabilité des prestataires de services et des agents publics. La responsabilité sociale peut impliquer la mobilisation de la société civile pour faire pression sur le gouvernement ou les prestataires afin qu'ils fournissent des services de qualité et respectueux. Parmi les exemples d'outils et de mécanismes de responsabilité sociale, on peut citer la budgétisation participative, le suivi des dépenses publiques, les fiches d'évaluation des citoyens, les fiches d'évaluation des communautés, les audits sociaux, les chartes des citoyens et les lois sur le droit à l'information. Peut impliquer l'utilisation des médias et des médias sociaux pour susciter un changement de politique : un objectif peut être d'attirer l'attention au niveau national sur les mauvais traitements et/ou les soins respectueux. L'un des avantages de la responsabilisation participative est un sentiment d'appropriation et de durabilité (parce que les citoyens en sont à l'origine), ainsi qu'une sensibilité culturelle, puisque ces approches abordent des questions qui préoccupent les femmes.</p>	<p>Peut convenir si : les groupes communautaires existent déjà et s'engagent. Pour les mauvais traitements, on pourrait envisager des groupes de femmes, des groupes sur la violence à l'égard des femmes, les droits à la santé, etc.</p>	<p>Peut ne pas convenir si : il n'y a pas beaucoup/aucun groupe d'action communautaire dans la région.</p>

Annexe 4. Note conceptuelle et plan de travail illustratifs de MCSP pour l'intégration des approches de SMR dans un programme complet de SMN

Contexte et objectif

Dans le cadre des efforts continus de MCSP pour promouvoir des soins respectueux et réduire les mauvais traitements en tant qu'élément central de la qualité des soins de SMN, MCSP a élaboré des directives opérationnelles de SMR axées sur les processus et fondées sur les données probantes actuelles, à utiliser dans les programmes de MCSP sur le terrain.

L'objectif global des activités proposées dans cette note conceptuelle est de mettre en œuvre un ensemble d'interventions axées sur le processus et conçues localement pour promouvoir les SMR et réduire les mauvais traitements dans les services d'accouchement dans les établissements dans les sites soutenus par MCSP PAYS. De plus en plus de preuves démontrent que lorsque les soins d'accouchement sont respectueux, les femmes et les familles sont plus susceptibles d'utiliser les services de maternité en établissement de santé et que les complications obstétricales peuvent être réduites (Kruk et al. 2014 ; Bohren et al. 2015 ; Raj et al. 2017).

INFORMATIONS GÉNÉRALES SPÉCIFIQUES AU PAYS CONCERNANT LES SMR/LE MANQUE DE RESPECT ET LES ABUS : inclure un bref résumé des informations générales pertinentes sur le pays (par exemple, la politique nationale, les efforts du programme soutenus par le gouvernement national, les partenaires, MCSP), y compris les principales conclusions de toute étude ou évaluation sur les SMR ou des efforts de mise en œuvre du programme (par MCSP ou les partenaires) réalisés au PAYS.

INFORMATIONS DE BASE SUR LE TRAVAIL DE MCSP PAYS : MCSP travaille dans des établissements de santé et/ou des communautés sélectionnés au PAYS pour mettre fin aux décès maternels et néonataux évitables. Au cours des deux dernières années, MCSP a collaboré avec le MS pour déployer des interventions fondées sur des preuves, notamment des formations basées sur les compétences pour améliorer la prestation de soins de qualité pendant l'accouchement. Inclure un aperçu du travail du programme de SMN de MCSP au PAYS. Résumer brièvement toute activité antérieure de MCSP visant à traiter les SMR et lutter contre les mauvais traitements sur lesquels les interventions du programme proposé s'appuieront.

Vue d'ensemble des activités proposées et soutenues par MCSP dans le cadre des activités du programme de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) dans le pays.

En utilisant une approche de conception participative, MCSP appliquera ces directives opérationnelles pour les SMR dans le cadre du travail de SMN établi pour améliorer les soins centrés sur les femmes et les nouveau-nés au PAYS et pour générer un apprentissage dans les pays soutenus par l'USAID.

Cette note décrit les prochaines étapes pour s'appuyer sur le travail actuel et interdépendants sur les SMR, le genre et la qualité de service centré sur la personne dans le PAYS pour une discussion avec la Mission USAID du PAYS et éventuellement d'autres parties prenantes si cela est approuvé par la Mission USAID.

Mettre en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

Sur la base des directives opérationnelles mondiales de MCSP, le travail proposé au *PAYS* sera mené en trois phases, commençant au trimestre X de l'exercice Y et se prolongeant pendant toute la durée du programme de MCSP *PAYS* :

- **Phase 1** : une modeste analyse de la situation des SMR (collecte de données qualitatives et quantitatives) dans des sites sélectionnés [en s'appuyant sur des évaluations X antérieures] en mettant l'accent sur l'expérience des clientes en matière de soins en tant que dimension clé de la qualité.
- **Phase 2** : élaboration par les parties prenantes locales d'une théorie du changement spécifique au contexte et sélection d'approches prioritaires de SMR sensibles au genre, avec un plan de mise en œuvre et de suivi correspondant.
- **Phase 3** : mise en œuvre et suivi continu du programme (et évaluation finale si les ressources le permettent).

Conformément au plan de travail de la troisième année du programme *MCSP PAYS*, MCSP travaillera également avec les équipes chargées du renforcement du système de santé/Équité et Genre pour intégrer les facteurs d'équité et de genre dans l'analyse de la situation proposée et les interventions de suivi et la mesure de routine des SMR, le cas échéant, sur la base des résultats de l'analyse de la situation.

L'analyse de la situation devrait s'appuyer sur les activités en cours des SMR de l'année du programme X et les compléter, et aider à affiner les activités de suivi des SMR de l'année du programme Y en vue de leur mise en œuvre dans les sites sélectionnés. Les activités actuelles de SMR et les activités connexes en cours pour l'année 3 du programme comprennent : *PAYS*.

Approche de mise en œuvre

Pour la **Phase 1**, MCSP *PAYS* entreprendra une modeste analyse de la situation de méthodes mixtes (qualitative et quantitative) pour comprendre les caractéristiques locales et les facteurs de mauvais traitements et évaluer l'expérience des clientes en matière de soins dans des établissements de santé sélectionnés afin d'adapter l'approche de mise en œuvre au contexte du pays. Le soutien dans le pays et à distance sera fourni par MCSP au siège, avec l'appui de l'équipe plus large de *MCSP PAYS*. L'analyse de la situation comprendra des entretiens avec des informateurs clés et éventuellement des discussions de groupe avec les principales parties prenantes, y compris les membres de la communauté, les clientes, le personnel des établissements de santé, les gestionnaires des établissements de santé et des districts, afin d'obtenir des informations qualitatives sur les SMR dans les zones d'intervention prévues (voir l'annexe 7 dans les directives opérationnelles de SMR de MCSP pour un ensemble d'outils d'analyse de la situation qui peuvent être adaptés en fonction du contexte local et des besoins du programme local).

Des entretiens avec des informateurs clés seront menés avec des membres de la communauté (femmes en âge de procréer ayant accouché au cours de l'année écoulée dans les secteurs de santé formel et informel) ; des agents de santé des secteurs formels qui fournissent des services de travail et d'accouchement ; et les dirigeants de ces établissements de santé et sous-districts ou districts.

Les données qualitatives seront complétées par des enquêtes quantitatives/questionnaires de base auprès des principales parties prenantes, notamment les femmes ayant récemment accouché dans les établissements de santé et les gestionnaires et prestataires.

La phase 1 sera mise en œuvre dans les établissements de santé ## sélectionnés soutenus par MCSP. Les critères de sélection de ces établissements de santé comprendront : XX

Cela peut inclure :

1. Des entretiens des informateurs clés avec les responsables des établissements de santé en utilisant le guide/outil d'analyse approfondi de la situation.
2. Des entretiens d'informateurs clés avec X agents de santé sélectionnés dans les établissements ciblés, à l'aide du guide/outil d'entretien approfondi pour l'analyse de la situation, et des entretiens structurés avec les prestataires de santé, à l'aide d'un outil d'enquête quantitative
3. Des entretiens avec des femmes sélectionnées après l'accouchement, à l'aide de l'outil quantitatif d'entretien à la sortie.
4. Des entretiens individuels et/ou discussions de groupe avec des femmes en âge de procréer qui ont accouché au cours de l'année écoulée dans les secteurs de santé formel et informel. Les femmes proviendront de la zone de proximité des établissements de santé sélectionnés et une méthodologie « boule de neige » sera utilisée pour la sélection. Le guide d'entretien approfondi de l'analyse de la situation pour les femmes en âge de procréer dans la communauté servira de guide pour les discussions de groupe. Le processus de recrutement pour le groupe de discussion se servira de la structure de la communauté pour identifier la première série de femmes avant que ces femmes n'identifient d'autres femmes qui répondent aux critères.
5. D'autres sources de données/personnes interviewées potentielles pour la discussion :
 - Groupes de la société civile (par exemple, l'ARB)
 - Associations professionnelles
 - Décideurs et acteurs gouvernementaux à différents niveaux du système de santé
 - Comités communautaires sélectionnés

Au cours de la **phase 2** (fin de l'année X ou début de l'année Y), les résultats de l'analyse de la situation des méthodes mixtes, y compris l'expérience des soins rapportée par les clientes, seront utilisés par MCSP et les principales parties prenantes pour élaborer la théorie du changement du programme. Sur la base de la théorie du changement et en utilisant les directives opérationnelles relatives aux SMR de MCSP comme référence, le programme concevra des activités et des interventions spécifiques au contexte, qui seront intégrées aux activités de l'année X du programme de SMN de MCSP dans les sites sélectionnés pour promouvoir les SMR et réduire les mauvais traitements dans les services d'accouchement dans les établissements de santé comme un élément essentiel de la qualité des soins de SMN.

Au cours de la **phase 3** (dans l'année du programme X), MCSP mettra en œuvre et surveillera les interventions et les approches identifiées par l'analyse de la situation de la phase 1 et les processus de conception décrits dans les directives opérationnelles relatives aux SMR de MCSP. Si les ressources le permettent, une évaluation finale sera effectuée après environ 12 mois de mise en œuvre.

Dans le cadre de l'analyse de la situation initiale, le programme souhaiterait, idéalement, mener des évaluations de base et des évaluations finales ultérieures pour mesurer les changements dans l'expérience des prestataires et des clientes en matière de soins pendant la phase de mise en œuvre et de suivi. L'évaluation de base et finale se fera principalement par le biais d'entretiens avec les clientes et les prestataires afin de pouvoir mesurer les changements post-intervention dans les établissements de santé sélectionnés. Ces informations aideront MCSP *PAYS* et les parties prenantes à comprendre si des changements mesurables ont eu lieu et quelles activités du programme ont le plus contribué aux changements positifs observés.

Mettre en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

Objectifs de l'analyse de la situation

- Évaluer les perceptions des clientes, des agents de santé et des gestionnaires, de la qualité des services d'accouchement en ce qui concerne l'expérience des clientes en matière de soins (respectueux et non respectueux) fournis pendant l'accouchement, y compris les manifestations clés et les facteurs potentiels de mauvais traitements dans le contexte local et les principaux facilitateurs et obstacles à assurer des SMR pour chaque femme, chaque nouveau-né et chaque famille.
- Enquêter sur l'expérience des utilisatrices et des prestataires/gestionnaires des établissements de santé (clientes, prestataires et administrateurs) en matière de services d'accouchement dans les établissements de santé ; explorer ce que les femmes considèrent comme une expérience positive de l'accouchement dans les établissements de santé (c'est-à-dire leurs priorités et leurs attentes).
- Évaluer l'expérience des agents de santé sur le lieu de travail, y compris les stress spécifiques qu'ils peuvent subir sur le lieu de travail et leurs besoins prioritaires pour réussir en tant que prestataires de soins de santé maternelle et néonatale.
- Examiner les facteurs d'équité et de genre liés à l'expérience des soins au niveau de l'établissement de santé, en examinant les informations démographiques et d'équité essentielles.

Extrants

MCSP documentera les succès et les leçons apprises pour les parties prenantes clés afin d'améliorer la programmation, de renforcer les SMR et éliminer les mauvais traitements. MCSP cherche à obtenir les commentaires des clientes, des prestataires et des administrateurs des établissements de santé sur leur expérience et leur satisfaction en tant que prestataires et utilisatrices des établissements de santé afin d'améliorer leur expérience de la prestation et de la réception de soins. Leurs commentaires aideront les prestataires, les gestionnaires et les décideurs à améliorer les services en réponse aux besoins des clientes, et pourront aider à identifier les goulots d'étranglement dans la prestation de soins de qualité centrés sur la personne. Ces informations aideront également MCSP *PAYS* et les parties prenantes à comprendre si les approches utilisées sont réalisables et acceptables.

Les activités de SMR et du genre proposées dans ce document, résumées dans le calendrier ci-dessous, répondent directement au mandat principal du programme de SMNI de MCSP *PAYS* pour améliorer la qualité des services, dont les soins centrés sur la personne et sensibles au genre sont une composante essentielle de la qualité des soins. MCSP développera un plan de diffusion pour s'assurer que les résultats sont transmis à la communauté, aux gestionnaires, aux prestataires et aux autres acteurs clés à différents niveaux du système de santé. MCSP partagera également les résultats avec les districts et les niveaux géographiques plus bas et préconisera des améliorations de la qualité. En se fondant sur les enseignements tirés de la mise en œuvre des directives opérationnelles de SMR de MCSP *PAYS*, MCSP continuera de tester et d'affiner l'analyse de la situation et les approches et les outils de mesure de routine pour saisir les progrès et informer la mise en œuvre des SMR et des efforts de réduction des mauvais traitements. MCSP continuera à mettre à jour et à améliorer les directives opérationnelles sur la base des enseignements tirés de *PAYS* dans le but de rassembler des preuves sur la façon dont les approches de SMR peuvent être intégrées dans des programmes complets de SMN fonctionnant à l'échelle (pour augmenter les résultats des études de recherche sur la mise en œuvre des SMR qui constituent la plupart des preuves à ce jour.)

Calendrier illustratif (pour adaptation)

	Activité	Date	Responsabilité
PHASE 1 : Analyse de la situation (avril – juillet, 2017)			
1.	Développement des objectifs et du protocole de l'analyse de la situation des SMR et du document de suivi du programme	Avril	
2.	Développement et adaptation des outils	Avril/mai	
3.	Partager les outils avec les principales parties prenantes pour examen	Mi-juin	
4.	Traduire les outils et les formulaires de consentement	Juin-juillet	
5.	Solliciter l'approbation du comité d'examen institutionnel (IRB) et l'approbation locale selon le protocole	Juin-juillet	
6.	Réunion de plaidoyer des parties prenantes pour sensibiliser à l'analyse de la situation et solliciter un feedback	Juillet	
7.	Recrutement et formation des collecteurs de données	Aout	
8.	Collecte des données et analyse des résultats	Septembre–octobre	
PHASE 2 : développement d'une théorie du changement et d'un plan de mise en œuvre et de suivi			
1.	Préparation de la réunion des parties prenantes dans le pays	Septembre–novembre	
2.	Réunion des parties prenantes afin d'examiner les résultats de l'évaluation de la situation et de concevoir une théorie du changement pour donner la priorité aux interventions locales visant à améliorer les SMR et à réduire les mauvais traitements.	Oct.–novembre	
3.	Développement d'un plan détaillé de mise en œuvre et de suivi basé sur la théorie du changement qui inclut les établissements de santé /zones de proximité ciblés.	Oct.–Nov.	
PHASE 3 : mise en œuvre et suivi de routine du programme			
1.	Mise en œuvre et suivi de routine selon le plan développé en phase 2.	Février	
2.	Activités régulières de partage des connaissances entre les sites (par exemple, réunions périodiques en face à face, groupes WhatsApp).	Mars–septembre	
3.	Partage régulier des résultats, des défis et des acquis avec les principales parties prenantes (représentants de la communauté, organisations de la société civile, directeurs d'établissements de santé et agents de santé, décideurs du MS, etc.)		

Mettre en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

Annexe 5. Méthodes de collecte de données qualitatives sur les SMR et les mauvais traitements

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Description
I. Groupe de discussion	Cela permet d'obtenir des normes et des opinions de groupe, ce qui est facilité par la dynamique de groupe. En peu de temps, de nombreuses histoires ou nuances différentes sur un sujet peuvent émerger. (a) Pour une évaluation régulière des SMR : De nombreuses études utilisent les discussions de groupe. Il est acceptable et possible de les organiser avec des groupes de participants soigneusement sélectionnés, sur un sujet prédéterminé. Avec un facilitateur compétent, des groupes d'environ 5 à 10 personnes (femmes ou hommes, membres de la communauté ou autres personnes qui sont à l'aise pour se réunir en groupe) peuvent partager leurs opinions dans un court laps de temps. « L'unité d'analyse » est le groupe et les thèmes communs qui en ressortent. Aucune personne ne doit être	Les informations ou expériences personnelles sensibles ne doivent pas être partagées. Les expériences de mauvais traitements ne peuvent être discutées que si les participants se sentent en sécurité et à l'aise avec les membres et le modérateur du groupe. Les participants dominants peuvent inciter les autres participants à se taire.	Cindoglu and Unal, 2016 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20390649	Turquie	Groupe de discussion avec les clientes et séparément les sages-femmes, les médecins
			Ganle et al. 2014 https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0425-8	Ghana	Groupe de discussion avec les femmes
			Magoma et al. 2010 https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-13	Tanzanie	Groupe de discussion avec les femmes
			Moyer et al. 2014 http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613813001514	Ghana	3 groupes de discussion avec des grands-mères, 2 avec des chefs de communauté, et 2 avec des chefs de ménage
			Maya et al. 2018 https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502020	Ghana	10 groupes de discussion impliquant 110 femmes.
			Bohren et al. 2016 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316300453?via%3Dihub	Nigeria	Groupe de discussion avec les femmes
			Bohren et al. 2017 <a 40="" 63="" 882="" 904"="" data-label="Page-Footer" href="https://reproductive-health-</td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox=">58		

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Description
	identifiée ou distinguée au cours de la phase d'analyse.		journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0265-2		
			Balde et al. 2017 https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0262-5 Balde et al. 2017 https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0266-1	Guinée	Groupe de discussion avec les femmes
2. Entretien approfondi ou entretien avec un informateur clé	Ces discussions en tête-à-tête entre les facilitateurs et les participants permettent d'obtenir des opinions, des expériences et des sentiments individuels. Plus grande confidentialité permettant aux participants de décrire des points de vue personnels ou sensibles. Possibilité d'explorer les relations ou les liens entre les phénomènes, les événements, les croyances. Possibilité d'obtenir des informations de la part des	<p>En général : Parfois, les réponses sur les expériences personnelles sont courtes.</p> <p>Pour une évaluation régulière des SMR : La variété (gamme) des expériences de mauvais traitements peut ne pas émerger à moins que de nombreux entretiens soient réalisés.</p>	<p>Heshima http://www.popcouncil.org/research/Measuring-disrespect-and-abuse-to-promote-respectful-maternity-care</p> <p>Staha https://www.mailman.columbia.edu/research/averting-maternal-death-and-disability-amdd/respectful-maternity-care</p> <p>Maya et al. 2018 https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502020</p>	Kenya	
				Tanzanie	
				Ghana	39 entretiens approfondis

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Description
	professionnels et du personnel occupant certaines fonctions. Un modérateur / une modératrice non clinicien-clinicienne est préférable pour établir une relation et réduire le biais de désirabilité sociale. Il peut s'agir d'entretiens semi-structurés ou approfondis.		Vogel et al. 2015 https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0603-x	Nigeria, Ghana, Guinée, Myanmar	Développement et validation d'outils permettant de mesurer la façon dont les femmes sont traitées lors de l'accouchement en établissement de santé dans 4 pays
3. Observations (non structurées, ethnographiques)	Cela se fait en ethnographie et en sociologie pour comprendre le contexte culturel, les acteurs, les processus, les contraintes et les phénomènes tels qu'ils se déroulent. Les chercheurs peuvent voir les processus de soins de leurs propres yeux. « L'observation peut être une vérification puissante de ce que les gens rapportent lors des entretiens et des groupes de discussion. » Après quelques jours, l'effet Hawthorne peut être minimisé. L'observation non structurée peut être utilisée initialement pour développer d'autres méthodes de collecte de données structurées.	L'observation non structurée est peut-être moins fréquente dans le domaine de la santé publique. Il faut beaucoup de temps pour observer, consigner dans des notes de terrain, puis développer et analyser les notes. La sélection de l'observateur est importante pour réduire les biais (par exemple, un clinicien peut ne pas être l'observateur idéal en raison d'un biais de désirabilité sociale) L'observateur doit s'engager à être objectif. Les commentaires ouverts ajoutés aux enquêtes structurées peuvent donner lieu à des réponses brèves.	Processus d'évaluation rapide : An Introduction. Walnut Creek, CA : Altamira Press. Volume 3, No. 4, Art. 33 Rapid Assessment Process in Qualitative Inquiry http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/773/1678#gl	NA	Pour l'évaluation des SMR liée au gouvernement et aussi aux clientes. Le livre présente aux lecteurs des méthodes rapides d'enquête en ethnographie qui offrent des résultats sur le terrain aux responsables de la mise en œuvre et aux décideurs politiques.
			Magoma et al. 2010 https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-13	Tanzanie	Pour l'évaluation régulière des SMR. A aidé les auteurs à comprendre et à interpréter les données des entretiens et des discussions en groupes. Utilisé à des fins de triangulation et pour donner une perspective. Le chercheur principal a noté les observations chaque jour dans un journal de terrain
			Arnold et al. 2014 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4489341/	Afghanistan	Pour l'évaluation régulière des SMR. Six semaines d'observations quotidiennes du personnel avec prise de notes sur le terrain et discussion avec l'interprète.

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Description
			Rosen et al. 2015 https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0728-4	5 pays africains	L'outil d'observation structuré (quantitatif) comportait des questions ouvertes pour documenter les phénomènes non mentionnés dans les outils/normes de qualité des soins. L'outil d'observation structuré comportait des champs ouverts pour les commentaires.
4. Méthodes participatives	Peut éventuellement faire participer les prestataires ou les clientes/membres de la communauté aux activités de génération de données (classement, tri et cartographie) et, plus tard, aux changements de politique ou de prestation de services. Peut éventuellement être ajouté aux groupes de discussion ou aux réunions de diffusion avec les parties prenantes.	Peu d'exemples à ce jour ; nécessite une certaine expertise pour organiser et analyser les données participatives. Un exemple de méthode participative est « image contexte. »	Recherche participative communautaire (États-Unis) ; évaluation rurale participative (milieux à faibles ressources) ; recherche-action participative. Salgado et al. 2017a https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12381 Salgado et al. 2017b https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12382	Nigeria et Ouganda	
			Lignes directrices pour l'analyse des parties prenantes par Kammi Schmeer. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/33.pdf	NA	Pour l'évaluation des SMR liée au gouvernement et aussi aux clientes. Ce guide en 8 étapes couvre la planification du processus, la sélection et la définition d'une politique, l'identification des parties prenantes, l'adaptation des outils, la collecte d'informations, le remplissage et l'analyse d'un tableau des parties prenantes, et l'utilisation des informations pour la prise de décision. Des exemples sont donnés.
		Peu d'exemples à ce jour ; nécessite une certaine expertise pour organiser et analyser les données	Influence and importance matrix http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-	NA	Pour l'évaluation des SMR liée au gouvernement et à la politique. Ce site Web donne une brève description en 7 étapes de la manière d'évaluer l'influence et l'importance, notamment en dressant la liste des parties prenantes, en faisant ressortir les intérêts par rapport au problème, en

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Description
		issues des méthodes participatives.	importanceinfluence-matrix		évaluant l'influence ou le pouvoir des parties prenantes, en procédant à un remue-méninges, en complétant le diagramme matriciel, en identifiant les risques et les hypothèses pour la coopération des parties prenantes, et en déterminant comment et quelles parties prenantes devraient participer aux activités du projet.
			Image-contexte http://www.managingforimpact.org/tool/rich-picture-0	NA	Pour l'évaluation des SMR concernant les clientes. Ce document décrit un exercice de groupe visant à développer un dessin d'une situation qui aborde un problème et illustre les principaux éléments et relations à prendre en compte pour tenter d'intervenir afin de créer une amélioration.
			Bardach E. 2012. Un guide pratique pour l'analyse des politiques : The Eightfold Path to More Effective Problem Solving Quatrième édition. Sage/CQ Press, Thousand Oaks, CA, USA.	NA	Pour l'évaluation des SMR liée au gouvernement et à la politique. Le parcours comprend des étapes initiales de définition du problème, de rassemblement de certaines preuves et d'élaboration d'alternatives. Les étapes suivantes comprennent la sélection des critères pour les solutions, la projection des résultats et la confrontation des compromis. Les étapes se terminent par « Décidez ! » et le récit de votre histoire
			Net-Map (social networking mapping tool)	NA	Qualité des soins (structure, processus, résultats rapportés par la communauté concernant les services de travail et accouchement et de SMR)
			Carte communautaire de performance http://www.care.org/sites/default/files/documents/FP-2013-CARE_CommunityScoreCardToolkit.pdf		Pour connaître le point de vue des membres de la communauté sur les SMR et le manque de respect et les abus. Développée par CARE, l'approche de la carte communautaire de performance rassemble les membres de la communauté, les prestataires de services et le gouvernement local pour identifier les défis liés à l'utilisation et à la prestation de services, pour générer mutuellement des solutions et travailler en partenariat pour mettre en œuvre et suivre l'efficacité de ces solutions dans un processus continu d'amélioration de la qualité.

Annexe 6. Méthodes de collecte de données quantitatives sur les SMR et les mauvais traitements

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
I. Entretien de sortie	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être fait systématiquement pour chaque cliente s'il est auto-administré. • Un suivi par SMS ou par téléphone peut être possible dans certains contextes. • Les clientes peuvent rendre compte directement de leurs propres expériences • Peut être administré à un échantillon de clientes • Public captif et logistiquement plus facile d'impliquer les femmes lorsqu'elles sont encore dans l'établissement de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les enquêtes auprès des ménages peuvent être plus précises mais ne sont pas réalisables dans le cadre de la mise en œuvre de programmes de routine. • Les entretiens de sortie ont probablement tendance à sous-estimer les mauvais traitements lors de l'accouchement. • Les enquêtes ou questions écrites par SMS ou par courrier exigent un niveau minimum d'alphabétisation. • Les SMS ou le suivi par téléphone exclut 	Sando et al. (2014): n=1,954 entretiens avec les clientes (un seul grand hôpital de référence). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4251905/	Tanzanie	N	Étude à méthodes mixtes comprenant des entretiens avec des femmes en post-partum.	Évalue la satisfaction et la qualité en se concentrant spécifiquement sur l'expérience du manque de respect et des abus lors de l'accouchement, y compris l'abus physique, les soins non consentis et les soins non confidentiels, le manque d'intimité, les soins non dignes et l'abandon pendant ou après le travail et l'accouchement, ainsi que la détention dans les établissements de santé.
			Kruk et al. (2014): Entretiens avec les femmes à la sortie de l'hôpital (n=1 779), puis suivi d'un sous-ensemble 5 à 10 semaines plus tard à domicile (n=593). https://academic.oup.com/heapol/advance-article/doi/10.1093/heapol/czu079/2907853	Tanzanie	N	Entretiens avec les femmes à l'aide d'un questionnaire structuré	Les catégories de manque de respect et d'abus comprenaient : les soins non confidentiels, les soins non dignes, la négligence, les soins non consentis, les abus physiques et les demandes inappropriées de paiement.
			Abuya et al. (2015a): Enquête	Kenya	N	Pré et post entretiens avec des femmes au sujet du	Le questionnaire comprenait le manque de respect et les abus

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
		<p>les femmes les plus pauvres qui n'ont pas accès à un téléphone.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de perte de suivi si le questionnaire n'est pas administré pendant que la cliente est encore dans l'établissement de santé. • Les questionnaires auto-administrés sont difficiles à remplir pour les populations à faible niveau d'alphabétisation. • Possibilité de biais de réponse (par exemple, biais de courtoisie) selon la personne qui administre l'enquête. 	<p>de sortie auprès de n= 641 femmes http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123606</p>			manque de respect et d'abus dans le cadre du projet Heshima.	en général ainsi que six typologies, dont les abus physiques et verbaux, les violations de la confidentialité et de la vie privée, la détention pour non-paiement et l'abandon.
			<p>Asefa (2015): Entretiens de sortie avant la sortie avec n=173 femmes https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403719/</p>	Ethiopie	N	Entretiens transversaux avec les femmes juste avant leur sortie de l'hôpital.	Les niveaux de manque de respect et d'abus pendant l'accouchement ont été mesurés à l'aide de sept normes de performance (catégories de manque de respect et d'abus) et de leurs critères de vérification respectifs élaborés par le Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) dans le cadre de leur boîte à outils pour des SRM.
			<p>Scheferaw et al. (2016): n=509 clientes postnatales interrogées pour développer une échelle https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0848-5</p>	Ethiopie	O	Développement d'un outil pour mesurer la perception des femmes à l'égard des SMR dans les établissements de santé publics, BMC 2016.	Les dimensions comprenaient des soins amis des femmes ; des soins sans abus ; des soins en temps opportun ; et des soins sans discrimination.
			<p>Questionnaire sur la satisfaction des femmes au travail</p>	RU	O	Pour les SMR et le manque de respect et les abus liés aux patientes. Mis au point par Smith (2001), ce	Les 10 sous-échelles incluses dans ce questionnaire comprennent le soutien professionnel pendant le

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
			lors de l'accouchement https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743424/pdf/v010p00017.pdf			questionnaire évalue la satisfaction des femmes à l'égard des soins prodigués pendant l'accouchement.	travail, les attentes du travail, l'évaluation à domicile au début du travail, le fait de tenir le bébé, le soutien du mari/partenaire, le soulagement de la douleur pendant le travail, le soulagement de la douleur immédiatement après le travail, la connaissance des soignants pendant le travail, l'environnement du travail et le contrôle pendant le travail.
			Staha Study Facility Exit Questionnaire	Tanzanie	N	Pour les SMR et le manque de respect et les abus liés aux patientes. Ce questionnaire a été utilisé dans le cadre de l'étude Staha en Tanzanie ; il comprend une section sur l'expérience de manque de respect et d'abus rapportée par les femmes ; la longueur de ce questionnaire peut le rendre prohibitif pour l'utilisation courante de l'ensemble du questionnaire mais il pourrait être utilisé pour collecter des données de base/finales.	Qualité et satisfaction perçues ; expérience du manque de respect et des abus.
			Maternity Ward Survey for Magunga Hospital (Staha project in Tanzania)	Tanzanie	N	Pour les SMR et le manque de respect et les abus liés aux patientes. Ce questionnaire auto-administré a été utilisé pour le processus d'amélioration de la qualité à	Enquête de sortie en neuf questions portant sur le respect de la part des prestataires, l'intimité physique, la disponibilité des médicaments et des

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
						l'hôpital, qui demande aux femmes d'évaluer un certain nombre d'aspects concernant la qualité des soins. Les femmes les ont placés dans une boîte fermée à clé et les réponses ont été analysées par le personnel de l'établissement de santé.	équipements, la propreté de l'établissement de santé.
			Questionnaire sur les expériences des patientes enceintes et en matière de soins de maternité (Sjetne et al. 2015). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546178/pdf/12884_2015_Article_611.pdf	Norvège	O	L'objectif de l'enquête était de « décrire le développement et les propriétés psychométriques d'un questionnaire sur les expériences des patientes enceintes et en soins de maternité. » A partir de 17 semaines de naissance.	Naissance 1 des 4 sections du questionnaire – divisés en 3 sous-échelles : relations personnelles dans la salle d'accouchement, ressources et organisation de la salle ; attention portée au partenaire dans la salle.
			Enquête sur l'expérience des femmes bangladaises en matière de services de maternité (Duff et al. 2001). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11476146	Bangladesh	Y	72 items (divisés en 3 sous-échelles : CPN 33 ; peri-15 ; postnatal 24). Délai : 2 mois post-partum.	« Modèle pour le développement d'instruments pour les populations ethniques minoritaire »
			Questionnaire d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA). Carquillat et al., BMC	Suisse, France	Y	13 items Échelles en 4 points : relation avec le personnel soignant (4), état émotionnel (3), premiers moments avec le	Attentes, contrôle perçu, relation avec les soignants et le père, émotions, premiers moments de la naissance du bébé.

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
			Grossesse et accouchement 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577741/pdf/12884_2017_Article_1462.pdf			NN (3) sentiments à 1 mois pp (3).	
			Fiches d'évaluation des citoyens http://siteresources.worldbank.org/INTPCE/NG/1143380-1116506267488/20511066/reportcardnote.pdf	Aucun résultat publié de l'utilisation de cet outil pour des SMR/Manque de respect et abus	N	Pour les perspectives des SMR/du manque de respect et des abus des membres de la communauté et des clientes. Développées par le Public Affairs Center en 1994, les fiches d'évaluation des citoyens sont des enquêtes sur les réactions des clientes.	Perception par les utilisateurs de la qualité, de l'efficacité et de l'adéquation de différents services publics
			Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) survey; (Enquête sur l'évaluation des patients sur le système de santé et ses prestataires) http://www.hcahpsonline.org/home.aspx	Aucun résultat publié de l'utilisation de cet outil pour des SMR/Manque de respect et abus	O—dans plusieurs pays	Pour l'évaluation des SMR liée aux patientes. L'enquête HCAHPS contient 21 points de vue des patientes sur les soins et des éléments d'évaluation des patientes. L'enquête comprend également quatre questions de sélection et sept éléments démographiques, qui sont utilisés pour ajuster la composition des patientes dans les hôpitaux et à des fins d'analyse.	L'enquête porte sur neuf sujets clés : la communication avec les médecins, la communication avec les infirmières, la réactivité du personnel hospitalier, la prise en charge de la douleur, la communication sur les médicaments, les informations sur la sortie, la propreté de l'environnement hospitalier, le calme de l'environnement hospitalier et la transition des soins.
			L'indice MOR (Mothers on Respect) mesure la	Colombie Britannique USA	O	Développé et validé en Colombie-Britannique, ce document présente les	Les éléments de l'indice MOR évaluent la nature des interactions respectueuses

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
			qualité, la sécurité et les droits de la personne lors de l'accouchement (Remarque : l'outil cité en référence n'explique pas la notation/la pondération). http://www.science-direct.com/science/article/pii/S2352827317300174			résultats de l'analyse psychométrique d'une enquête comportant 14 questions qui mesurent les aspects de la communication patiente-prestataire.	patiente-prestataire et leur impact sur le sentiment de confort d'une personne, son comportement et ses perceptions du racisme ou de la discrimination.
			Afulani et al. 2017, <i>Reproductive Health</i> . Développement d'un outil pour mesurer les soins maternels centrés sur la personne dans les milieux en développement : validation dans le Kenya rural et urbain. https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0381-7	Kenya	O	30 items divisés en 3 sous-échelles pour mesurer les aspects positifs et négatifs des soins maternels centrés sur la personne ; validé dans un contexte rural et urbain au Kenya.	3 sous-échelles mesurent les soins maternels centrés sur la personne : -Soins dignes et respectueux (6 items, positifs et négatifs) -Communication et autonomie (9 items) -Soins de soutien (15 items : temps, soutien au travail et à l'accouchement, soutien émotionnel, prise en charge de la douleur, infrastructure de l'établissement de santé).
			Montesinos-Segura, R et al. 2017. Manque de respect et mauvais traitements	Pérou	N	Enquête transversale sur le manque de respect et les mauvais traitements selon les catégories de Bowser et Hill.	

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
			pendant l'accouchement dans 14 hôpitaux de 9 villes du Pérou http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jgo.12353/abstract				
			Paridhi Jha et al. 2017. Action mondiale pour la santé. Satisfaction des services d'accouchement fournis dans les établissements de santé publics : résultats d'une enquête transversale auprès des femmes postnatales de Chatisgarh, en Inde. http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2017.1386932	Inde	N	30 items avec 3 sous-échelles pour mesurer les aspects positifs et négatifs des soins maternels centrés sur la personne. Les auteurs présentent les résultats de l'analyse psychométrique de l'outil des soins maternels centrés sur la personne qui a été précédemment validé au Kenya en utilisant des données provenant de l'Inde. Ils avaient pour objectif d'évaluer la validité et la fiabilité de l'échelle des soins maternels centrés sur la personne en Inde, et de comparer les résultats à ceux obtenus lors de la validation au Kenya. Ils ont effectué des analyses psychométriques, y compris des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires itératives, afin d'évaluer la validité et la fiabilité des concepts et des critères.	
			Alufani et al. 2018 https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0591-7	Inde	O		

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
			Afulani et al. 2019 https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laniglo/PIIS2214-109X(18)30403-0.pdf	Kenya, Ghana, Inde	O	Rapports sur les résultats de 3 pays (Ghana, Inde, Kenya) appliquant l'échelle des soins maternels centrés sur la personne pour évaluer l'expérience des femmes en matière de soins.	
2. Questionnaire structuré pour l'accompagnante	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être réalisé périodiquement ou systématiquement pour l'accompagnante de chaque cliente ou pour un échantillon d'accompagnantes de clientes dans un établissement de santé. • Un suivi par SMS ou par téléphone peut être possible dans certains contextes. • Les accompagnantes peuvent être en mesure de signaler 	<ul style="list-style-type: none"> • Les SMS ou les sondages ou questions écrites envoyés par poste nécessitent l'alphabétisation. • Le suivi par SMS ou par téléphone exclut les accompagnantes plus pauvres n'ayant pas accès à un téléphone. • Possibilité de biais de réponse (par exemple, biais de courtoisie) selon la personne qui administre l'enquête. 	Aucune étude publiée sur les SMR/mauvais traitements utilisant cette méthode n'a été identifiée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.	NA	NA	NA	NA

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
	un comportement dont elles ont été témoins et qui n'a pas été reconnu par la cliente elle-même.						
3.Questionnaire confidentiel pour les prestataires/le personnel	<ul style="list-style-type: none"> Peut être une approche relativement plus réalisable qui peut être triangulée avec l'auto déclaration des Possibilité de biais de réponse (par exemple, biais de désirabilité sociale). Possibilité de recueillir des informations sur les questions liées à la culture organisationnelle. Parce que le personnel est toujours présent, peut observer les modèles de SMR et de mauvais traitements. Peut mesurer l'expérience des agents de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de biais de réponse (par exemple, biais de désirabilité sociale). Les mauvais traitements peuvent être devenus normaux pour de nombreux membres du personnel. 	Ndwiga et al. 2017 https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0364-8	Kenya	N		
			Enquête sur la culture de la sécurité des patients dans les hôpitaux https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/5333/surveys-on-patient-safety-culture	N/A	O	Pour l'évaluation des SMR liée à la culture organisationnelle. Développé par le Patient Safety Group de l'Agence américaine pour la recherche et la qualité des soins de santé (AHRQ) : Cette enquête auprès du personnel a été élaborée en 2004 pour aider les hôpitaux à évaluer leur culture de la sécurité. Ce lien comprend les outils d'enquête et un guide de l'utilisateur.	Cet outil peut évaluer le soutien aux prestataires, la gestion/supervision des prestataires, les communications au sein de la structure, les informations de base sur les prestataires.
			Human Resources Management Assessment Approach https://www.capacityplus.org/files/resources/hrm-		N	Pour l'évaluation des SMR liée à la culture organisationnelle et à l'environnement de travail. Ce document du projet Capacity Plus décrit une approche d'évaluation destinée à aider les utilisateurs à identifier et à	Culture organisationnelle ; environnement de travail ; systèmes de gestion

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
	en matière de prestation de soins		assessment-approach.pdf	N/A		résoudre les problèmes liés aux systèmes de gestion des ressources humaines (GRH). Elle favorise la collecte et l'analyse d'informations sur les principaux défis définis en matière de GRH, et contribue à l'élaboration de politiques, de stratégies, de systèmes et de processus efficaces pour relever ces défis. L'approche permet également de générer la base de preuves nécessaire pour déterminer les solutions et les interventions les plus appropriées pour relever les défis de la GRH d'une manière systémique, intégrée et holistique.	
			Sécurité https://med.uth.edu/chqs/surveys/safety-attitudes-and-safety-climate-questionnaire/	NA	O	Pour l'évaluation des SMR liée à la culture organisationnelle et à l'environnement de travail. Cette enquête peut être utilisée pour mesurer les attitudes des prestataires de santé liées à six domaines : climat de travail en équipe, climat de sécurité, perception de la direction, satisfaction professionnelle, conditions de travail et reconnaissance du stress. Ce lien comprend l'outil d'enquête, une lettre d'autorisation pour utiliser la	Cet outil permet d'évaluer le climat de travail en équipe, le climat de sécurité, les perceptions de la direction, la satisfaction au travail, les conditions de travail et la reconnaissance du stress.

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
						forme courte du questionnaire et une clé de notation.	
			Boîte à outils pour l'analyse et l'amélioration de la productivité du personnel de santé https://www.capacityplus.org/productivity-analysis-improvement-toolkit/	NA	N	Pour l'évaluation des SMR liée à la culture organisationnelle et à l'environnement de travail. Développé par Capacity Plus Project, The Health Workforce Productivity Analysis and Improvement Toolkit (boîte à outils d'analyse et d'amélioration de la productivité du personnel de santé) décrit un processus par étapes pour mesurer la productivité des agents de santé en établissement, comprendre les causes sous-jacentes des problèmes de productivité, identifier les interventions potentielles pour les résoudre, améliorer la prestation des services et atteindre les objectifs de santé. Cette boîte à outils se concentre spécifiquement sur la productivité des agents de santé en établissement et non sur celle du système de santé dans son ensemble.	Cet outil permet d'évaluer les problèmes de productivité du personnel de santé, notamment l'inefficacité des établissements de santé, l'absentéisme des agents de santé et la faible demande des patientes.
			Enquête sur la satisfaction des employés	NA	N	Pour l'évaluation des SMR liée à la culture organisationnelle, l'environnement de travail et	Cet outil évalue le traitement équitable des employés ; la compréhension des attentes par les employés ; les

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
			https://www.k4health.org/sites/default/files/Employee_Satisfaction_Tool.pdf			la satisfaction des employés. Élaboré par le Management and Leadership Program, Management Sciences for Health, cet outil d'enquête peut être utilisé pour établir une base de référence sur la satisfaction des employés. Les gestionnaires sont encouragés à utiliser ce questionnaire pour établir des données de base avant d'apporter des améliorations au système de GRH.	sentiments des employés concernant le feedback sur la performance, leur valeur pour l'organisation et les opportunités de développement de carrière.
4. Observation directe ou en tête-à-tête des soins pendant l'accouchement	Peut fournir des mesures objectives pour les tâches plus faciles à observer ou moins subjectives (par exemple, la violence physique, la présence d'une accompagnante à l'accouchement).	Nécessite beaucoup de ressources et n'est donc pas réalisable dans le cadre d'une programmation de routine, mais pourrait être effectuée dans le cadre de l'assurance qualité (par exemple, visites de supervision périodiques). Tâches plus subjectives pouvant nécessiter plus d'interprétation ; ne mesure pas la perception des femmes des mauvais	Enquêtes sur la qualité des soins du MCHIP. Rosen et al. (2015) : n=2 164 observations du travail et accouchement. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0728-4	Éthiopie Kenya Madagascar Rwanda Tanzanie	N	Pour les SMR et le manque de respect et les abus liés aux patientes. L'objectif de l'enquête est de générer des informations pour quantifier le besoin et orienter le contenu des activités d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux au niveau des établissements de santé, des districts et du pays. Les enquêtes fournissent une documentation sur l'utilisation appropriée, la qualité de la mise en œuvre et les obstacles à la performance des principales interventions de prévention, de dépistage et de traitement pendant les soins maternels	Catégories de manque de respect et abus de Bowser et Hill (2010) : violence physique, soins cliniques non consentis, soins non confidentiels, soins non dignes, et détention dans des établissements de santé. Bohren et al. (2015) Abus physique, abus sexuel, abus verbal, défaut d'établissement de normes professionnelles de soins, discrimination, système de santé.

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
		traitements ou le vécu des soins.				et néonataux en établissement de santé.	
			Abuya et al. 2017 http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0123606	Kenya	N	Pour les soins respectueux et le manque de respect et les abus liés aux patients. Cet outil d'observation a été utilisé en fin d'étude dans l'étude de Heshima. L'outil a été développé par le Population Council, en incorporant des modifications d'outils utilisés dans plusieurs études.	
			Sethi et al. (2017): n=2,109 du travail et accouchement. https://reproductivehealthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0370-x Sethi et al. (2017): n=2,109 du travail et accouchement. https://reproductivehealthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0370-x	Malawi	N	Adaptation de l'outil d'observation du travail et de l'accouchement sur la qualité des soins de MCHIP	
			Bohren et al. 2019 https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31992-0/fulltext	Inde Nigeria Myanmar	O	Observation structurée (et enquête communautaire)	
5. Simulation des soins et des interactions entre les	<ul style="list-style-type: none"> Pourrait fournir des mesures objectives pour les tâches qui 	<ul style="list-style-type: none"> Pourrait être menée dans le cadre du processus 	Aucune étude publiée sur les SMR/mauvais traitement utilisant	NA	NA	NA	NA

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
prestataire et les clientes	<p>sont plus faciles à observer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne nécessite pas la disponibilité d'un cas de travail et accouchement, et pourrait donc être utilisé dans des contextes de faible charge de travail. • Permet d'évaluer les compétences de communication du prestataire simulé (et non ses performances). • Peut aider à renforcer simultanément les compétences des prestataires. 	<p>d'assurance qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tâches plus subjectives peuvent nécessiter plus d'interprétation. • Certains aspects des soins sont difficiles à observer pendant la simulation (par exemple, la discrimination/les préjugés). • Possibilité d'effet Hawthorne • Ne mesure pas la performance réelle du prestataire (seulement les compétences) 	cette méthode n'a été identifiée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.				
6. Système d'information sur la gestion de la santé (SIGS) de routine	Les données pourraient être collectées pour chaque patiente plutôt que pour un échantillon.	<ul style="list-style-type: none"> • Des informations supplémentaires sont nécessaires pour interpréter correctement les résultats (par exemple, le choix de la position d'accouchement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune étude/rapport publié actuellement disponible concernant l'utilisation des données. • Les indicateurs sont actuellement 		NA	NA	NA

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
		<p>a-t-il été refusé ou n'a-t-il pas été offert ou n'a-t-il pas été demandé) ; les accompagnantes à l'accouchement ont-elles été non offertes, refusées ou non demandées).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a une limite au nombre d'indicateurs pouvant être collectés par le SIGS et aux dimensions des soins pouvant être couvertes. • Peut ne pas mesurer la « densité » de l'intervention, par exemple, accompagnement présent uniquement au moment où le bébé est sorti, par opposition à l'accompagnement présent pendant toute la durée du travail 	<p>collectés dans le SIGS du Mozambique : accompagnante et position d'accouchement (plus précisément, positions verticales ou semi-verticales) (MCHIP Revue du SIGS 2014).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le SIGS du Ghana inclut la présence d'un homme pendant l'accouchement. 				

Méthode	Points forts de la méthode	Faiblesses de la méthode	Référence/outils (avec liens si disponibles)	Pays	Validé ? (O/N)	Description	Dimensions couvertes
		et de l'accouchement.					
7. Questionnaire avec un membre de la famille			Questionnaire sur les expériences de la famille concernant la qualité des soins en unité de soins intensifs. Jensen et al. 2015.	Danemark Pays-Bas	O	Pour les SMR et le manque de respect et abus liés aux familles des patientes. Développé par Jensen et al. (2015), l'euroQ2 a été conçu pour évaluer les expériences des familles en matière de qualité des soins pour les patientes gravement malades dans l'unité de soins intensifs (USI). Cependant, on peut envisager d'adapter les questions de ce questionnaire pour comprendre les expériences des membres de la famille en matière de soins.	Qualité des soins, y compris les soins interpersonnels (structure, processus, résultats rapportés par les familles concernant les services de travail et accouchement et les SMR)

Annexe 7. MCSP, SMR : Outils d'analyse de la situation, outils de suivi et d'évaluation, et considérations éthiques

Pour l'adaptation par les programmes nationaux

Les outils d'analyse de la situation pour les SMR énumérés ci-dessous ont été adaptés à partir de plusieurs sources et peuvent être modifiés par les responsables de la mise en œuvre des programmes de MCSP dans le cadre de la première phase de conception décrite dans les directives opérationnelles des SMR. Les outils n'incluent intentionnellement que les méthodes de collecte de données susceptibles d'être réalisables et durables dans le contexte de programmes complets de SMN fonctionnant à une échelle relative dans des contextes à faibles ressources. Ainsi, les méthodes de collecte de données à forte intensité de ressources qui peuvent être considérées par certains comme la référence dans la recherche sur les SMR, telles que l'observation directe ou le suivi après la sortie de l'hôpital lors d'entretiens avec les clientes à domicile, ne sont pas incluses.

Les outils sont résumés dans deux tableaux ci-dessous : 1) des outils qualitatifs comprenant des entretiens approfondis avec des administrateurs, des prestataires, des femmes, des décideurs politiques et des représentants d'organisations de la société civile (tableau 2) ; et 2) des outils quantitatifs comprenant des enquêtes auprès des clientes, des gestionnaires et des prestataires (tableau 1). Les outils énumérés ci-dessous sont disponibles à l'adresse suivante : [RMC Metrics Tools Appendix 7](#).

Les outils d'analyse qualitative de la situation présentés dans le tableau 2 comprennent des versions modifiées des guides de terrain de l'étude multi pays de l'OMS et d'autres sources citées dans les outils individuels pour une adaptation et une utilisation ultérieures par les programmes de MCSP sur le terrain. Les outils originaux de l'OMS ont été utilisés dans le cadre d'une étude multi pays approfondie visant à élaborer et à valider des outils permettant de mesurer la façon dont les femmes sont traitées lors de l'accouchement (étude en cours). Dans le cadre de cette étude, l'OMS est également en train de valider un outil d'observation et d'enquête qui sera intégré à ce guide une fois disponible (Vogel et al. 2015). Les outils qualitatifs révisés de l'OMS inclus ici (en vue d'une adaptation ultérieure) sont destinés à une analyse de la situation plus condensée susceptible d'être plus facilement utilisable dans le cadre de grands programmes de SMN disposant de ressources limitées dans des contextes à faibles ressources.

Les outils de collecte de données quantitatives de base et finales du tableau 1 comprennent des adaptations d'outils d'enquête existants du projet Heshima, du projet Staha, des enquêtes sur la qualité des soins du MCHIP, d'un article de Sheferaw et al. (2016) et de sources supplémentaires citées dans les outils individuels. L'enquête à la sortie des clientes et l'enquête auprès des prestataires peuvent être utilisées dans le cadre de la collecte de données de base et finales pour informer la conception et l'évaluation des interventions du programme de SMR. L'outil d'enquête auprès des prestataires est adapté en partie des enquêtes sur la qualité des soins de MCHIP.

Les programmes sur le terrain sont encouragés à adapter les outils à leur contexte local en fonction de la portée globale du programme et des objectifs spécifiques de SMR et, si nécessaire, à examiner et à adapter des outils de collecte de données supplémentaires provenant d'études pertinentes pour leur programme spécifique et leur contexte local (voir les références). Dans certains cas, le nombre de questions dans un outil particulier peut être réduit ou des questions peuvent être modifiées ou même ajoutées en utilisant les ressources énumérées dans les annexes 4 et 5 des directives opérationnelles des SMR. Par exemple, les programmes peuvent vouloir utiliser un sous-ensemble de questions de l'enquête à la sortie des clientes et de l'enquête

Mise en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

auprès des prestataires pour le suivi périodique de l'expérience des femmes en matière de soins dans le contexte des interventions du programmes de SMR.

Étant donné que la revue du comité d'examen institutionnel (IRB) est nécessaire pour l'évaluation et le rapport externe du vécu et/ou de l'opinion autodéclarée des clientes et des agents/prestataires de santé, il est important que les programmes déterminent s'ils doivent demander l'approbation de l'IRB avant de commencer la collecte des données. Voir ci-dessous d'autres conseils sur les considérations éthiques, y compris les ressources mises à la disposition du personnel de MCSP.

Tableau 1 : Outils de collecte de données quantitatives de base et finales

Outils de collecte de données de base et finales pour informer la conception et l'évaluation des interventions des SMR (inclure des adaptations des projets Heshima et Staha, des enquêtes sur la qualité des soins de MCHIP, d'un article de Sheferaw et al. 2016 et d'autres sources citées dans les outils).	
Outil 1 : Enquête auprès des prestataires	Recueil des informations auprès des prestataires de santé en établissement de santé en tant qu'informateurs clés sur la façon dont les femmes en général sont traitées pendant le travail et l'accouchement dans les établissements de santé et comment leurs collègues sont traitées.
Outil 2 : Enquête de sortie des clientes	Cet outil d'enquête, adapté des outils d'enquêtes de sortie des clientes du projet Staha et du projet Heshima, demande aux femmes de réfléchir à la manière dont elles devraient être traitées pendant l'accouchement, ainsi qu'à leurs vécu personnel pendant l'accouchement en établissement de santé. Si possible, cet outil d'enquête plus long et complet doit être utilisé au départ, avant l'introduction des interventions, puis à nouveau à la fin de l'étude pour mesurer les changements dans les indicateurs clés.

Tableau 2 : Outils qualitatifs d'analyse de la situation

Outils d'analyse de la situation : pour comprendre le contexte local et informer la conception des interventions locales des SMR (adaptés de l'étude multi-pays de l'OMS et d'autres outils).	
Outil 3 : Guide d'entretien approfondi pour les femmes en âge de procréer (WRA)	Recueil des informations auprès des femmes de la communauté qui sont en âge de procréer et qui ont accouché dans un établissement de santé. Elles sont des informatrices clés concernant les expériences dont elles ont entendu parler ou qu'elles ont vécues individuellement pendant le travail et l'accouchement.
Outil 4 : Guide d'entretien approfondi pour les femmes recevant des soins prénatals (CPN)	Ce guide permet de recueillir des informations auprès des femmes enceintes de la communauté qui ont recours aux CPN. Ce sont des informatrices clés sur le vécu en matière de CPN et leurs opinions sur la façon dont les femmes de leur communauté sont traitées pendant les CPN.
Outil 5 : Guide d'entretien approfondi pour les administrateurs	Recueil des informations auprès des administrateurs des établissements de santé , en tant qu'informateurs clés, sur les perceptions de la façon dont les femmes en général sont traitées pendant le travail et l'accouchement dans leurs établissements de santé et sur l'environnement de l'établissement de santé.
Outil 6 : Guide d'entretien approfondi pour les prestataires	Recueillir des informations auprès des prestataires de santé de soins de grossesse et d'accouchement dans les établissements de santé en tant qu'informateurs clés sur la façon dont les femmes en général sont traitées pendant le travail et l'accouchement dans les établissements de santé du point de vue du prestataire, comment leurs collègues sont traitées et les valeurs, les perceptions et les besoins déclarés par les prestataires eux-mêmes.
Outil 7 : Guide d'entretien approfondi	Recueil des informations sur la manière dont les organisations de la société civile (OSC), les associations professionnelles et les décideurs politiques

Outils d'analyse de la situation : pour comprendre le contexte local et informer la conception des interventions locales des SMR (adaptés de l'étude multi-pays de l'OMS et d'autres outils).	
pour les décideurs politiques et les OSC	promouvent les SMR dans les communautés et les établissements de santé. *Note : Peut également être utilisé pour la recherche sur les sujets humains.
Outil 8 : Guide d'entretien approfondi pour les accoucheuses traditionnelles	Recueil des informations auprès des accoucheuses traditionnelles en tant qu'informatrices clés sur la façon dont les femmes en général sont traitées pendant la grossesse, le travail et l'accouchement à domicile, les interactions des accoucheuses traditionnelles avec l'établissement de santé et leurs perceptions du vécu des femmes dans l'établissement de santé.
Outil 9 : Guide de groupe de discussion pour les femmes de la communauté	Ce guide de discussions de groupe permet de recueillir des informations sur les femmes de la communauté sur la façon dont elles pensent que les femmes devraient être traitées pendant le travail et l'accouchement, ainsi que sur leurs propres expériences en matière de soins de maternité en établissement de santé
Outil 10 : Outil d'évaluation de l'état de préparation de l'établissement de santé en matière de SMR	Cet outil basé sur l'observation recueille des informations sur l'état de préparation des espaces de travail, d'accouchement et postnatals des établissements de santé pour fournir des soins de qualité respectueux pendant le travail, l'accouchement et la période postnatale (par exemple, l'intimité des clientes, la disponibilité des produits de base minimum, les protocoles de consentement des clientes).

Directives sur les évaluations éthiques :

- En règle générale, une revue par un comité d'éthique institutionnel (IRB) peut être nécessaire pour les programmes qui ont l'intention de mesurer l'expérience autodéclarée des clientes et des prestataires. Plus précisément, si les outils d'évaluation ou les entretiens approfondis à la sortie de l'hôpital portent sur les expériences individuelles d'une personne (femmes, agents de santé et autres parties prenantes), que ce soit par le biais d'entretiens individuels ou de groupes de discussion, et que le programme souhaite diffuser largement les résultats, la revue de l'IRB peut être nécessaire, car ce type de collecte de données peut être considéré comme une recherche sur des sujets humains. Cela dit, le comité d'éthique institutionnel de l'école de santé publique de Johns Hopkins a récemment déterminé qu'un protocole (qui utilisait les outils ci-dessus) n'était pas une recherche sur des sujets humains parce que l'activité était décrite comme une approche/un projet d'amélioration de la qualité. L'IRB de l'école de santé publique Johns Hopkins a déterminé que l'activité n'était pas considérée comme une recherche sur des sujets humains au termes de la réglementation 45 CFR 46.102 du ministère de la santé et des services sociaux. Certains outils d'analyse de la situation recueillent des informations clés sur les perceptions des expériences générales et des normes communautaires, et devraient être considérés comme des recherches sur des sujets non humains. Cependant, vous devez travailler avec une personne qui vous seconde pour la mesure, le suivi, l'évaluation et l'apprentissage et avec l'IRB pour confirmer avant de commencer toute collecte de données.
- Pour les recherches sur des sujets humains, l'approbation de l'IRB est requise avant la collecte des données et la diffusion des résultats en dehors de MCSP. Il existe une règle interdisant la publication sans la revue de l'IRB dans les publications de revues à comité de lecture et éventuellement dans les présentations de conférences, alors que la publication de données ou de rapports agrégés sur les programmes via les sites web des programmes de MCSP, la soumission à l'USAID ou aux ministères de la santé, ou lors de réunions informelles est généralement acceptable. Encore une fois, veuillez travailler avec la personne qui vous seconde pour la mesure, le suivi, l'évaluation et l'apprentissage et avec l'IRB pour confirmer pour confirmer que les résultats peuvent être partagés.

Mise en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

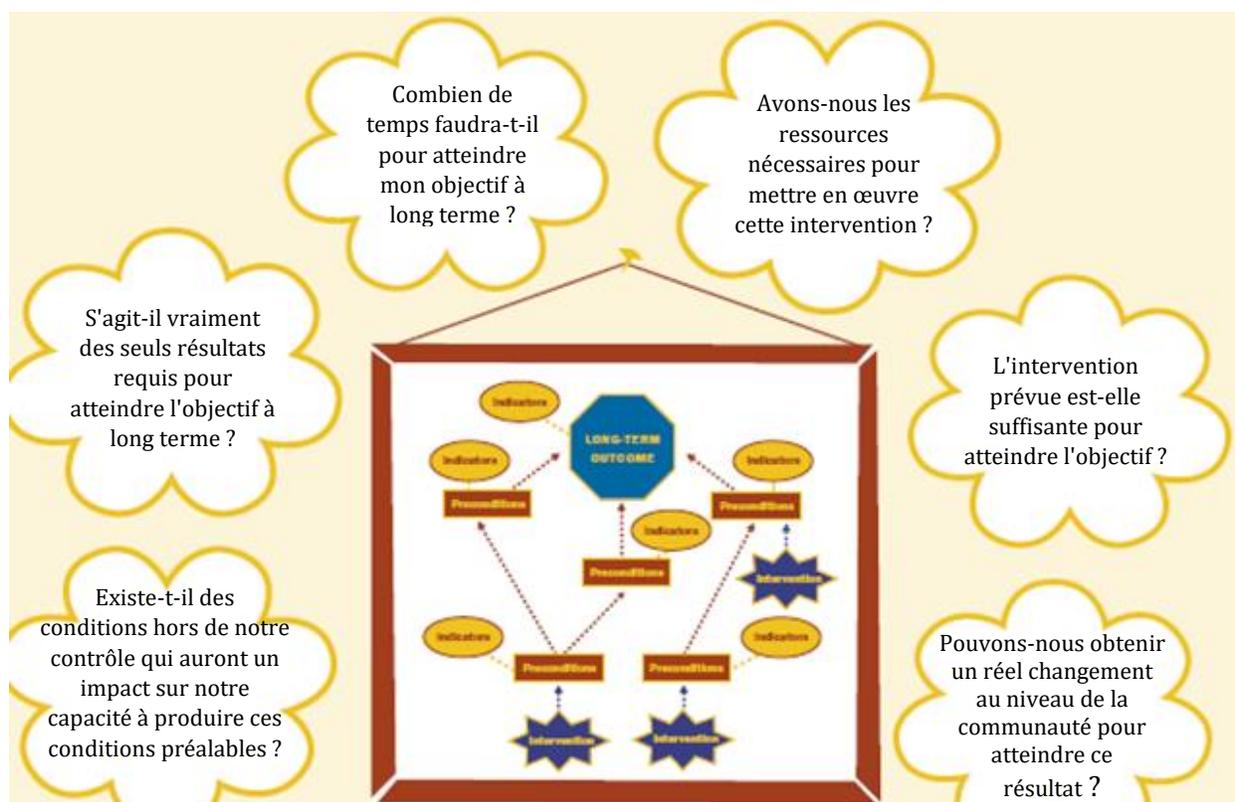
- Des efforts doivent être faits pour protéger la vie privée et la confidentialité des participants auprès desquels les données sont collectées, quelle que soit la manière dont les données sont collectées et diffusées, et les données doivent être stockées en toute sécurité.
- Même si l'IRB de l'école de santé publique Johns Hopkins Bloomberg ne considère pas vos méthodes de collecte de données comme des recherches sur des sujets humains, (il est conseillé de déterminer si les mêmes méthodes de collecte de données seront considérées comme des recherches sur des sujets humains) dans le pays et de suivre les procédures correctes de soumission/examen dans le pays. Certains IRB locaux peuvent encore vouloir revoir des protocoles qui ne sont pas des recherches sur des sujets humains aux États-Unis. Il est donc important de se conformer aux réglementations locales et, au minimum, d'informer les personnes compétentes que le programme collectera des données sur des sujets non humains afin d'éviter tout problème ultérieur. Consultez IRBHelp@jhpiego.org si vous avez des questions ou pour une consultation.

Annexe 8 : Comment élaborer une théorie du changement

Pourquoi recourir à une théorie du changement ?

- Une théorie du changement permet d'éviter de mettre en œuvre une erreur.
- La création d'une théorie du changement soulève de nouvelles questions que les parties prenantes doivent prendre en compte lors de l'élaboration d'un plan stratégique ou d'une évaluation (voir la figure 1 ci-dessous).
- Le processus de création et de critique d'une théorie du changement oblige les parties prenantes à être explicites sur la manière dont les ressources seront utilisées pour réaliser les conditions préalables de l'objectif à long terme qu'elles poursuivent.
- Les théories du changement aident également un groupe à établir un consensus sur la façon dont le succès sera documenté.
- Enfin, la création d'une théorie du changement aide les parties prenantes du programme à développer une compréhension commune de ce qu'elles essaient d'accomplir en clarifiant pour toutes les personnes impliquées.

Figure 1. Exemples du type de questions qui peuvent être soulevées au fur et à mesure que le groupe travaille sur le processus



Mise en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

Exemple illustratif des tâches liées à la création et à l'affinement d'une théorie du changement

1. Identifier les objectifs à long terme

Dans la première étape de l'élaboration de la théorie, les participants à la théorie du changement discutent, se mettent d'accord et précisent le ou les objectifs à long terme.

2. Cartographie à rebours et connexion entre les résultats

Après la première étape consistant à définir les objectifs à long terme et un cadre de changement simple, une étape plus détaillée du processus de cartographie a lieu. En nous appuyant sur le cadre initial, nous continuons à cartographier à rebours jusqu'à ce que nous ayons un cadre qui raconte l'histoire que nous pensons être appropriée aux fins de la planification.

3. Compléter le cadre des résultats

Pour compléter le cadre, les conditions préalables sont étoffées en remontant jusqu'à la condition initiale ; l'explication des conditions préalables reste importante.

4. Identifier les hypothèses

Toute initiative est aussi solide que ses hypothèses. Malheureusement, ces hypothèses sont trop souvent non exprimées ou présumées, ce qui entraîne fréquemment une confusion et un malentendu dans le fonctionnement et l'évaluation de l'initiative. Pour remédier à ce problème, la théorie du changement documente les hypothèses afin de garantir un accord pour la planification et la postérité.

5. Développer des indicateurs

Dans l'étape des indicateurs, des détails sont ajoutés au cadre de changement. Cette étape se concentre sur la manière de mesurer la mise en œuvre et l'efficacité de l'initiative. En collectant des données sur chaque résultat, l'initiative peut identifier ce qui se passe ou ne se passe pas et découvrir pourquoi.

Chaque indicateur comporte quatre parties : la population, la cible, le seuil et le délai.

6. Identifier les interventions

Après avoir défini le cadre de changement presque complet, nous nous concentrons maintenant sur le rôle des interventions (ce que le programme (ou l'initiative) doit faire pour obtenir des résultats).

Source : Qu'est-ce qu'une théorie du changement ? Centre pour la théorie du changement.

Matériel de référence pour le développement d'une théorie du changement :

[Theory of Change: A Practical Tool for Action, Results and Learning](#)

(Annie E. Casey Foundation, www.aecf.org)

[The Community Builder's Approach to Theory of Change: A Practical Guide to Theory Development](#)

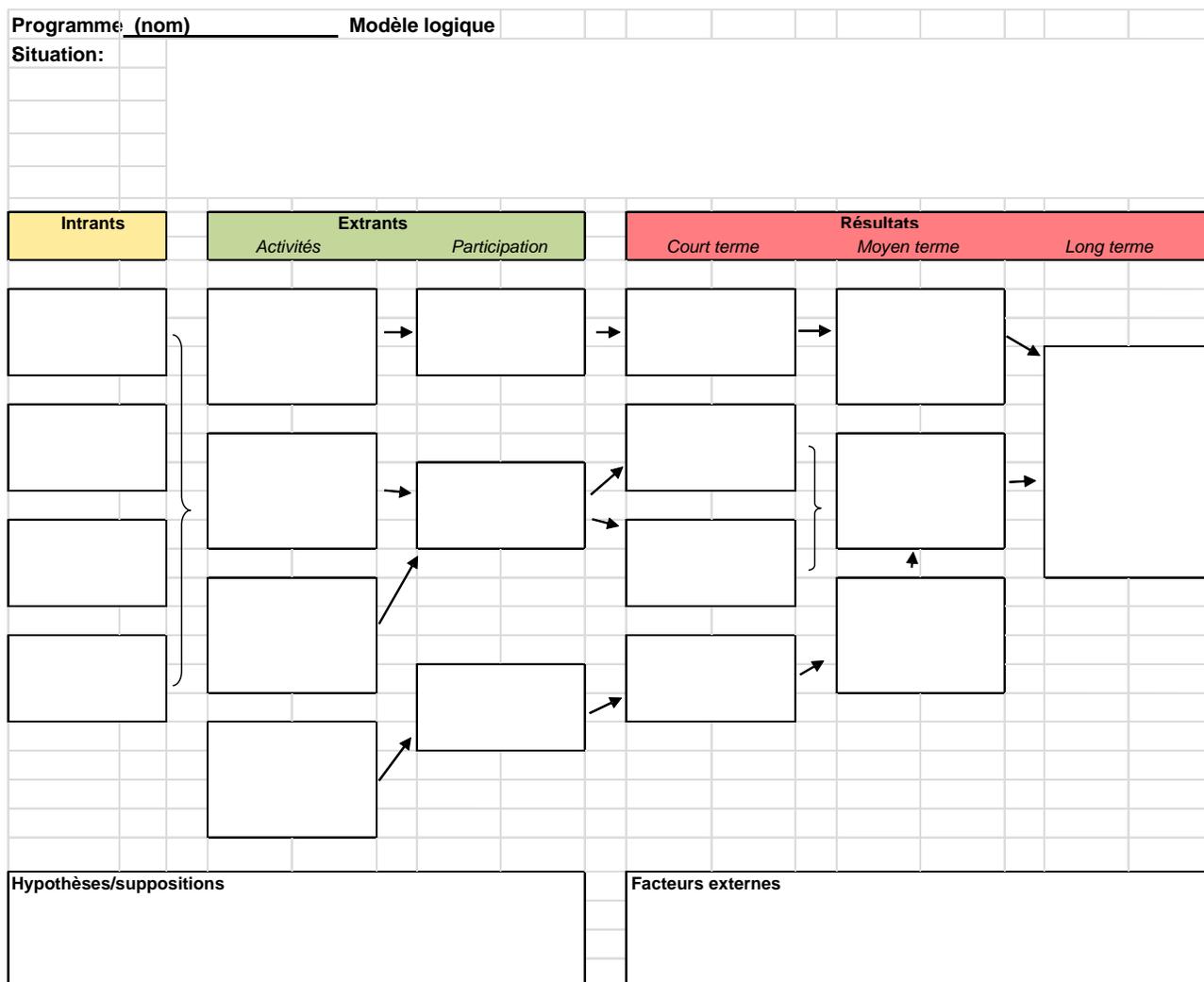
(Andrea Anderson, the Aspen Institute Roundtable on Community Change)

[What is Theory of Change? Center for Theory of Change](#)

Annexe 8A : Modèle/feuille de travail pour la création d'une théorie du changement

(Également appelé modèle conceptuel)

Pour accéder au modèle Excel de la théorie du changement (modèle logique) ci-dessous, veuillez cliquer ici : [Theory of Change Excel Template](#)



Mise en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

Annexe 8B : Exemples d'une théorie du changement tirés des programmes de SMR en Tanzanie et au Kenya

Des exemples de théories du changement provenant de deux programmes uniques en Tanzanie (projet Staha ; publication de Ratcliff et al.) et d'un programme au Kenya (projet Heshima) sont illustrés ci-dessous dans les figures 1, 2 et 3 avec des hyperliens juste en dessous.

[Exemple de théorie du changement en Tanzanie](#)

[Exemple de théorie du changement du projet Staha](#)

[Exemple de théorie du changement du projet Heshima](#)

Figure 1. Théorie du changement du projet en Tanzanie

Ratcliffe et autres *Reproductive Health* (2016) 13:79
DOI 10.1186/s12978-016-0187-z

INVESTIGACIÓN

Acceso abierto

Réduire le manque de respect et les abus lors de l'accouchement en Tanzanie : une étude exploratoire des effets de deux interventions dans un grand hôpital public



Hannah L Ratcliffe^{1,2*}, David Sando^{1,3}, Goodluck Willey Lyatuu³, Faida Emil³, Maty Mwanyika-Sando⁴, GuerinoChalamilla^{3,4*}, Ana Langer¹ et Kathleen P. McDonald^{1,5}

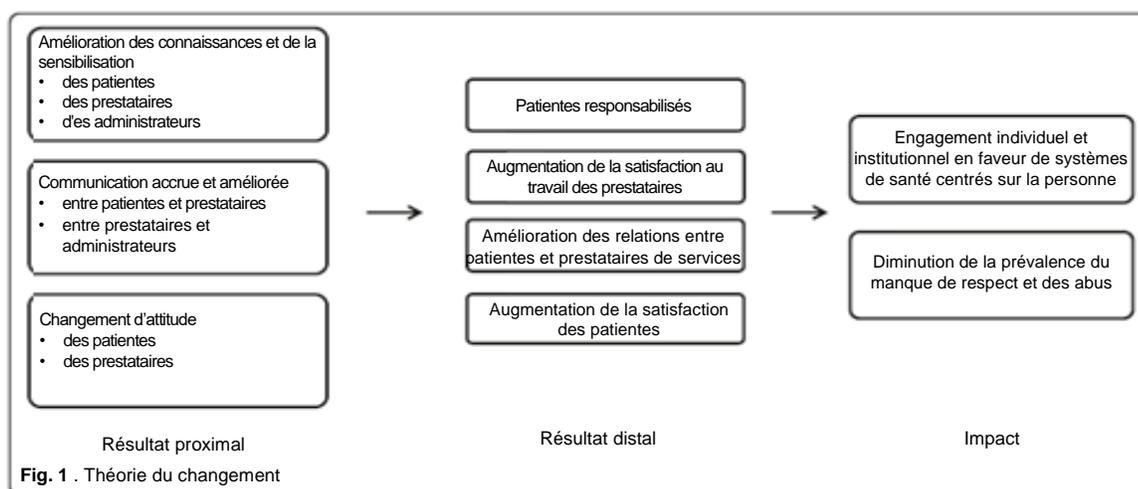
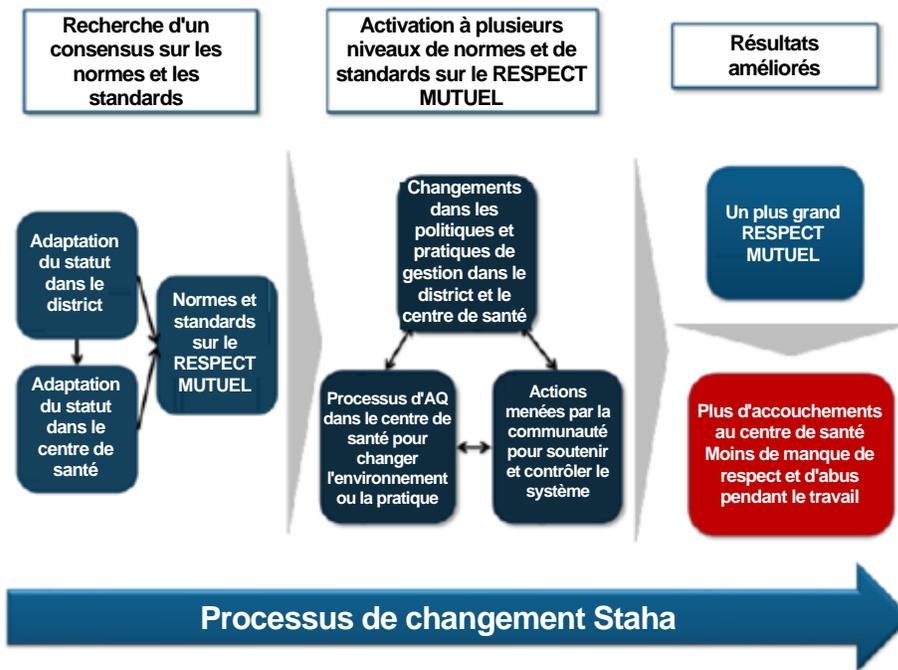
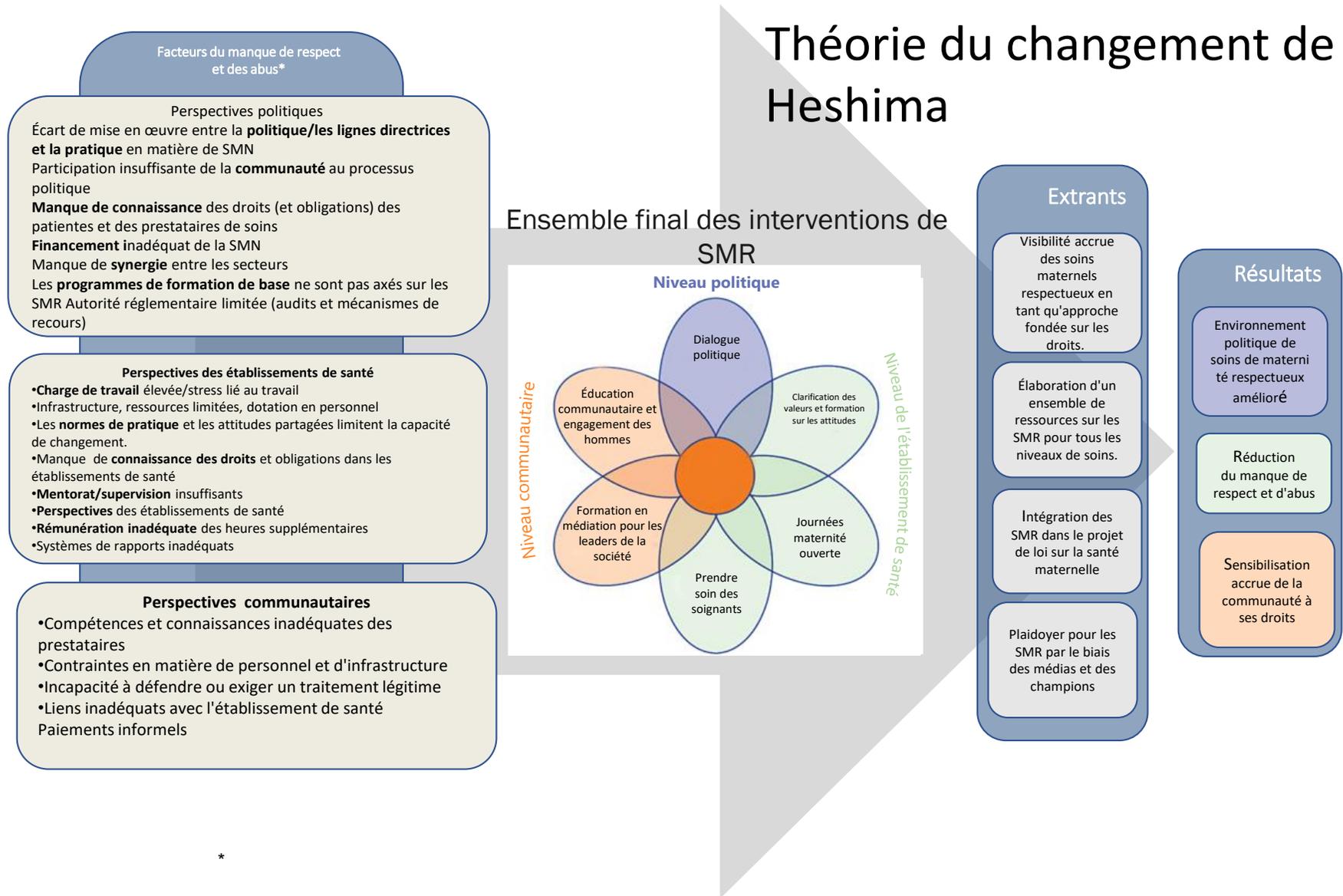


Figure 2. Diagramme de la théorie du changement du processus Staha



Mise en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonataux de MCSP

Figure 3. Théorie du changement du projet Heshima



Warren et al. 2017