

Assurer des soins de maternité respectueux pour les femmes, les nouveau-nés et les familles

Directives opérationnelles flexibles

Mars 2020

www.mcspprogram.org

L'objectif de ces directives opérationnelles des soins de maternité respectueux est de guider les responsables de la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et néonatale à travers un processus souple et progressif pour concevoir, mettre en œuvre et suivre les efforts dans leur contexte local pour améliorer l'expérience des femmes, des nouveau-nés et des familles en matière de soins et éliminer les mauvais traitements lors des accouchements en établissement de santé.

Introduction

Les intervenants locaux et mondiaux s'engagent de plus en plus à considérer l'expérience des soins comme une composante essentielle de la qualité des soins. La qualité des soins pendant l'accouchement et l'expérience des femmes, des nouveau-nés et des familles relatifs à ces soins est un déterminant important de la décision des familles d'utiliser ou non les services d'accouchement en établissement de santé (en plus des autres facteurs géographiques et économiques).^{1,2,3} Dans de nombreux pays, les femmes subissent des mauvais traitements pendant l'accouchement et n'ont pas la possibilité de faire des choix qui leur permettent de contrôler leur propre expérience.^{1,4,5} Les efforts visant à accroître l'utilisation par les femmes et les familles des services lors de l'accouchement dans les établissements de santé ne réussiront que si les mauvais traitements sont réduits et les femmes et les familles ont confiance qu'elles recevront des soins de maternité respectueux (SMR). Cette réalisation a fait ressortir la nécessité de mieux comprendre les formes et les facteurs locaux des SMR et des mauvais traitements afin d'éclairer la conception et la mise en œuvre des interventions visant à améliorer les SMR et à réduire les mauvais traitements.

Malgré les nombreuses études publiées qui évaluent les manifestations, la prévalence et, dans une moindre mesure, les facteurs des SMR et des mauvais traitements, il existe encore peu de preuves pour éclairer la conception, la

Directives opérationnelles des soins de maternité respectueux

Moving Respectful Maternity Care into Practice in Comprehensive MCSP Maternal and Newborn Programs
Operational Guidance

March 2020

Disponible à :
<https://alignmnh.org/resource/moving-respectful-maternity-care-into-practice-in-comprehensive-mcsp-maternal-and-newborn-programs-operational-guidance-french/>

mise en œuvre et le suivi au niveau local des interventions des SMR dans le cadre de programmes complets de santé maternelle et néonatale (SMN). Les études démontrent qu'il n'existe pas de solution miracle unique pour améliorer les SMR et illustrent l'importance d'un processus local multipartite pour développer et tester les interventions en fonction du contexte local. À ce jour, la plupart des interventions des SMR ont été mises en œuvre dans le cadre d'études indépendantes de SMR plutôt que dans le cadre de programmes complets de SMN.

En se fondant sur la littérature publiée et grise, le Programme phare de l'USAID pour la survie de la mère et de l'enfant (MCSP) a élaboré les directives opérationnelles pour aider les gestionnaires de programmes à intégrer les SMR comme élément central de programmes complets de SMN. L'objectif des directives opérationnelles est de guider les gestionnaires des programmes de SMN, ainsi que les intervenants et homologues locaux, à travers un processus souple de conception, de mise en œuvre et de suivi des efforts de SMR, basé sur une connaissance approfondie du contexte local.

Le présent sommaire résume les composantes clés des directives, y compris les ressources disponibles dans la littérature publiée et grise. Comme le montre l'encadré 1, les directives opérationnelles des SMR comprennent quatre sections principales : introduction, contexte, conception, mise en œuvre, suivi, et documentation des approches de SMR, dans le cadre d'un programme complet de SMN, et une dernière section d'annexes qui contient des références et outils utiles.

Directives opérationnelles des SMR

Introduction aux directives opérationnelles des SMR

Cette section examine l'objectif général des directives et décrit l'augmentation rapide des efforts de plaidoyer, de recherche et de mise en œuvre visant à réduire les mauvais traitements des femmes lors de l'accouchement en établissement de santé.

La prise de conscience de l'ampleur et des manifestations les plus courantes des mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement a considérablement augmenté au cours de la décennie qui a suivi la publication de l'analyse de la situation de Bowser and Hill sur le manque de respect et les abus lors de l'accouchement en établissement de santé.⁶ En 2011, l'Alliance du Ruban Blanc a lancé une campagne mondiale pour promouvoir les SMR en tant que droit humain universel, qui a abouti à une charte des droits des femmes en âge de procréer, ultérieurement mise à jour en 2019 pour inclure les droits des femmes enceintes et des nouveaux nés. En 2015, Bohren et ses collègues a publié une revue systématique à méthodes mixtes sur les mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement, qui a identifié sept thèmes principaux : violence physique, violence sexuelle, violence verbale, stigmatisation et discrimination, non-respect des normes professionnelles de soins, mauvaises relations entre les femmes et les prestataires de soins, et conditions et contraintes du système sanitaire¹ (voir l'encadré 2).

Alors que la question des mauvais traitements est devenue de plus en plus reconnue au cours de la dernière décennie, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres ont intégré les SMR (ou l'expérience des

Encadré 1. Table des matières des directives opérationnelles pour les SMR :

- Introduction
- Contexte : Preuves à ce jour et cadres prometteurs
- Conception et mise en œuvre des approches de SMR dans le cadre d'un programme complet de SMN
- Annexes (outils et ressources)

Encadré 2. Sept thèmes sur les mauvais traitements identifiés dans la revue systématique de l'OMS :

- Violence physique
- Violence sexuelle
- Violence verbale
- Stigmatisation et discrimination
- Non-respect des normes professionnelles de soins
- Mauvaises relations entre les femmes et les prestataires
- Conditions et contraintes du système de santé

Bohren et al. 2015

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

soins) dans de nombreuses recommandations et stratégies mondiales, notamment des normes relatives à une expérience positive des soins à la naissance pour les femmes et les nouveau-nés. Par exemple, le cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins en matière de SMN comprend huit standards ambitieux visant à assurer des soins de qualité au moment de l'accouchement.⁷ Trois de ces normes (quatre, cinq et six) traitent de l'expérience des soins, y compris d'une communication efficace, respect et dignité, et soutien psychologique.

L'absence ou l'atténuation du manque de respect ne garantit pas la prestation des SMR, une attention concertée à la promotion des SMR et à la réduction des mauvais traitements est susceptible de donner les meilleurs résultats.

Il est important de noter que l'absence ou la diminution du manque de respect ne garantit pas la prestation de SMR. 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 maternels respectueux et les mauvais traitements lors de l'accouchement représentent deux extrémités d'un continuum et les études démontrent que les femmes et les nouveau-nés peuvent faire l'expérience de SMR positifs et des mauvais traitements négatifs le long de ce continuum.

Contexte : élaborer les données probantes et les cadres permettant de comprendre les mauvais traitements et les soins respectueux

La section contexte des directives opérationnelles décrit les cadres actuels et les données probantes pour définir et mesurer les SMR et les mauvais traitements et passe en revue les approches qui ont été testées dans des études dans des contextes différents pour renforcer les SMR et réduire les mauvais traitements. Des données probantes récentes démontrent qu'en plus des mauvais traitements courants infligés aux femmes pendant l'accouchement dans tous les contextes géographiques, les agents de santé maternelle eux-mêmes sont souvent maltraités et travaillent dans des systèmes de santé qui ne répondent pas à leurs besoins fondamentaux.⁸ Comprendre et réduire les causes des mauvais traitements des clientes et des agents de santé nécessite un système de santé et une optique sociale, ainsi qu'un engagement à remédier aux faiblesses du système de santé, aux inégalités sociales et économiques structurelles, et aux asymétries de pouvoir entre les femmes et les agents de santé.

Des études démontrent qu'il n'existe pas de solution miracle pour réduire les mauvais traitements et améliorer les SMR. Plutôt, **la littérature publiée et grise sur les programmes démontre l'importance d'interventions à multiples facettes, définies localement et adaptées au contexte de chaque programme.**

Il n'existe pas d'approche unique pour garantir des soins respectueux à l'accouchement. MCSP travaille avec des partenaires nationaux pour identifier et tester des solutions de prévention des mauvais traitements et de promotion des SMR adaptées au contexte de chaque pays.

Des exemples illustratifs de diverses approches pour améliorer les SMR et réduire les mauvais traitements appliqués dans les études dans différents contextes et à différents niveaux du système (national, infranational, prestation de services, communauté) sont résumés à l'annexe 3. Voici quelques exemples :

Source : Respect during Childbirth Is a Right, Not a Luxury (MCSP, publié sur le blog du MHTF [Groupe de travail pour la santé maternelle de la Harvard School of Public Health])

- Travail de plaidoyer et politique aux niveaux national et local (politique nationale ; charte de district ou d'établissement de santé)
- Processus d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé intégrant la participation de la communauté
- Journées portes ouvertes à la maternité pour augmenter l'interaction informelle parmi les femmes enceintes, les familles et les agents de santé pour familiariser les familles avec les services de maternité et exercer leur influence
- Interventions qui soutiennent les agents de santé (Soins aux soignants)

- Mettre particulièrement l'accent sur l'éthique professionnelle et les compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles dans l'éducation de base, la supervision facilitante, et le développement professionnel
- Renforcer les systèmes de santé locaux pour surmonter les obstacles structurels (p. ex. manque de matériel, manque d'infrastructures de base)

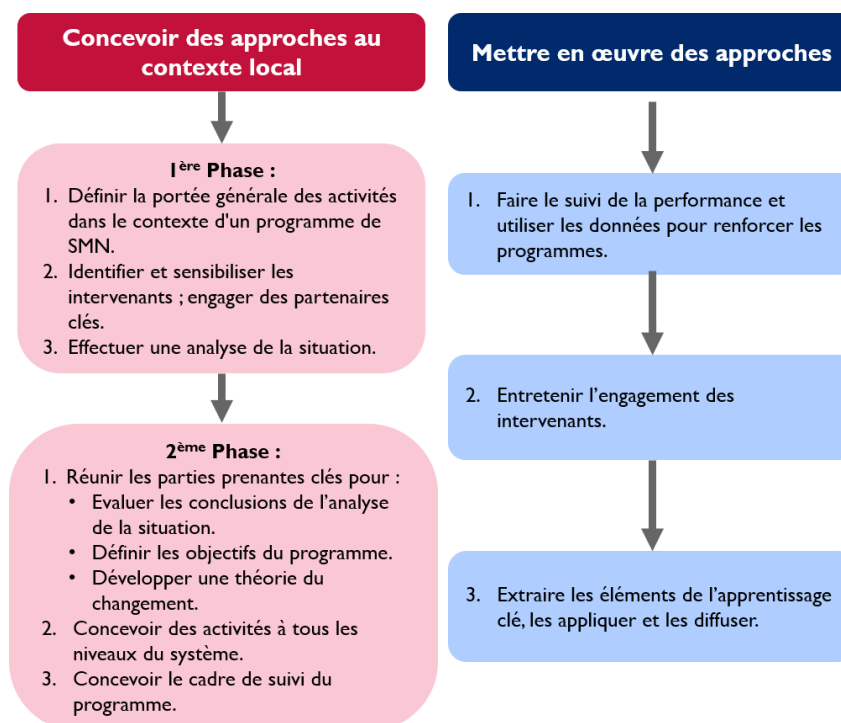
Conception et mise en œuvre des approches de SMR dans le cadre d'un programme complet de SMN

La troisième section des directives opérationnelles décrit une série d'étapes flexible pour éclairer la conception, la mise en œuvre, et le monitoring des approches de SMR dans le cadre d'un programme complet de SMN. La figure 1 donne un aperçu graphique de ce processus par étapes en deux phases consécutives : une étape de conception et une étape de mise en œuvre. La première phase de l'étape de conception consiste à définir la portée générale des activités de SMR, la participation des principaux intervenants et la compréhension des causes et des manifestations des mauvais traitements et des expériences positives de soins à l'accouchement dans le contexte local (par une analyse). La deuxième phase de l'étape de conception consiste à examiner des conclusions avec les intervenants et à les utiliser pour prioriser un ensemble d'activités de SMR à tous les niveaux du système et à conceptualiser un cadre de suivi du programme. La deuxième étape de mise en œuvre est axée sur la mise en œuvre des activités de SMR classées par ordre de priorité à la première étape, le suivi de la performance et l'utilisation des données qualitatives et quantitatives pour renforcer et adapter les activités du programme si nécessaire, le maintien de l'engagement des intervenants et l'extraction, l'application, et la diffusion régulières des éléments de l'apprentissage.

Conception des approches de SMR : première phase

- Définir la portée générale des activités :** les directives mettent l'accent sur deux phases dans la conception des approches de SMR. Dans la première phase, les responsables de la mise en œuvre du programme définissent la portée générale d'un effort de SMR dans le cadre d'un programme complet de SMN, en tenant compte des données probantes disponibles localement, des priorités des intervenants locaux, des ressources du programme et d'autres considérations clés décrites dans les directives.
- Identifier et sensibiliser les principaux intervenants locaux :** ces intervenants sont des partenaires essentiels tout au long de la conception et de la mise en œuvre des interventions locales de SMR et contribuent à la durabilité des interventions d'un programme. En tenant des consultations avec une gamme d'intervenants

Figure 1. Processus de conception et de mise en œuvre des approches de SMR dans le cadre d'un programme complet de SMN



et de partenaires, les gestionnaires de programme parviendront à une meilleure compréhension des causes liées aux SMR et aux mauvais traitements au niveau local, y compris les perceptions et les priorités des groupes d'intervenants importants (p. ex. femmes, familles, communautés, agents de santé, ministère de la santé, et gestionnaires des établissements de santé). Les consultations commenceront également à sensibiliser les principaux groupes d'intervenants.

- 3. Effectuer une analyse de la situation :** une fois que la portée générale d'un effort de SMR dans le cadre d'un programme complet de SMN a été définie, il est important d'explorer et de comprendre les manifestations et les facteurs clés des SMR et/ou aux mauvais traitements dans le contexte local. Même dans les programmes de SMN ayant des ressources limitées, les programmes doivent entreprendre une modeste analyse de la situation pour explorer les mauvais traitements et ses causes (p. ex. inégalités entre les sexes) et l'expérience et les priorités des femmes, des familles et des agents de santé en matière de soins de maternité dans le contexte local. Idéalement, une analyse de la situation comprendra un mélange de méthodes qualitatives et quantitatives. MCSP a élaboré un ensemble d'outils d'analyse de la situation, adaptés de la littérature, et les a appliqués au Nigéria (Etats d'Ebonyi et de Kogi) et au Guatemala (Western Highlands). Ces outils, révisés selon l'apprentissage dans chaque pays, cités à l'annexe 7, comprennent un mélange de méthodes qualitatives et quantitatives pour évaluer et trianguler les perspectives, les expériences et les priorités en matière de soins maternels chez les femmes, les familles, les membres de la communauté, les agents de santé et les gestionnaires des soins de santé.

Conception des approches de SMR : deuxième phase

- 1. Réunir les principaux intervenants pour examiner les résultats de l'analyse de la situation, définir les objectifs du programme et élaborer une théorie du changement :** au cours de la deuxième phase de conception des approches de SMR, les principaux intervenants ont un rôle important à jouer pour aider les gestionnaires de programme à examiner les résultats de l'analyse de la situation, à définir les objectifs du programme de SMR, et à développer une théorie du changement basée sur les résultats. Une théorie du changement est une description et une illustration de la manière dont on pense qu'un changement souhaité doit se produire dans un contexte spécifique. Une théorie du changement est un outil utile pour définir et cartographier comment les activités prioritaires sont censées atteindre les objectifs souhaités du programme dans le contexte local. Des exemples illustrant les théories du changement des études de SMR en Tanzanie et au Kenya figurent à l'annexe 8b des directives opérationnelles de SMR.
- 2. Concevoir les activités clés de SMR à tous les niveaux du système :** l'analyse de la situation permettra probablement d'identifier les facilitateurs pour la SMR et les facteurs des mauvais traitements opérant à plusieurs niveaux du système. Idéalement, les approches du programme cibleront autant de niveaux de système pertinents que possible dans le cadre et des ressources du programme. Les directives opérationnelles décrivent les considérations à prendre en compte pour définir et hiérarchiser les activités de SMR à tous les niveaux du système dans un programme global de SMR (par exemple, politique nationale et sous-nationale, plaidoyer en faveur de la législation, soutien de gestion sous-nationale aux services de maternité et aux agents de santé de première ligne ; processus d'amélioration de la qualité qui engage les membres de la communauté et les agents de santé). L'annexe 3 examine les diverses approches visant à renforcer les SMR et à réduire les mauvais traitements qui ont été testées dans le cadre d'études menées dans différents contextes et décrit les facilitateurs et les obstacles potentiels à l'application d'approches spécifiques dans un contexte de programme individuel.
- 3. Conception du cadre de suivi du programme :** une fois qu'un programme a défini les objectifs et activités de SMR en fonction des résultats et de sa théorie du changement, le programme doit définir comment il surveillera sa performance (notamment en évaluant régulièrement l'expérience des soins des femmes et des familles) et comment il utilisera ces données pour ajuster et renforcer constamment ses activités. Les méthodes quantitatives et qualitatives utilisées dans l'évaluation formative ou l'analyse de la situation peuvent être adaptées de manière sélective pour appuyer le suivi lors de la mise en œuvre des activités de SMR. Par exemple, un court questionnaire quantitatif à l'intention des femmes, ses familles et des prestataires, adapté des outils utilisés pour l'analyse de la situation, peut être utilisé régulièrement pour mesurer l'expérience des femmes et des familles en matière de soins. Cette section passe en revue la

sélection des indicateurs et des sources de données quantitatives et qualitatives que les gestionnaires des programmes peuvent utiliser pour développer un plan de suivi du programme et décrit des approches d'évaluation testées dans le cadre du réseau multipays de l'OMS sur la qualité des soins.

Mise en œuvre et suivi des approches de SMR

- Faire le suivi de la performance et utiliser les données pour renforcer les programmes de SMR :** une fois que le programme a défini les objectifs, les approches clés et un plan de suivi, le personnel du programme doit élaborer un plan de mise en œuvre détaillé et un calendrier précisant clairement les rôles et responsabilités du personnel du programme et des intervenants locaux, y compris les ressources de mise en œuvre. Le plan de mise en œuvre et de suivi doit spécifier les jalons du programme et les indicateurs à suivre, y compris la manière dont les données seront collectées et analysées régulièrement pour évaluer la performance du programme et apporter des ajustements nécessaires.

- Maintenir l'engagement des intervenants :** pour assurer la durabilité, l'impact et le passage à l'échelle potentiel, il est

important que le personnel du programme collabore avec les principaux intervenants, communique les progrès réalisés et maintienne un solide engagement, y compris avec les représentants du ministère de la santé, les représentants des groupes de femmes et des groupes professionnels, les clientes, les agents de santé communautaires et les gestionnaires. Idéalement, les principaux intervenants auront été impliqués au cours de la phase de conception du programme et pourraient aider à diriger certaines activités du programme. Le programme pourrait bénéficier de la formation d'un groupe consultatif local et / ou national chargé de suivre la performance du programme et de recommander des ajustements aux activités du programme au besoin.

- Extraire, appliquer et diffuser l'apprentissage clé :** il y a de nombreuses questions d'apprentissage importantes et des lacunes dans les données probantes concernant la conception, la mise en œuvre et le suivi des approches de SMR dans des programmes complets de SMN dans des contextes aux faibles ressources. Cette section souligne l'importance d'élaborer un plan de suivi et de documentation du programme afin d'éclairer les adaptations du programme et de soutenir la diffusion de l'apprentissage pour les intervenants locaux et mondiaux. L'apprentissage des programmes doit être orienté vers l'action et axé sur la transmission d'informations pratiques aux principaux intervenants 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. Cette section comprend des liens vers deux ressources qui peuvent aider à structurer la documentation et l'apprentissage et souligne plusieurs questions d'apprentissage prioritaires pour les programmes mettant en œuvre les activités de SMR.

Annexes : directives opérationnelles de SMR	
Annexe 1	Résume les normes quatre, cinq et six de l'OMS sur la qualité des soins aux mères et aux nouveau-nés, relatives à l'expérience des patients en matière de soins, et aux énoncés de qualité spécifiques définis pour chaque norme. ⁹
Annexe 2	Décrit les sept principaux thèmes des mauvais traitements identifiés par l'OMS en 2015 et les facteurs communs rapportés dans la littérature.
Annexe 3	Résume les approches prometteuses de SMR dans la littérature publiée, y compris les avantages et inconvénients potentiels des approches individuelles dans des contextes de programme spécifiques.
Annexe 4	Fournit une note conceptuelle illustrative et un plan de travail intégrant les approches de SMR dans un programme complet de SMN.
Annexes 5 & 6	Résume les méthodes qualitatives et quantitatives d'évaluation des mauvais traitements et de l'expérience positive des soins à l'accouchement dans les établissements de santé ; comprend des références aux publications et aux outils que les responsables de la mise en œuvre du programme peuvent adapter.
Annexe 7	Décrit et comprends des liens vers un ensemble d'outils d'analyse situationnelle qualitative et quantitative développés par MCSP que les responsables de la mise en œuvre du programme peuvent adapter en fonction du contexte local et des besoins des programmes.
Annexes 8, 8a, 8b	Fournit des conseils sur la manière de développer une théorie du changement et donne des exemples.

Conclusion

En dépit de nombreux efforts récents en matière de politiques, de programmes et de recherche pour faire progresser les SMR pour les femmes et les nouveau-nés, il existe encore peu de données probantes pour éclairer la conception, la mise en œuvre, et le suivi des interventions au niveau local pour promouvoir les SMR et réduire les mauvais traitements dans les programmes complets de SMN dans des contextes aux faibles ressources.

MCSP espère que les directives opérationnelles des SMR aideront les intervenants nationaux, les gestionnaires du programme et les partenaires à faire avancer les efforts de mise en œuvre et l'apprentissage dans divers contextes. MCSP a travaillé avec les intervenants locaux au Nigéria et au Guatemala pour appliquer les premières phases des directives opérationnelles et contribue à la conception, à la mise en œuvre et au suivi d'interventions visant à améliorer les soins centrés sur la personne et à réduire les mauvais traitements dans le cadre du réseau multipays de l'OMS sur la qualité des soins pour améliorer la SMN (www.qualityofcarenetwork.org).



Photo : Kate Holt, Libéria

La réalisation de ce sommaire a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), aux termes de l'Accord Coopératif AID-OAA-A-14-00028. Le contenu de ce document relève de la responsabilité du Programme pour la survie de la mère et de l'enfant (Maternal and Child Survival Program) et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

¹ 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.

² 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.

³ Abuya T, Warren C, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. 2015. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One* DOI: 10.1371/journal.pone.0123606.

⁴ USAID TRAction Project. 2010. *Exploring Evidence and Action for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*. Bowser and Hill.

⁵ Abuya T, Warren C, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. 2015a. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One* DOI: 10.1371/journal.pone.0123606.

⁶ Bowser D, Hill K. 2010. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Washington: USAID.

⁷ World Health Organization (WHO). 2016. *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*. At: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/

⁸ WHO. 2016. *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.

⁹ WHO. 2016. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva, WHO.