
SOUMISSION AU COMITÉ D'ÉTHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ

Protocole : Évaluation de l'impact de l'abolition du paiement des soins de santé maternelle en Afrique de l'Ouest et au Maroc: nouveaux outils, nouvelles connaissances

Date : 15 février 2012

Investigateurs : Nicolas Meda, MD, PhD, Centre Muraz/
AFRIC Santé, Burkina Faso

Rasmané Ganaba, D.V.M., Ph.D., AFRIC Santé,
Burkina Faso

Maurice Yaogo, Ph.D, AFRIC Santé, Burkina Faso

Patrick G. Christian Ilboudo, DEA, AFRIC Santé,
Burkina Faso

Cheick Omar Diallo, MD, Centre Muraz/
AFRIC Santé, Burkina Faso

Institutions de recherche :

AFRIC Santé, Burkina Faso

Evaluation de l'impact de l'abolition du paiement des soins de santé maternelle en Afrique de l'Ouest et au Maroc : nouveaux outils, nouvelles connaissances.

Table des matières

Acronymes	2
Résumé exécutif.....	3
Introduction.....	7
Problématique et justification de la recherche	10
Objectifs de l'étude	14
Méthodologie	16
Stratégie générale de recherche.....	16
Description du groupe d'activités du Burkina (WP6).....	18
Sélection des sites	22
Composantes de l'étude	26
Groupe thématique sur l'analyse de la politique de santé et les outils de financement	26
Groupe thématique sur l'impact sur le système de santé des districts	29
Groupe thématique sur les résultats et l'impact sur la qualité des soins	34
Les outils de recherche.....	37
Management de la recherche	39
Dissémination des résultats.....	41
Considérations éthiques	44
Echéancier du groupe de travail sur le Burkina	49
Budget	50
Références.....	54
ANNEXES: les outils des groupes de travail	55
Les outils du WP2	55
Coûts à la charge de l'hôpital.....	55
Coûts indirects de production des services de santé à la charge de l'hôpital	61
Entretien de sortie pour chaque femme qui a accouché.....	69
Enquête sur les mesures incitatives centrées sur le personnel de santé	83
Questionnaire de l'analyse financière.....	100
Les outils du WP3	154
Les outils du WP4	168

Acronymes

ACT	Combinaisons à base d'artémisinine
ARV	Anti rétroviraux
AFRICSanté	Agence de formation, de recherche et d'expertise en santé pour l'Afrique
CFA	Franc CFA de l'Afrique de l'Ouest
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM	Centre médical
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale (District Hospital)
CoP	Communauté de Pratiques
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
GREFSaD	Groupe de recherche, d'expertise et de formation en santé pour le développement
DSME	Direction de la santé de la mère et de l'enfant IMPACT Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment
IRSS	Institut de Recherche en Sciences de la Santé (Burkina Faso)
MRC	Medical Research Council
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
POEM	Policy effects Mapping
RMAT	Rayon moyen d'action théorique
RSH	Recherche sur les Sujets Humains
SONU	Soins obstétricaux et neonatals d'urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SSL	Systèmes de Santé Locaux
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WP	Work Package (paquet de travail)

Résumé exécutif

L'exemption des frais d'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence (SOU) est l'une des politiques introduites par plusieurs pays africains dont le Burkina Faso dans le but d'améliorer l'accès aux soins et donc d'améliorer la santé maternelle et néonatale. Cependant, l'évidence scientifique sur l'impact de ces politiques n'est pas bien étayée, en partie à cause des modèles d'évaluation qui ne sont pas en mesure de capter toutes les informations nécessaires aux décideurs politiques pour prendre des décisions éclairées. Cette proposition vise à combler cette insuffisance en développant à la fois des méthodologies de recherche et des outils qui permettront d'affiner les recherches sur la mise en œuvre des politiques, d'apporter des évidences plus solides et d'améliorer la diffusion des résultats obtenus.

Objectifs généraux :

1. développer de nouvelles approches méthodologiques pour l'évaluation des interventions complexes dans les pays à faibles revenus ;
2. améliorer la santé des mères et de leurs nouveau-nés en effectuant des évaluations détaillées de l'impact, du coût et de l'efficacité opérationnelle de l'exemption des frais des soins d'accouchement et des SONU sur la santé des mères et des nouveau-nés et la qualité des soins ;
3. améliorer la dissémination des résultats de recherche au profit des décideurs et des autres acteurs.

Objectifs spécifiques :

- 1 **Développer des méthodes avancées** pour l'évaluation des interventions complexes impliquant divers niveaux du système de santé et mises en œuvre sur une grande échelle. L'innovation porte sur les domaines suivants :
 - a. l'élaboration d'un outil de mesure de la mise en œuvre de politiques qui décrit

- les interventions en termes de leur adéquation aux objectifs initiaux, leur éventuelle portée et leur pénétration ;
- b. le développement de méthodes novatrices pour l'analyse des politiques de santé, en mettant l'accent sur ce qui pousse au changement de politique et comment la politique est transférée, aussi bien au niveau national, régional et international ;
 - c. l'élaboration d'un modèle comparatif d'étude, basée sur une évaluation réaliste qui met l'accent sur la pertinence et la plausibilité de l'effet de l'intervention plutôt que sur la probabilité et fournit des informations pertinentes sur les politiques ;
 - d. l'utilisation d'événements critiques (*near miss*) comme un point d'entrée pour l'évaluation des résultats de santé et de la qualité des soins.

2 **Appliquer ces méthodes avancées de recherche** pour évaluer l'impact, le coût-efficacité et les mécanismes d'exemption du paiement direct des soins pour les accouchements, particulièrement pour les soins obstétricaux d'urgence, au Burkina Faso mais aussi au Bénin, au Mali et au Maroc.

3 **Tester une nouvelle façon de synthétiser et diffuser des résultats de recherches** aux décideurs par le biais d'un réseau [une Communauté de Pratique (CoP)] qui encourage l'apprentissage interactif entre les décideurs, les organisations internationales et les chercheurs et entre les pays de la région.

La mise en œuvre de cette étude se fera dans six (6) districts sélectionnés parmi ceux ayant au moins 150000 habitants et ayant réalisé au moins 50 césariennes par an avant la mise en œuvre de la politique de subvention. Les districts éligibles ont par la suite été classés en 4 groupes suivant une méthode hiérarchique au moyen des variables suivantes: l'accessibilité (définie à partir du rayon moyen d'action théorique), l'indice de pauvreté, le niveau d'utilisation des structures de santé (% d'accouchements assistés et % de césariennes). Ainsi, les six districts suivants ont été retenus: Banfora, Bogandé, Gaoua, Houndé, Orodara, Yako. L'étude comportera un volet quantitatif et un volet qualitatif. L'ensemble des outils qui seront utilisés pour la collecte des données sont listés dans le tableau ci-dessous.

Outil	Niveau	Sujets principaux	La méthode de collecte des données
Grille d'observation dans les réunions (B-SCALA)	Acteurs au niveau national, régional	Manière et contenu de la discussion et la présentation de la politique de gratuité Thèmes clés : contexte et justification de la rencontre, cadre général, contenu et structure des échanges, acteurs en présence et types d'interactions, appréciations du déroulement des sessions, réseautage	A. Observation participante dans les réunions sur les politiques et la santé maternelle 1. niveau national : séminaires et ateliers sur la politique 2. communications et échanges JSSB B. CoP 1. Observation des échanges du comité de pilotage (grille thématique) 2. Suivi des échanges dans la boucle du réseau national (grille thématique)
Guide d'entretien avec les acteurs nationaux et régionaux	Acteurs aux niveaux national et régional	Introduction de la politique Perceptions sur comment la politique a été mise en place et comment elle marche Mise en œuvre réelle de la politique comparée aux documents officiels Eléments du contexte politique nécessaires pour que la politique soit réalisée et effective Echange entre les acteurs nationaux, régionaux et internationaux sur la politique	A. Discussion structurée avec des informateurs clés B. CoP Entretiens avec des informateurs clés sélectionnés à partir des participants au CoP sur le contenu, le fonctionnement des échanges et les leçons tirées
L'outil de suivi des flux financiers <i>Financial flows tracking (FFT)</i>	National, régional, district, établissements de santé (dépendant des véhicules que nous utilisons)	1. Budgets & dépenses 2. Répartition selon la région et le service 3. Calendrier des paiements (et les équipements où nécessaire) 4. Concordance avec les activités enregistrées 5. Régularité et suffisance des fonds arrivant dans les établissements	Une collecte structurée des données secondaires
Le coût du paquet de soins <i>Costing</i>	Les établissements de santé	1. Admissions dans les services 2. Coûts unitaires de production	Basé sur des entretiens et un échantillon de dossiers médicaux
Les entretiens de sortie <i>Exit interviews (EI)</i>	Clients	1. Dépenses pour les services d'accouchement à l'intérieur et l'extérieur des hôpitaux 2. Dépenses en pourcentage de la consommation des ménages 3. Le comportement de sollicitation des soins de santé 4. L'accès aux établissements 5. Les perceptions de la qualité des soins	Une enquête structurée
L'enquête sur la motivation du personnel de la santé <i>Health worker incentive survey (HWIS)</i>	Personnel de santé	1. Personnel de santé et leur charge de travail 2. Les horaires de travail 3. Les sources de revenus 4. La motivation au travail 5. Les changements dans les facteurs ci-dessus qui sont associés à la politique 6. Les perceptions sur la politique	Enquête structurée (avec quelques questions ouvertes)

<p>Evaluation de la mise en œuvre de la politique</p> <p><i>The Policy implementation assessment (POLIAS)</i></p>	<p>District Hôpitaux (6 districts)</p>	<p>Le début de la mise en œuvre de la politique</p> <p>Le paquet de service couvert par la politique</p> <p>La proportion des structures offrant le paquet gratuit et de manière permanente</p> <p>La couverture géographique réelle</p>	<p>Discussion structurée avec des informateurs clés</p> <p>Revue documentaire (pour la triangulation)</p> <p>Extraction de données de routine</p>
<p>Evaluation des effets de la politique</p> <p><i>Policy Effects Mapping study (POEM)</i></p>	<p>L'équipe de gestion du district sanitaire</p> <p>L'équipe de gestion de l'hôpital</p> <p>Le personnel soignant (6 districts)</p>	<p>Gouvernance Offre de soins Ressources humaines Ressources financières</p> <p>Médicaments et équipements</p> <p>Système d'information sanitaire</p> <p>Patients & la communauté</p>	<p>Entretiens avec des informateurs clés</p> <p>Revue documentaire</p> <p>Extraction de données de routine</p> <p>Check-list/observation</p>
<p>Etude de cas réaliste</p> <p><i>Realist case studies</i></p>	<p>Districts Hôpitaux (2 districts)</p>	<p>Mise en œuvre réelle de la politique comparée aux documents officiels</p> <p>Perceptions des gestionnaires du personnel soignant sur les défis soulevés par la nouvelle politique</p> <p>Mécanismes qui expliquent l'appropriation et la mise en œuvre de la politique au niveau opérationnel.</p> <p>Eléments du contexte nécessaires pour que la politique soit effective</p>	<p>Entretiens avec des informateurs clés</p> <p>Revue documentaire</p> <p>Extraction de données de routine</p> <p>Utilisations des données des autres WP pour la triangulation.</p>
<p>Instrument quantitatif sur les near-miss, les césariennes et a la qualité des soins</p>	<p>Femmes et bébés</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 'issue de l'hospitalisation 2. Les caractéristiques démographiques 3. L'histoire reproductive 4. Les causes de complications 5. Les définitions near-miss pour les femmes et pour les bébés 6. Les indications de césariennes 7. Les délais de prise en charge 8. La qualité des soins pour les césariennes 9. La qualité des soins pour toutes les femmes 	<p>Dossiers médicaux et registres de femmes hospitalisées en maternité (accouchements normaux, des near-miss, des césariennes)</p>

Introduction

Au Burkina Faso, le ratio de mortalité maternelle reste toujours élevé (307 pour 100 000 naissances vivantes, selon les données du RGPH 2006). Les causes sont soit directes (infections, hémorragies, dystocies et avortements) soit indirectes (paludisme, VIH). Les mortalités sont généralement associées à des facteurs regroupées sous l'appellation des « trois retards » :

1. retard dans la décision de rechercher des soins appropriés ;
2. retard à atteindre une structure appropriée de soins ;
3. retard à recevoir le traitement approprié dans une structure sanitaire.

Ces retards sont en grande partie liés à une contrainte économique et différentes études réalisées attestent bien de cette situation.

Face au faible impact des mesures mises en œuvre jusque là et en vue d'améliorer l'accès aux soins d'urgence, des expériences spécifiques dans la prise en charge des urgences ont été mises en place çà et là : système de partage de coûts dans les districts de l'Est, du Centre-Est et du Sahel ; projet AQUASOU dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou. Malheureusement, ces expériences ne touchaient qu'un nombre très limité de districts sanitaires.

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, le Gouvernement Burkinabé s'est engagé à promouvoir l'accès des pauvres aux services de santé. Cet engagement comprend l'amélioration des indicateurs de santé des plus pauvres, la limitation de l'impact du paiement direct des soins sur le revenu des ménages démunis et l'implication des usagers et des communautés les plus pauvres dans les décisions de santé. Ainsi, la mise en œuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU permettra de limiter l'impact du paiement direct des soins sur le revenu des ménages démunis et de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des accouchements et des SONU.

La mise en place de la subvention des SONU a fait suite au plaidoyer fait avec le modèle REDUCE qui est un outil développé par l'USAID et AWARE (Action for West African Region) pour sensibiliser les autorités des pays concernés par le manque de soins maternels et infantiles. Il permet de calculer les risques encourus en termes de décès maternels et infantiles, mais aussi baisse de productivité d'un pays, etc si rien n'est fait. L'existence d'informations sur les bénéfices de réduction de coûts ainsi que l'adhésion du Burkina Faso aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont aussi milité en faveur de la mise en place de cette subvention.

Le but de la subvention est de baisser les coûts directs à la charge des bénéficiaires en vue d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services d'accouchements et des SONU. L'objectif général est de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales par la réduction significative des coûts financiers directs des services d'accouchements et de prise en charge des urgences obstétricales.

Les objectifs spécifiques sont :

- (i) mobiliser les financements de l'Etat, des collectivités locales et des comités de gestion pour supporter à hauteur de 80% des coûts des accouchements eutociques dans les districts sanitaires, 60% des coûts des accouchements eutociques dans les hôpitaux nationaux et régionaux et de 80% des coûts des SONU à tous les niveaux de 2006 à 2015 ;
- (ii) promouvoir des mécanismes de prise en charge des coûts des transports des parturientes des villages vers les centres de santé, d'une part, et des centres de santé vers les centres de référence, d'autre part ;
- (iii) assurer une large information des différents acteurs à même de contribuer à l'application de la stratégie nationale de subvention des coûts ;
- (iv) assurer le suivi et l'évaluation de la stratégie de subvention des SONU et des accouchements avec la pleine participation des différents acteurs, y compris les bénéficiaires.

La politique de subvention a démarré en octobre 2006 par les interventions obstétricales majeures (au niveau des CMA et des hôpitaux) puis s'est étendue aux accouchements et autres SONU en janvier 2007 dans toutes les structures publiques. Depuis le démarrage

de la mise en œuvre de la politique, deux évaluations externes différentes ont porté sur différents aspects de sa mise en œuvre. La première, réalisée par AFRICSanté (ex GREFSaD) six mois après l'introduction de la politique (Sombié, Yaogo, Ouédraogo *et al.* 2007), a montré que sa mise en place avait pris du retard dans plusieurs structures de santé, que les outils et procédures d'application de la subvention n'étaient pas bien maîtrisés par les prestataires de soins et que l'utilisation des services ne s'était pas améliorée. La seconde, réalisée en février 2009 (Ridde et Bicaba 2009), se basait sur l'analyse de données documentaires et des données de routine du système de santé complétées par l'interview de plusieurs catégories de personnes (responsables, prestataires de soins, bénéficiaires, partenaires privés). Les résultats concernant le processus de mise en œuvre ont fait ressortir trois points importants : (i) l'absence de communication claire sur le contenu de la politique à l'attention des femmes et du personnel de santé, ce qui ne permet pas de tenir compte des droits en santé de la reproduction des femmes ; (ii) les difficultés liées à la mise en place d'un système de transport gratuit entre les structures de soins ; (iii) les contraintes techniques dans la mise en place de la gratuité des soins pour les femmes enceintes indigentes car les critères d'indigence n'étaient pas bien définis. Plus récemment, le programme de recherche en cours sur l'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest (Burkina-Mali-Niger) impliquant également AFRICSanté et l'IRSS vise à éclairer, par une analyse comparative (Olivier de Sardan et Ridde 2011), les conditions de mise en place, de mise en œuvre mais aussi des effets de la politique à partir d'études de cas multiples élargies à d'autres types d'exemptions locales (subvention des ACT et gratuité des moustiquaires imprégnées pour le paludisme, gratuité des ARV pour le VIH/sida). Aucune de ces évaluations ne s'est penchée à part entière à travers des travaux spécifiques sur les aspects relatifs aux coûts, à l'impact sur la qualité des soins, les indicateurs de santé et sur les systèmes de santé locaux. Le projet FEMHealth vise donc à combler ce manque d'information.

Problématique et justification de la recherche

Il existe de plus en plus un consensus autour du fait que la santé maternelle ne peut être améliorée qu'à travers des politiques et des programmes qui combinent des interventions touchant les différentes causes du mauvais état de santé et atteignant différents groupes cibles. Ces politiques et programmes sont de nature complexe vu qu'ils requièrent une coordination entre les différents niveaux du système de santé et différents acteurs comprenant les communautés, les travailleurs de la santé et les gestionnaires. L'exemption des frais d'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence (SOU) est l'une de ces politiques qui ont été introduites dans plusieurs pays africains dans le but d'améliorer l'accès aux soins et donc d'améliorer la santé maternelle et néonatale. Cependant, l'évidence scientifique sur l'impact de ces politiques n'est pas bien étayée, en partie à cause des modèles d'évaluation qui ne sont pas en mesure de capter toutes les informations nécessaires aux décideurs politiques pour prendre des décisions éclairées. Cette proposition vise à combler cette insuffisance en développant à la fois des méthodologies de recherche et des outils qui permettront d'affiner les recherches sur la mise en œuvre des politiques, d'apporter des évidences plus solides et d'améliorer la diffusion des résultats obtenus. Plusieurs raisons justifient donc la présente proposition de recherche.

Besoin d'améliorer les méthodes d'évaluation de l'impact et du coût-efficacité des interventions complexes impliquant l'ensemble du système de santé

Les méthodes d'évaluation des interventions complexes sont aujourd'hui reconnues comme un axe prioritaire de recherche (Anderson, 2008). Pour être efficaces, les politiques de santé maternelle devraient consister en des faisceaux d'interventions travaillant à divers niveaux et visant simultanément plusieurs groupes cibles (Campbell & Graham 2006). En outre, elles visent à changer les pratiques de soins de santé en orientant ou en régulant le comportement des professionnels de santé et autres décideurs. Une politique de santé interagit avec un système social complexe et son effet dépendra de l'interaction avec un certain nombre de facteurs contextuels qui peuvent inclure d'autres politiques de santé. L'évaluation des politiques qui interviennent dans

des situations complexes est difficile pour plusieurs raisons, dont l'une des plus importantes pourrait être le défi de pouvoir démontrer la relation de cause à effet.

Les résultats de santé dépendent de multiples facteurs et du contexte, et l'attribution du changement dans les résultats d'une intervention politique spécifique nécessite une évaluation approfondie des autres indicateurs de changement et des conditions du contexte. Les systèmes de santé sont en effet des entités complexes dans lesquels la performance est déterminée par une multitude de facteurs, en particulier les facteurs humains (Pawson & Tilley, 1997).

Cela nécessite de faire appel à d'autres méthodes que les études expérimentales ou quasi – expérimentales. Bien que très appréciées dans la « hiérarchie des éléments de preuve », les résultats des recherches qui utilisent de telles méthodes pourraient offrir des informations limitées aux décideurs du fait qu'elles mettent plus l'accent sur la validité interne. Les évaluations de la politique devraient plutôt fournir des informations sur les conditions contextuelles spécifiques du succès ou de l'échec et répondre à la question de « *comment la politique a-t-elle marché ?, pour qui ? et dans quel contexte ?* » (Pawson, 2006). Les évaluations devraient donc viser à évaluer la pertinence et la plausibilité de l'effet plutôt que la probabilité (Habicht, 1999). Cependant, alors qu'il est reconnu de plus en plus qu'il faut améliorer les méthodes d'évaluations complexes, il y a aussi très peu d'exemples concrets et rigoureux de ces évaluations, y compris l'efficacité opérationnelle de la politique de santé.

L'exemption ciblée des frais des soins d'accouchement est un sujet important et d'actualité

Dans de nombreux pays africains, le fardeau de la mortalité maternelle et néonatale précoce reste extrêmement lourd et le retard d'accès aux soins obstétricaux d'urgence – particulièrement pour les césariennes – est connu comme un obstacle majeur au progrès. En particulier, les frais des soins sont prohibitifs pour de nombreux ménages et empêchent les femmes d'accéder à des soins de qualité lorsque des complications pendant la grossesse ou l'accouchement surviennent (Borghi *et al*, 2003). Ceux qui y accèdent ont des difficultés importantes pour payer les frais hospitaliers et souvent ont recours à la vente de biens, à l'emprunt auprès d'amis ou de membres de la famille ou accumulent de nouvelles dettes (Katerini *et al*, 2008).

L'exemption des frais hospitaliers, une stratégie actuelle pour accroître l'accès et l'utilisation des SOU, a été introduite dans de nombreux pays africains comme stratégie de base visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale (Campbell & Graham 2006). Alors que de nombreux pays, notamment en Afrique subsaharienne, ont actuellement supprimé les frais des soins à l'accouchement, principalement les SOU, peu d'information existe sur l'efficacité opérationnelle de ces politiques d'exemption ciblée des frais des soins et sur leur impact réel sur la santé maternelle et néonatale.

Les réformes existantes ont dans l'ensemble été des initiatives nationales, financées par des ressources nationales et poursuivies sans support technique des donateurs. Elles représentent donc une véritable volonté des gouvernements nationaux pour promouvoir la santé maternelle et ainsi réduire les inégalités d'accès et combattre la pauvreté. Toutefois, les leçons apprises jusqu'à présent ont été peu capitalisées d'où l'intérêt de les évaluer et de les documenter rigoureusement. À certains endroits, on croit que la politique a eu un impact négatif sur l'utilisation des services, particulièrement parmi les pauvres. La qualité des soins pourrait en souffrir davantage lorsque les recettes issues des prestations, minimales en valeur absolue mais importantes pour les structures, ont été perdues.

L'évaluation de l'exemption des frais des soins pour les SOU générera des outils et des leçons qui seront applicables et adaptables à d'autres programmes de santé

Le succès de la politique dépend des acteurs impliqués et des facteurs spécifiques aux contextes locaux. Ces interactions imprévisibles surviennent avec la plupart des changements de politique de santé. Les résultats de cette recherche et les méthodes développées dans ce cadre seront applicables aux autres politiques nationales d'exemption des frais des soins et autres changements de politique de financement de la santé. En particulier, les outils tels que l'approche « *near miss* » (qui met l'accent sur les femmes qui ont survécu à de graves complications obstétricales) sont directement pertinents pour l'évaluation d'autres programmes de soins d'urgence.

Besoin pour une meilleure synthèse et dissémination des résultats de recherche aux décideurs

Il y a un intérêt grandissant des gouvernements et des agences internationales sur la

question de l'exemption du paiement direct des soins par les usagers. Par exemple, en 2008, l'UNICEF a fait une consultation pour revoir sa politique de partage des coûts, fondée sur de nouvelles informations scientifiques d'expériences de réduction des frais de soins. La Banque mondiale et l'OMS figurent parmi les nombreuses organisations qui offrent de plus en plus de soutien aux gouvernements pour réduire leur dépendance au paiement direct des soins par les usagers. Comment ceci devrait être fait et comment protéger et améliorer la qualité des soins de santé dans le même temps? Cela exige des éléments de preuves de haute qualité sur les coûts, sur les questions de mise en œuvre et leurs effets (au sens large). Certains éléments de preuve concernant surtout les effets des politiques d'exemption n'ont pas encore été recueillis de façon systématique.

Les politiques récentes pour l'exemption des coûts en Afrique subsaharienne souffrent de certaines faiblesses dans leur conception, leur mise en œuvre et leur suivi. Alors qu'il existe plusieurs raisons explicatives de ces problèmes, un accès limité aux données scientifiques et aux lignes directrices opérationnelles est un facteur important. Cela est particulièrement vrai dans les pays d'Afrique francophone où les barrières linguistiques limitent l'accès à l'information. Par ailleurs, en termes de connaissances, le succès des politiques de réforme exige beaucoup plus que de simples consultations de documents ou de sites web. Un partage équitable des connaissances est en fait recommandé. L'acquisition de telles connaissances nécessite des échanges avec d'autres acteurs confrontés à des défis similaires et qui peuvent avoir trouvé des solutions intelligentes. Une importante occasion manquée aujourd'hui en Afrique francophone concerne l'initiation d'un processus d'apprentissage réciproque basé sur des stratégies différentes mais similaires dans les pays voisins. Nous proposons une nouvelle méthode de synthèse et de communication des preuves – une communauté de pratique (CoP), qui encourage l'apprentissage interactif entre les décideurs, les organisations internationales et les chercheurs et entre les pays de la région.

Objectifs de l'étude

Les **objectifs globaux** du projet sont :

1. développer de nouvelles approches méthodologiques pour l'évaluation des interventions complexes dans les pays à faibles revenus ;
2. améliorer la santé des mères et de leurs nouveau-nés en effectuant des évaluations détaillées de l'impact, du coût et de l'efficacité opérationnelle de l'exemption des frais des soins d'accouchement et des SONU sur la santé des mères et des nouveau-nés et la qualité des soins ;
3. améliorer la dissémination des résultats de recherche au profit des décideurs et des autres acteurs.

Les **objectifs spécifiques** comprennent les aspects suivants :

- 4 **Développer des méthodes avancées** pour l'évaluation des interventions complexes impliquant divers niveaux du système de santé et mises en oeuvre sur une grande échelle. L'innovation porte sur les domaines suivants :
 - e. l'élaboration d'un outil de mesure de la mise en oeuvre de politiques qui décrit les interventions en termes de leur adéquation aux objectifs initiaux, leur éventuelle portée et leur pénétration ;
 - f. le développement de méthodes novatrices pour l'analyse des politiques de santé, en mettant l'accent sur ce qui pousse au changement de politique et comment la politique est transférée, aussi bien au niveau national, régional et international ;
 - g. l'élaboration d'un modèle comparatif d'étude, basée sur une évaluation réaliste qui met l'accent sur la pertinence et la plausibilité de l'effet de l'intervention plutôt que sur la probabilité et fournit des informations pertinentes sur les politiques ;

h. l'utilisation d'événements critiques (*near miss*) comme un point d'entrée pour l'évaluation des résultats de santé et de la qualité des soins.

- 5 **Appliquer ces méthodes avancées de recherche** pour évaluer l'impact, le coût-efficacité et les mécanismes d'exemption du paiement direct des soins pour les accouchements, particulièrement pour les soins obstétricaux d'urgence, au Burkina Faso mais aussi au Bénin, au Mali et au Maroc.
- 6 **Tester une nouvelle façon de synthétiser et diffuser des résultats de recherches** aux décideurs par le biais d'un réseau [une Communauté de Pratique (CoP)] qui encourage l'apprentissage interactif entre les décideurs, les organisations internationales et les chercheurs et entre les pays de la région.

Pour répondre à ces objectifs 9 groupes d'activités [*Work Packages (WP)* en anglais] ont été constitués. Les objectifs généraux de chaque WP sont les suivants :

- **WP 1** : Coordonner les travaux du consortium et synthétiser les résultats en relation avec les autres WP ;
- **WP 2** : Etablir un cadre de recherche pour l'évaluation des interventions complexes ; développer des méthodes novatrices pour l'analyse des politiques de santé et le financement de la recherche en santé ; enfin, mesurer l'évolution des coûts des services et les dépenses des ménages ;
- **WP 3** : Evaluer l'impact des politiques d'exemption sélective du paiement des soins de santé au niveau du système de santé local et analyser les conditions et les mécanismes de succès ou d'échec de la mise en œuvre de ces politiques ;
- **WP 4** : Déterminer l'impact et l'efficacité de l'exemption du paiement direct des soins pour les SONU sur la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale et sur la qualité des soins en utilisant une approche générique facilement adaptable à d'autres programmes visant à améliorer l'accès aux soins d'urgence. Cette approche

générique va être centrée sur le concept d'événements *near miss* et utilisera les informations en milieu hospitalier ;

- **WP 5** : Disséminer les résultats de tous les WPs de façon pertinente et établir une communauté de pratique régionale active sur l'exemption des coûts pour certains actes dans le secteur de la santé ;
- **WP 6, 7, 8 et 9** : Développer par pays des méthodologies et évaluer l'impact des politiques sélectives d'exemption du paiement direct des soins sur le système de santé local, sur la santé des femmes et nouveau-nés et sur la qualité des soins.

Méthodologie

Stratégie générale de recherche

Parmi les 9 Groupes d'Activités (WP), deux ont une fonction générale : le WP1 qui est responsable de la **gestion** et de la **coordination** du programme, et le WP5 qui se focalise sur la **diffusion des connaissances**. La recherche proprement dite est couverte par trois groupes d'activités thématiques et les quatre groupes d'activités « pays ».

Le WP2 est axé sur la **politique de santé**, le **financement des soins** et l'**économie de la santé**. Ces éléments sont particulièrement importants puisque l'intervention concerne le financement des soins de santé, et implique (en théorie) le transfert des coûts du patient vers le gouvernement (et les donateurs). Ce WP permettra donc de développer le cadre général d'analyse de causalité et aidera à synthétiser les résultats finaux de coût-efficacité des interventions. Le volet « politique de santé » analysera le cheminement à travers lequel la politique est conduite et aidera également à évaluer les innovations internes du volet Communauté de Pratique.

Le WP3 concerne les **systèmes de santé locaux**. Il requiert une analyse à double sens car il faut considérer à la fois ce qui favorise la mise en place de la politique au niveau du district et les effets que cette politique a sur le système de santé lui-même. Cet aspect sera

essentiel pour comprendre la dynamique de la réforme (pas uniquement ses effets, mais les processus qui contribuent à ces effets et qui devront être pris en considération lors de la généralisation des résultats de l'évaluation).

Le WP4 se penche sur la **qualité des soins et les indicateurs de santé**. Dans le domaine de la santé maternelle, aucune de ces deux composantes n'est facile à mesurer. C'est pourquoi des outils permettant de suivre la qualité des soins et les modifications des indicateurs de santé, sans avoir recours à des grandes (et coûteuses) enquêtes de mortalité maternelle, seront adaptés et mis à l'essai.

Le WP5 concerne la diffusion des résultats et comporte deux parties. L'une d'entre-elles appelée « **Communauté de Pratiques (CoP)** », a pour but de créer un réseau régional constitué de responsables politiques, de chercheurs et de partenaires de santé. Ce réseau devrait leur permettre d'échanger sur leurs enseignements pendant cette période de réforme (la plupart des pays dans la région ayant introduit l'une ou l'autre version de la politique de réduction des coûts ciblée au cours des dernières années). Le CoP est en elle-même une innovation que nous allons évaluer. En outre, en collaboration avec tous les autres partenaires, ce groupe d'activités se chargera de la diffusion plus classique des résultats au niveau international.

Quatre pays (Bénin, Burkina, Mali, Maroc) sont impliqués dans la recherche, toutefois la combinaison exacte des outils variera en fonction des besoins locaux et du calendrier de la réforme de chaque pays (les politiques de certains pays sont déjà bien documentées alors que d'autres le sont très peu ou pas du tout).

Tous les groupes d'activités s'étaleront sur une période de trois ans. Une évaluation initiale rapide des réformes sera réalisée afin d'établir les priorités du gouvernement, de mettre à jour les données secondaires disponibles et d'identifier les meilleures zones pour conduire la recherche.

Description du groupe d'activités du Burkina (WP6)

L'objectif général est de développer des méthodes pour évaluer l'impact des politiques sélectives de subvention des soins sur les systèmes de santé locaux, les indicateurs de santé et la qualité des soins.

Les objectifs spécifiques consistent à :

- prendre part au développement d'outils innovants pour évaluer les systèmes de santé locaux, les indicateurs de santé et la qualité des soins, en participant aux ateliers et en testant les outils au niveau national ;
- être leader dans le développement et la mise en place d'outils pour mesurer l'impact de la politique sur les dépenses des ménages (en collaboration avec le WP2) ;
- générer de nouvelles connaissances sur l'impact produit par la politique de subvention des accouchements et des SOU sur la santé maternelle et néonatale, en recueillant les données produites à l'aide des outils d'évaluation innovants et multidisciplinaires ;
- interagir avec les décideurs politiques au niveau régional et national, à travers les activités de la Communauté de Pratiques (CoP), en vue d'affiner les nouvelles connaissances ;
- communiquer les résultats nationaux tant au niveau national qu'international dans le but de faciliter la mise en œuvre des politiques de subvention des soins actuelles et futures (en collaboration avec l'IRSS).

Tâches du groupe de travail du Burkina Faso

Participation au développement d'outils innovants

L'expertise locale en santé maternelle et dans l'évaluation d'interventions complexes des épidémiologistes, des économistes de la santé et des sociologues et anthropologues d'AFRICSanté est primordiale. Ils participeront au développement d'outils novateurs liés

aux WP 2, 3 et 4. AFRICSanté a développé une expertise particulière dans la définition des *near-miss* et dans le développement de systèmes d'information hospitaliers solides permettant la détection de ces événements. De plus, l'économiste de la santé d'AFRICSanté jouera un rôle majeur dans la conception d'un outil de collecte des données pour étudier l'impact de la politique sur les dépenses des ménages et sur le bien-être économique des mères et de leurs familles.

Groupe d'activités 2 (politique de santé et finances)

Puisqu'une évaluation en cours coordonnée par Valéry Ridde se penche en détails sur l'analyse des processus de politique nationale, le WP2 sera une activité mineure au Burkina Faso. Il sera néanmoins nécessaire de réaliser quelques interviews plus centrées sur les objectifs méthodologiques du projet. Les intervenants cibles comprendront des personnels de santé, des gestionnaires de services de santé, des personnes-ressources des services techniques du Ministère de la Santé (comme la DSME, qui est chargée de mettre en place la politique nationale de subvention), des leaders communautaires et des bénéficiaires, des représentants de la société civile et des représentants des organisations internationales, particulièrement celles actives dans la promotion des mutuelles de santé.

De plus, le sociologue réalisera des observations lors de rencontres ou d'événements nationaux, pour suivre les débats sur les changements de politique. Nous anticipons sur le fait que ces événements incluront très probablement des panels dans les médias publics (TV, radio) avec des personnes ressources. Le sociologue collaborera avec les journalistes spécialisés dans les questions de santé pour organiser ces événements. La préparation inclura le développement de guides de discussions thématiques, la sélection des participants en fonction des objectifs et l'analyse des transcriptions. Cette approche est innovante et a déjà été testée au Burkina Faso par AFRICSanté. Elle permet d'analyser à la fois l'engagement de différentes catégories d'intervenants et la perception de l'impact que la mise en œuvre de la politique a produit.

AFRICSanté appliquera aussi l'outil sur le financement de la santé (y compris l'index de mise en œuvre) et l'outil de suivi des flux financiers dans les 6 districts d'étude ; l'évaluation des changements des coûts des ménages par le biais d'interviews à la sortie ;

l'étude du coût des accouchements assistés et des SOU afin d'aider les décideurs à fixer leurs barèmes de remboursement; enfin, une enquête sur la motivation du personnel de santé sera également réalisée.

Groupe d'activités 3 (systèmes de santé)

Le WP3 comporte trois activités principales dans le pays : (1) l'évaluation du degré de mise en œuvre de la politique dans les sites sélectionnés ; (2) l'étude des effets de la politique sur les 6 éléments essentiels des systèmes de santé locaux ; (3) des études de cas réalistes sur la mise en œuvre de la politique et de ses effets sur les systèmes de santé locaux dans les districts sélectionnés.

L'évaluation du degré de mise en œuvre de la politique sera réalisée par AFRICSanté. Elle évaluera les capacités des services de santé locaux et la mise en œuvre de la politique dans les 6 districts sélectionnés à partir des données de routine et des entretiens avec des gestionnaires et des prestataires de soins.

L'étude des effets de la politique se basera sur le modèle des 6 éléments essentiels des systèmes de santé locaux de l'OMS. Elle permettra, au moyen d'outils standardisés, de cartographier les effets de la politique sur les soins obstétricaux et sur les services généraux. Elle sera réalisée dans les 6 districts sélectionnés.

Les études de cas réalistes seront conduites dans 2 districts. La question de recherche est : pourquoi la politique a-t-elle ou non été adoptée, et quelles sont les conditions de son succès ? Ces études seront réalisées par des équipes multidisciplinaires.

Groupe d'activités 4 (qualité des soins et indicateurs de santé)

Jusqu'à présent, les efforts faits pour démontrer l'impact de la politique sur la qualité des soins et les indicateurs de santé ont été vains. Par conséquent, l'intérêt majeur de notre projet est de démontrer à quel point la politique réussit à améliorer la santé maternelle et néonatale. Plusieurs hôpitaux du Burkina Faso ont déjà participé à des projets recueillant des informations sur les *near-miss* maternelles, mais comme dans les autres pays, il y a très peu de connaissances sur les *near-miss* néonatales et les "*near-miss* de soins". Dans les hôpitaux, l'identification et la formation de membres du personnel de soins à la

détection et au recueil d'informations sur les *near-miss* seront des activités primordiales. Afin de documenter l'impact de la politique sur la qualité des soins et sur les indicateurs de santé, le recueil de données se fera dans 6 districts.

Diffusion des résultats au niveau national

La diffusion locale auprès des intervenants médicaux et politiques se fera à travers la Communauté de Pratiques et les ateliers de diffusion. Pour l'ensemble de la communauté, la diffusion des résultats se fera en utilisant un réseau de communicateurs, de membres de la société civile et d'acteurs. Ce réseau existe depuis la diffusion des résultats du projet Impact au Burkina Faso. En stimulant l'implication du public, il a pour objectif de faciliter la diffusion des résultats de la recherche et d'assurer l'utilisation efficace de ces résultats pour qu'ils plaident la cause et soient intégrés dans la formulation de la politique.

Renforcement des capacités

Des formations seront organisées pour renforcer les connaissances des équipes dans des domaines comme l'analyse statistique. Tous les membres de l'équipe bénéficieront du processus d'apprentissage de la recherche, comprenant la participation aux développements méthodologiques, à l'analyse et la diffusion des résultats.

Sélection des sites

Six districts seront nécessaires à la mise en œuvre de cette étude. Le nombre de districts a été déterminé en considérant une incidence de *near-miss* comprise entre 1,5% et 2,0%.

En rappel, le système de santé du Burkina Faso est organisé en trois niveaux d'offre de soins : primaire, secondaire et tertiaire.

- Le niveau primaire correspond aux districts sanitaires qui comportent deux échelons :
 - le premier échelon de soins est le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) qui constitue la structure sanitaire de base du système de santé ;
 - le deuxième échelon de soins est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA), lequel sert de référence pour les formations sanitaires du district. Il existe également des Centres médicaux (CM) lesquels peuvent évoluer vers des CMA. La différence entre le CM et le CMA tient à la présence d'une antenne chirurgicale dans le CMA.
- Le niveau secondaire correspond aux Centres hospitaliers régionaux (CHR) qui servent de référence aux CMA.
- Le troisième niveau est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU).

Critères de sélection des districts

Les critères d'éligibilité des districts sanitaires sont les suivants :

- Avoir au moins 150.000 habitants ;
- Réaliser au moins 50 césariennes/an avant la mise en place de la politique de subvention ;
- Une préférence est faite pour les districts où des données antérieures sont disponibles (données d'études antérieures, notamment du projet Audobem).

En vue de définir des groupes de comparaisons, des variables contextuelles ont ensuite été utilisées. Ces variables sont :

- La difficulté d'accès à une structure de santé de base : l'indicateur utilisé est le rayon moyen d'action théorique (RMAT);
- La pauvreté relative : Indice de pauvreté ;

- Le niveau d'utilisation des structures sanitaires avant la mise en œuvre de la politique :
 - o % accouchements assistés
 - o taux de césarienne
- Type d'hôpital : public ou confessionnel.

Hypothèse qui sous-tend le choix des sites :

La politique d'exemption du paiement direct pour les césariennes aura une mise en œuvre différente et un impact différent sur l'utilisation des services et la santé des femmes et des nouveau-nés en fonction :

(1) du contexte : conditions de vie de la population (pauvreté, accessibilité géographique) et des caractéristiques des services (types d'hôpital urbain/rural ; public/privé ; hôpital district/hôpital régional) et du niveau d'utilisation des services avant l'introduction de la politique (taux de césariennes, % d'accouchements assistés) ;

(2) de la politique elle-même (paquet couvert : acte, médicaments, hospitalisation, transport, etc.).

Dans un contexte où la population est pauvre, l'accessibilité faible et où l'utilisation des services avant la mise en œuvre de la politique était faible, l'effet de la politique (proportion d'augmentation des taux de césariennes après la mise en œuvre de la politique) sera plus important dans ce contexte que lorsque la population est aisée et qu'elle utilisait déjà les services. La politique d'exemption aura également un effet plus important pour les populations pauvres si les barrières d'accès géographique sont en partie levées (transport inclus dans la politique : remboursement du transport ou mise à disposition d'ambulance).

L'étude des effets de la politique (résultats sanitaires, qualité des soins, financement, ressources humaines, etc.) dans des districts avec des contextes différents permettra de mieux comprendre les facteurs influençant la mise en œuvre de la politique.

Méthode de classement hiérarchique :

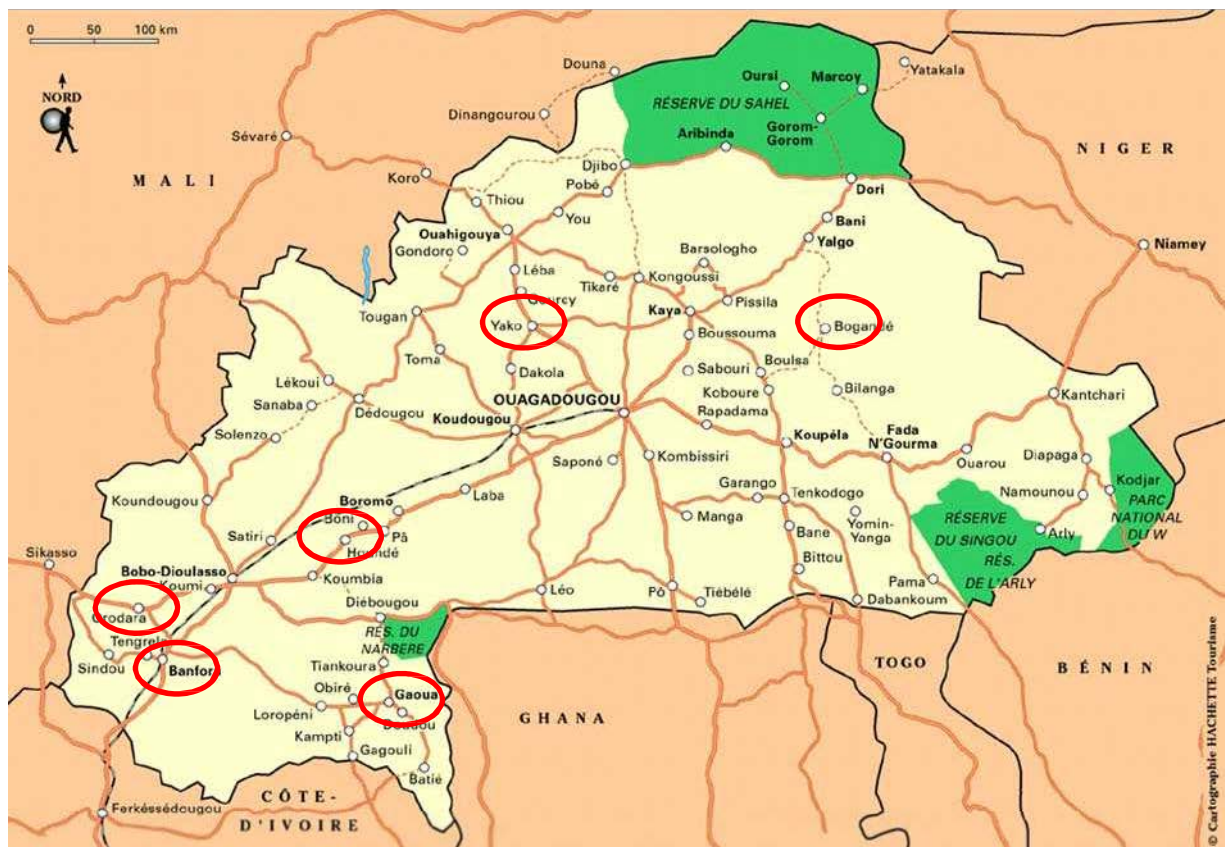
Différentes techniques de classement hiérarchique (méthode de Ward, *between group linkages*, *K means*) ont ensuite été utilisées, ce qui a permis de créer 4 groupes les plus contrastés possible ; ainsi chacun des groupes est constitué par les districts qui ont le même profil en termes d'accessibilité géographique, de pauvreté et d'utilisation des services (accouchement et césariennes)¹.

A partir de la démarche décrite ci-dessus, l'on a abouti à une liste de districts éligibles répartis dans 3 des 4 groupes issus de la classification hiérarchique (il n'y avait aucun district éligible dans le groupe 1, à cause de la faible fonctionnalité des blocs avant la mise en œuvre de la politique). Pour avoir les six districts nécessaires à la réalisation de l'étude, dans chacun des trois groupes, deux districts ont été retenus. La sélection définitive a tenu compte des facteurs confondants potentiels sur les résultats de la présente étude. Par exemple les districts sanitaires de trois régions sanitaires (Sahel, Boucle du Mouhoun, Nord) ont fait l'objet d'une subvention complémentaire des ONG HELP et Terre des Hommes ayant permis de couvrir 100% des frais des accouchements, entre autres. D'autre part, dans la région sanitaire du centre ouest, le CHR de Koudougou bénéficie de la coopération technique chinoise; par ailleurs, certains districts comme Koupéla et Léo, en raison d'un nouveau découpage, ne couvrent plus la même zone qu'avant la mise en œuvre de la politique de subvention des SONU. Parmi les sites retenus (cf tableau 1), quatre sont des anciens sites du projet Audobem (Banfora, Houndé, Orodara et Yako).

¹ L'objectif de ces méthodes de classification est de « constituer des groupes d'objets homogènes et différenciés, c'est-à-dire des groupes d'objets tels que : i) les objets soient les plus similaires possibles au sein d'un groupe (critère de compacité) ; ii) les groupes soient aussi dissemblables que possible (critère de séparabilité). La ressemblance ou la dissemblance est mesurée sur l'ensemble des variables descriptives. » (Gettler-Summa M & Pardoux C. La classification automatique. Université de Paris-Dauphine. <http://www.ceremade.dauphine.fr/~touati/EDOGEST-seminaires/Classification.pdf>).

Tableau 1 : classification hiérarchique des districts sanitaires du Burkina

	Taux césar	% accht assistés	RMAT	Pauvreté	Description
Groupe 1	0,17	57,39	4,29	29,94	Groupe de districts avec des blocs pas ou peu fonctionnels car les femmes vont au CHU (les districts de la région centre, Sindou)
Groupe 2	1,46	47,33	6,69	38,90	Utilisation moyenne, accessibilité moyenne et population assez pauvre (CMA de Houndé et CHR de Banfora)
Groupe 3	0,65	42,43	6,66	61,20	Faible utilisation, accessibilité moyenne et population très pauvre (CMA de Yako et CHR de Gaoua)
Groupe 4	0,34	33,53	11,53	37,53	Très faible utilisation, mauvaise accessibilité et population assez pauvre (CMA de Orodara et Bogandé)



Composantes de l'étude

Groupe thématique sur l'analyse de la politique de santé et les outils de financement

Les objectifs de ce groupe de travail sont :

1. établir un cadre de recherche pour évaluer les interventions complexes et assurer la cohérence entre les différents groupes d'activités ;
2. développer des méthodes innovantes pour l'analyse des politiques de santé, en mettant l'accent sur ce qui motive les changements de politique et la manière dont ces changements s'opèrent, que ce soit du niveau international vers le niveau national (et inversement) ou entre les contextes nationaux ;
3. élaborer un cadre d'évaluation de la composante « Communauté de Pratique » (CoP) ;
4. développer des méthodes innovantes pour la recherche sur le financement de la santé, mettant l'accent sur les outils pratiques qui permettent d'évaluer l'impact des réformes sur les primes, tant au niveau du personnel de santé qu'au niveau des structures de soins. L'évaluation de cet

impact est essentielle pour comprendre comment la politique est exécutée, et permet de mettre en évidence la manière dont elle affecte les modèles de soins et améliore (ou non) la santé ;

5. contribuer à la création d'outils permettant de « mesurer » la mise en œuvre d'une politique de financement de la santé ;
6. mesurer les changements engendrés par la politique de gratuité des soins sur le coût des services, les dépenses des ménages et le comportement des familles dans leur quête de soins ;
7. déployer ces outils dans les pays focaux de la région pour contribuer à une évaluation solide mais aussi sensible des réformes de la gratuité des soins (incluant l'évaluation des effets à long terme et la durabilité).

Les tâches dans ce groupe de travail consisteront à :

1. élaborer un cadre d'analyse de causalité des mécanismes de gratuité des soins et de leur impact sur les systèmes de santé et sur les indicateurs de santé maternelle, à l'intérieur duquel les WP pourront développer leurs outils ;
2. analyser les processus des politiques nationales dans les pays concernés au moyen d'entretiens approfondis avec des intervenants clés issus de toutes les grandes agences impliquées dans les débats politiques autour du financement des soins maternels. Les agences d'aide multilatérales et bilatérales, les ministères de la santé et des finances des pays concernés, les organisations non-gouvernementales et les instituts de recherche devront être inclus dans ces interviews ;
 - a. un guide pour conduire les entretiens sera élaboré. Les sujets suivants seront couverts : (1) la perception qu'ont les informateurs des facteurs qui induisent les changements de politique ; (2) le rôle que jouent les agences internationales et les donateurs dans la conduite du processus ; (3) les dynamiques de pouvoir et les relations sociales ; (4) la perception d'appropriation de la politique ; (5) les problèmes identifiés lors de la planification et la formulation de la politique ; (6) l'impact relatif des preuves scientifiques, de l'expérience de terrain et de l'apprentissage actif sur la formulation des politiques nationales, etc.
 - b. analyse de la Communauté de Pratiques (voir WP 5) en tant que moyen pour apprendre sur les politiques et le partage d'expériences entre les pays à faibles et moyens revenus. Cette analyse se fera à travers l'observation des partenaires, et en se concentrant spécifiquement sur la manière dont les leçons tirées sont incorporées lors de l'adaptation et la reformulation de la politique existante.
3. développer méthodologiquement des outils d'analyse dans le cadre du groupe d'activités sur l'évaluation ;

Il y aura trois principaux *outils pour le financement de la santé* :

- a. un outil de suivi des flux financiers (adapté à partir d'une étude de suivi des dépenses publiques), qui permettra d'identifier le système utilisé pour financer la gratuité des soins. L'analyse des flux réels de ressources permettra d'évaluer l'adéquation du nouveau système (gratuit) par rapport au système antérieur (payant) et d'en identifier les blocages potentiels. Elle pourra être combinée à des enquêtes dans les structures de soins, focalisées sur l'amélioration potentielle de la qualité des soins engendrée par la politique. L'outil de suivi des flux financiers utilisera des données secondaires qui peuvent être collectées rétrospectivement à intervalles réguliers pour suivre la progression de la politique. Il permet également l'analyse des moyens financiers requis, des sources de financement et de la pérennité de la politique. Il générera les données de coûts qui, combinées aux résultats des autres groupes d'activités, permettront de démontrer le coût-efficacité de l'intervention.
 - b. une enquête sur la motivation du personnel de santé qui étudiera les changements engendrés par l'introduction de la politique de gratuité des soins sur les revenus et sur les horaires prestés. La qualité des soins est intimement liée à la motivation des prestataires de soins. Cet outil se basera sur la déclaration volontaire des revenus et de leurs sources. Néanmoins, ces données seront complétées par des questions hypothétiques afin de déduire ce que les travailleurs préfèrent.
4. en général, lors des analyses d'impact, on présuppose que l'exécution s'est opérée de manière efficace. Néanmoins, il n'est pas rare de découvrir lors d'évaluations des changements de politique que l'exécution n'a été que partielle, ou a dévié de son objectif premier. Ce groupe de travail amènera donc au développement d'un « index de mise en œuvre » pour schématiser le parcours suivi par la politique. Il inclura :
- les objectifs de la politique (sont-ils clairement énoncés et compris ?)
 - la stipulation de la politique (la politique et ses modalités sont-elles clairement élaborées et communiquées ?)
 - l'interprétation de la politique (comment la politique est-elle interprétée aux différents niveaux du système ?)
 - l'adéquation des ressources nécessaires à la politique (les ressources sont-elles disponibles pour mettre en place la politique comme elle était planifiée à l'origine ?)
 - évaluation de l'ampleur et de l'échelle de la politique par rapport aux objectifs de départ (couverture géographique, étendue du paquet de soins proposé aux patients, etc.)

Les sources de l'index de mise en œuvre incluront : la revue de documents, les interviews de personnes-clés et les enquêtes de structures de soins réalisées par le WP3.

Outils économiques supplémentaires:

1. Des enquêtes seront réalisées dans les ménages ou à la sortie des structures de soins (lorsque les données existent déjà, elles seront juste analysées à cet effet). Dans les endroits où le timing de la recherche permet de mesurer les changements induits par la politique (comparaison avant-après), les enquêtes se pencheront sur l'impact qu'elle a eu sur les dépenses de soins des ménages, sur les démarches de soins et sur les mécanismes d'adaptation développés.
2. Dans les pays où le coût des soins n'est pas connu, il sera peut-être nécessaire de réaliser au préalable une petite étude de coût des services pour permettre aux décideurs de calculer leurs coûts de remboursement et de prévoir l'impact des taux de remboursement sur les structures de soins.

Groupe thématique sur l'impact sur le système de santé des districts

L'objectif général de ce groupe thématique est d'évaluer l'impact de la politique de gratuité des SOU sur les Systèmes de santé locaux (SSL) et analyser les conditions et les mécanismes qui mènent au succès ou à l'échec des interventions.

Les objectifs spécifiques visent à :

- développer un outil innovant pour évaluer l'impact des politiques nationales sur les systèmes de santé locaux. Cet outil sera utilisé par ailleurs pour évaluer l'impact de la politique de gratuité des SOU dans les districts sélectionnés ;
- procéder à des évaluations par des études de cas réalistes dans ces districts et effectuer des analyses comparatives pour comprendre pourquoi la politique a été mise en œuvre ou non, et identifier les conditions favorables au succès.

Description du travail

Evaluation du degré de mise en œuvre de la politique (POLIAS): La première étape avant d'évaluer les effets de la politique est de vérifier si elle a été mise en œuvre et à quel degré. L'outil

POLIAS évaluera les capacités des services de santé locaux et le degré de mise en œuvre de la politique dans les 6 districts sélectionnés à partir des données de routine et des entretiens avec des gestionnaires et des prestataires de soins.

Evaluation des effets des politiques nationales sur les systèmes de santé locaux (POEM)

Il existe aujourd'hui une pléthore de cadres d'analyse des systèmes de santé. Ils varient en termes de focus, d'échelle et de taxinomie, mais tous se concentrent principalement sur le niveau national plutôt que local. Un groupe de travail composé de l'OMS et de la Banque mondiale est en train d'élaborer un paquet d'outils pour mesurer les effets de renforcement des systèmes de santé, mais celui-ci également se focalise sur le niveau national. Nous développerons donc un outil innovant appelé outil de *Cartographie des effets de la politique* (POEM). Il se basera sur le **modèle des six fonctions essentielles suivantes du système de santé** de l'OMS : prestations de services, ressources humaines, leadership et gouvernance, systèmes d'information sanitaire, produits et technologies médicales et financement de la santé (OMS, 2007). L'outil POEM évaluera les effets de la politique de gratuité des soins sur ces six éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé.

1. La partie prestations de services se concentrera sur les soins généraux et sur les services de santé maternelle. Les services de santé maternelle donneront un aperçu de la mise en place réelle de la gratuité des soins tandis que les soins généraux renseigneront sur les effets qu'a eus la politique sur les activités qu'elle ne ciblait pas.
 - Les indicateurs pour les services de santé maternelle incluront la disponibilité des ressources en termes de personnel compétent et motivé, de salle d'opération, de médicaments et matériel médical (intrants), de système d'information et de système de référence (processus), mais également en termes d'indicateurs de rendement comme le nombre d'accouchements normaux, les taux d'accouchements compliqués, de césariennes, etc.
 - Les indicateurs pour les services de soins généraux pourront inclure les taux d'utilisation des différents services comme la consultation générale externe, les consultations spécialisées (par exemple pour le diabète, l'hypertension, l'ophtalmologie, l'orthopédie) et les taux d'hospitalisation. Les indicateurs de rendement incluront le nombre d'opérations chirurgicales mineures et majeures. L'évaluation de la qualité se fera en collaboration avec le WP4.

2. Les effets de la politique sur les ressources humaines seront examinés en étudiant l'impact sur les salaires (en collaboration avec le WP2) et en utilisant des indicateurs tels que : la charge de travail (nombre d'accouchements par sage-femme, nombre de césarienne par médecin); l'absentéisme du personnel ; le renouvellement et le transfert de personnel vers d'autres services.
3. Dans le volet leadership et gouvernance seront analysées les capacités générales de gestion de l'équipe (composition de l'équipe de gestion en termes de nombre et de compétences) et les décisions prises.
4. Les indicateurs et résultats seront calculés à partir des données récoltées par les systèmes d'information sanitaire.
5. La partie produits et technologies médicales sera couverte par l'étude des changements induits par la politique sur les flux, l'approvisionnement et la disponibilité des médicaments et sur les ruptures de stock.
6. Le financement de la santé : les changements résultant de l'affectation des ressources seront étudiés par le WP2.

Evaluation réaliste de la mise en œuvre des politiques

Une analyse en profondeur de cas spécifiques sera réalisée par la conception d'études de cas réalistes. La question de recherche est : *« pourquoi la politique a-t-elle ou non été adoptée, et quelles sont les conditions de son succès ? »*.

Dans un premier temps, les études de cas réalistes tendront à explorer en profondeur les conditions et mécanismes qui expliquent le succès ou l'échec de l'introduction de la politique et de sa mise en œuvre dans deux districts. Dans un second temps, des études de cas comparatives permettront de comparer ces districts entre eux et avec les autres districts du pays. Grâce à la multiplicité d'études de cas de cette nature, les conditions et mécanismes essentiels à la compréhension du succès ou de l'échec de la politique seront identifiés. Les cas seront sélectionnés sur la base des résultats de l'évaluation rapide de la mise en œuvre de la politique.

DESCRIPTION OUTILS DU WP3 (outils quantitatifs et qualitatifs)

**POLIAS/POEM - EMEP/CEP
quantitatif (de février à mai 2012)**

Fichiers Excel: retrospectif,
observation, prospectif,
documents/formations)

	Unité
Districts/Zone/Cercle/Province ou préfecture (administratif)	6
Hopitaux des sites sélectionnés	6

**POLIAS/POEM - EMEP/CEP
interviews (de février à mai 2012)**

Evaluation de la mise en oeuvre +
Cartographie des effets de la politique

	Unité	Interviews	Détails
Région/ Département (administration)	5	5	Directeur régional
Districts/Zone/Cercle/Province ou préfecture (administratif)	6	12	MCD + gestionnaire du district
Hopital du site	6	30	Directeur hôpital, gestionnaire Hôpital, res dép santé reproduction, 1 sage-femme maternité, anesthésiste
Centre Hospitalier Universitaire (CHU)			
Centre de santé (1 proche et 1 loin de l'hôpital de référence)	12	12	1 ICP dans 2 CSPS/district
Communauté	12	12	1 membre COGES dans 2 CSPS/district
SOUS-TOTAL POLIAS/POEM		71	

**RE/ER - Evaluation Réaliste (de
septembre à novembre 2012)**

	Unité	Interviews	
Région (administration)			
Districts/Zone/Cercle/Province ou préfecture	2	4	MCD + gestionnaire du district

Hopital du site	2	18	Directeur hôpital, administrateur hôpital, Sage-femme maitresse, 2 SF qui travaillent à la maternité, resp du bloc op, 1 médecin autre service, 2 infirmières autres services
Hôpital de référence (CHR/CHU)			
Centre de santé			
Communauté			
SOUS-TOTAL EVALUATION			
REALISTE			22

Groupe thématique sur les résultats et l'impact sur la qualité des soins

L'objectif général de ce groupe thématique est de déterminer l'impact de la gratuité des soins sur la morbidité maternelle et néonatale et sur la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence. Une approche générique visant à améliorer l'accès aux soins d'urgence, et facilement adaptable à d'autres programmes, sera utilisée. Elle sera centrée notamment sur le concept de *near-miss*, et utilisera des informations recueillies dans les hôpitaux.

Les objectifs spécifiques consistent à :

1. Déterminer si la subvention des soins a effectivement amélioré l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, tant en termes de temps qu'en termes d'équité. Cela sera réalisé en :
 - mettant en place un système de détection des *near-miss* dans les hôpitaux sélectionnés, focalisé sur les complications maternelles et néonatales et les décès ;
 - comparant l'incidence des *near-miss* maternelles et néonatales et les tendances des *near-miss* maternelles à l'admission dans les districts selon le contexte, le statut socio-économique des femmes et éventuellement selon la performance de l'application de la politique de subvention des SONU ;
 - comparant l'incidence des besoins obstétricaux non couverts, des décès périnataux entre les mêmes groupes que ci-dessus.
2. Déterminer les effets attendus et inattendus de la subvention sur la qualité des soins donnés aux femmes. Cela sera réalisé en :
 - comparant les indicateurs de qualité des soins pour les femmes admises dans les hôpitaux. Ces indicateurs incluront entre autres les *near-miss* s'étant déclarées après admission, les retards et les indicateurs de conséquences secondaires (telles que les erreurs médicales) ;
 - utilisant les leçons tirées pour améliorer les performances des hôpitaux dans les milieux où se déroule l'étude, et en tirant des leçons pour des programmes similaires dans d'autres contextes.
3. Déterminer si la subvention des soins a pour effet de rendre l'accès aux soins par du personnel qualifié, dans les structures sanitaires, pour les accouchements et les césariennes plus équitable. Cela se fera en analysant les données secondaires tirées d'enquêtes à grande échelle.

Les tâches suivantes seront réalisées :

1. Définir les *near-miss* maternelles, néonatales et de soins

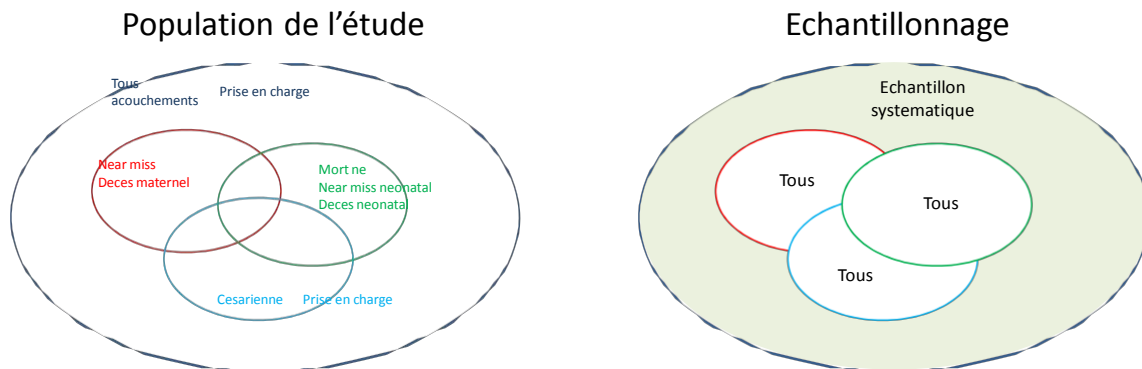
Le concept des *near-miss* se réfère à des événements qui auraient pu avoir des conséquences fatales mais qui ont été évitées (des quasi-incidents). Même dans les contextes où les ressources sont limitées, ce concept est assez bien développé pour les femmes enceintes qui ont failli mourir (*near-miss* maternelles). Il l'est beaucoup moins pour les bébés (*near-miss* néonatales) et pour les *near-miss* attribuables à la mauvaise qualité des soins (*near-miss* de soins) pour lesquelles des critères doivent encore être développés. Ceci sera réalisé par une revue de littérature et par la concertation d'obstétriciens, de pédiatres, de sages-femmes et de chercheurs, en s'appuyant sur les preuves scientifiques disponibles et sur l'expérience clinique. Cette même approche a été utilisée avec succès pour le développement du concept des *near-miss* maternelles. Des efforts seront faits pour standardiser cette approche afin qu'elle soit facilement adaptable à d'autres problèmes de santé nécessitant des soins d'urgence. Une définition large des *near-miss* de soins inclurait toutes les mauvaises pratiques de soins qui auraient pu entraîner la mort de la mère ou du bébé, comme une femme qui accouche seule par manque de personnel ou la non-utilisation du partogramme pour mesurer l'évolution de l'accouchement. Parce que la liste des *near-miss* de soins est potentiellement très longue, il sera nécessaire d'organiser une discussion et d'arriver à un consensus pour limiter les indicateurs à ceux qui permettent d'examiner l'impact positif ou négatif des politiques, et pour lesquels des données de routine peuvent être facilement exploitées.

2. Comparer l'incidence des *near-miss* à l'admission, entre hôpitaux et districts, et selon le statut socio-économique des femmes

Il a été largement démontré que, dans les pays à faibles revenus, la majorité des femmes en *near-miss* arrivent à l'hôpital très tardivement. Puisque la suppression du paiement direct des soins devrait avoir pour effet d'améliorer l'accès aux soins de qualité pour tous (en termes de temps et d'équité), on s'attend à ce qu'une politique efficace réduise l'incidence des *near-miss* à l'admission dans tous les groupes socio-économiques.

Les données proviendront exclusivement des milieux hospitaliers. Afin de pouvoir déduire les informations à partir de districts entiers, il sera nécessaire d'essayer d'inclure tous les hôpitaux où les femmes pourraient se rendre pour obtenir des soins obstétricaux, même s'ils se trouvent dans d'autres districts.

Les données seront récoltées prospectivement sur une période de 6 mois. La population d'étude et la structure de l'échantillon sont schématisées dans les figures ci-dessous. Les indicateurs de statut socio-économique seront développés et les données seront récoltées en conséquence. Le dénominateur commun à toutes ces données sera le nombre de naissances vivantes du district (obtenu à partir des statistiques de routine).



3. Mesurer la qualité des soins obstétricaux prodigués aux femmes

La subvention a pour but d'améliorer l'accès aux soins, mais des effets mixtes sur la qualité des soins d'urgence sont attendus. Là où la nécessité d'acheter les médicaments engendrait des retards à l'obtention de soins urgents, on s'attend à ce que la subvention de ces frais améliore l'accès opportun aux soins. Par contre, si la charge de travail augmentait brusquement dans les structures de soins suite à la subvention des frais, cela pourrait aussi avoir des effets néfastes sur la qualité des soins prodigués. Il est impossible de savoir aujourd'hui comment l'équilibre entre ces effets attendus et inattendus se fera.

Les données suivantes seront récoltées, rétrospectivement : (1) délai entre l'admission et les soins d'urgence (pour les césariennes uniquement), (2) décès de la femme pendant son hospitalisation, (3) mort-nés et décès néonataux pendant l'hospitalisation et (4) énumération des *near-miss* de soins parmi celles avec complications graves et les erreurs médicales auxquelles elles se réfèrent. Le nombre de *near-miss* par an dans chaque hôpital est à priori difficile à estimer, mais une étude a montré qu'il était compris entre moins de 100 dans les hôpitaux de district marocains et plus de 1000 dans les hôpitaux universitaires ouest-Africains (Filippi et al 2005).

4. Suivre les tendances d'utilisation des soins obstétricaux

Afin de suivre et de comprendre les tendances d'utilisation des soins obstétricaux au niveau national et à travers les différents groupes socio-économiques, nous nous appuierons sur les données secondaires disponibles (données EDS par exemple). Des méthodes d'analyse standardisées seront utilisées afin de pouvoir suivre, dans chaque groupe socio-économique, les tendances d'utilisation des soins prénataux, des naissances assistées et des césariennes.

Les outils de recherche

Les outils de recherche qui seront développés et testés sont résumés dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Résumé des outils de recherche

	Outil	Niveau	Sujets principaux	La méthode de collecte des données	Paquet de Travail responsable
1	Grille d'observation dans les réunions (B-SCALA)	Acteurs au niveau national, régional	Manière et contenu de la discussion et la présentation de la politique de gratuité Thèmes clés : contexte et justification de la rencontre, cadre général, contenu et structure des échanges, acteurs en présence et types d'interactions, appréciations du déroulement des sessions, réseautage	A. Observation participante dans les réunions sur les politiques et la santé maternelle 1. niveau national : séminaires et ateliers sur la politique (un ou 2 par an) 2. communications et échanges JSSB B. CoP 1. Observation des échanges du comité de pilotage (grille thématique) 2. Suivi des échanges dans la boucle du réseau national (grille thématique)	WP2 <i>(politique)</i>
2	Guide d'entretien avec les acteurs nationaux et régionaux	Acteurs aux niveaux national, régional	Introduction de la politique Perceptions sur comment la politique était mise en place et comment elle marche Mise en œuvre réelle de la politique comparée aux documents officiels Eléments du contexte politique nécessaires pour que la politique soit réalisée et effective Echange entre les acteurs nationaux, régionaux et internationaux sur la politique	A. Discussion structurée avec des informateurs clés - Décideurs nationaux (3) - 3 DRS des sites FEMHealth - 3 MCD des sites FEMHealth - 6 gestionnaires (1 par site) - 6 prestataires de soins (CSPS, CMA, CHR ?) : 1 par site - 6 responsables COGES : 1 par site - 6 répondants communautaires (leaders, usagers) ?? B. CoP Entretiens avec des informateurs clés sélectionnés à partir des participants au CoP sur le contenu, le fonctionnement des échanges	WP2 <i>(politique)</i>

				et les leçons tirées	
3	L'outil de suivi des flux financiers <i>Financial flows tracking (FFT)</i>	National, régional, district, établissements de santé (dépendant des véhicules que nous utilisons)	1. Budgets & dépenses 2. Répartition selon la région et le service 3. Calendrier des paiements (et les équipements où nécessaire) 4. Concordance avec les activités enregistrées 5. Régularité et suffisance des fonds arrivant dans les établissements	Une collecte structurée des données secondaires	WP2 (financement de la santé)
4	Le coût du paquet de soins <i>Costing</i>	Les établissements de santé	1. Admissions dans les services 2. Coûts unitaires de production	Basé sur des entretiens et un échantillon de dossiers médicaux	WP2 (financement de la santé)
5	Les entretiens de sortie <i>Exit interviews (EI)</i>	Clients	1. Dépenses pour les services d'accouchement à l'intérieur et l'extérieur des hôpitaux 2. Dépenses en pourcentage de la consommation des ménages 3. Le comportement de sollicitation des soins de santé 4. L'accès aux établissements 5. Les perceptions de la qualité des soins	Une enquête structurée	WP2 (financement de la santé)
6	L'enquête sur la motivation du personnel de la santé <i>Health worker incentive survey (HWIS)</i>	Personnel de santé	1. Personnel de santé et leur charge de travail 2. Les horaires de travail 3. Les sources de revenus 4. La motivation au travail 5. Les changements dans les facteurs ci-dessus qui sont associés à la politique 6. Les perceptions sur la politique	Enquête structurée (avec quelques questions ouvertes)	WP2 (financement de la santé)
7	Evaluation de la mise en œuvre de la politique <i>The Policy implementation assessment (POLIAS)</i>	District Hôpitaux (6 districts)	Le début de la mise en œuvre de la politique Le paquet de service couvert par la politique La proportion des structures offrant le paquet gratuit et de manière permanente La couverture géographique réelle	Discussion structure avec des informateurs clés Revue documentaire (pour la triangulation) Extraction de données de routine	WP3

8	Evaluation des effets de la politique <i>Policy Effects Mapping study (POEM)</i>	L'équipe de gestion du district sanitaire L'équipe de gestion de l'hôpital Le personnel soignant (6 districts)	Gouvernance Offre de soins Ressources humaines Ressources financières Médicaments et équipements Système d'information sanitaire Patients & la communauté	Entretiens avec des informateurs clés Revue documentaire Extraction de données de routine Check-list/observation	WP3
9	Etude de cas réaliste <i>Realist case studies</i>	Districts Hôpitaux (2 districts)	Mise en œuvre réelle de la politique comparée aux documents officiels Perceptions des gestionnaires du personnel soignant sur les défis soulevés par la nouvelle politique Mécanismes qui expliquent l'appropriation et la mise en œuvre de la politique au niveau opérationnel. Eléments du contexte nécessaires pour que la politique soit effective	Entretiens avec des informateurs clés Revue documentaire Extraction de données de routine Utilisations des données des autres WP pour la triangulation.	WP3
10	Instrument quantitatif sur les near-miss, les césariennes et la qualité des soins	Femmes et bébés	1. L'issue de l'hospitalisation 2. Les caractéristiques démographiques 3. L'histoire reproductive 4. Les causes de complications 5. Les définitions near-miss pour les femmes et pour les bébés 6. Les indications de césariennes 7. Les délais de prise en charge 8. La qualité des soins pour les césariennes 9. La qualité des soins pour toutes les femmes	Dossiers médicaux et registres de femmes hospitalisées en maternité (accouchements normaux, des near-miss, des césariennes)	WP4

Management de la recherche

Cette recherche sera mise en œuvre par une équipe de chercheurs composée d'épidémiologistes, de médecins en santé publiques, d'économistes, de socio-anthropologues. Les chercheurs impliqués au niveau national sont Dr Nicolas Méda (épidémiologiste), Dr Rasmané Ganaba (épidémiologiste), Dr Maurice Yaogo (socio-anthropologue), M. Patrick G. Christian Ilboudo (économiste) et Dr Cheick Omar Diallo (médecin de santé publique). L'équipe bénéficiera des appuis de chercheurs d'institutions de pays du Nord, notamment de l'Université d'Aberdeen et de la London School of Hygiene and Tropical Medicine au Royaume Uni et de l'Institut de Médecine Tropicale (en

Belgique). Un comité de pilotage comprenant des décideurs politiques, des acteurs de la mise en œuvre de la politique de subvention des SONU, des gynécologues praticiens, des ONG œuvrant dans le domaine de la santé maternelle, des pédiatres, des communicateurs, des représentants de l’OMS et de l’UNFPA est mis en place afin d’orienter l’équipe de recherche.

Les données seront collectées par une équipe de terrain comportant différents profils socioprofessionnels (médecins de santé publique, économistes, sociologues, et des enquêteurs) qui seront recrutés. L’équipe de terrain sera soutenue par les personnels de santé identifiés au sein des différentes formations sanitaires (pour la collecte des données du WP4). Tous les agents de collecte des données seront préalablement formés à l’utilisation des outils de collecte des données. Les données quantitatives si possible seront collectées au moyen d’ordinateurs de poche (PDA) qui offrent l’avantage de pouvoir contrôler la qualité des données et de disposer assez rapidement d’une base de données dès la fin des activités de terrain.

L’on veillera à une intégration entre les WPs, pour la collecte des données transversales et pour l’organisation des équipes sur le terrain. C’est ainsi que les enquêteurs seront en charge de l’administration de l’outil sur les entretiens de sortie (WP2) et de l’instrument quantitatif sur les near-miss, les césariennes et la qualité des soins.

Le tableau ci-dessous donne le détail des profils des compétences nécessaires et la durée estimée de leur implication pour la mise en œuvre des différents outils de recherche.

	Outil	Compétence à impliquer	Nombre	Durée d’implication	WP
1	Grille d’observation dans les réunions (B-SCALA)	Sociologue	2	1	WP2
2	Guide d’entretien avec les acteurs nationaux et régionaux	Sociologue	2	1	WP2
3	L’outil de suivi des flux financiers <i>Financial flows tracking (FFT)</i>	Médecin ou Economiste	1	2	WP2
4	Le coût du paquet de soins <i>Costing</i>	Médecin ou Economiste	1	1	WP2
5	Les entretiens de sortie <i>Exit interviews (EI)</i>	Enquêteur	9	6	WP2

6	L'enquête sur la motivation du personnel de la santé <i>Health worker incentive survey (HWIS)</i>	Sociologue	2	1	WP2
7	Evaluation de la mise en œuvre de la politique <i>The Policy implementation assessment (POLIAS)</i>	Médecin et Sociologue	1 3	2 1	WP3
8	Evaluation des effets de la politique <i>Policy Effects Mapping study (POEM)</i>	Médecin et Sociologue	1 2	2 1	WP3
9	Etude de cas réaliste <i>Realist case studies</i>	Médecin et Sociologue	1 2	1 1	WP3
10	Instrument quantitatif sur les near-miss, les césariennes et a la qualité des soins	Médecin et personnel hospitalier Enquêteur	1 6 9	6 6 6	WP4

Le traitement et l'analyse des données quantitatives se feront à l'aide des logiciels STATA et Excel. La collecte des données qualitatives se fera au travers de recherches documentaires, de focus group et d'entretiens approfondis. L'exploitation des données combinera une analyse de contenu manuelle et à l'aide du logiciel NVIVO, en fonction des thèmes explorés et des objectifs poursuivis par les différents volets de la recherche.

Dissémination des résultats

Ce projet met l'accent sur l'intégration des résultats de la recherche dans la politique et la pratique. Il a été conçu sur l'hypothèse que les décideurs politiques nationaux, les organismes internationaux et les gestionnaires de la santé utiliseront les résultats d'une étude multidisciplinaire bien conçue et bien réalisée pour formuler de nouvelles politiques et pour améliorer la pratique locale. Leur motivation viendra du fait que (1) l'étude se penche sur un problème à haute priorité ; (2) qu'ils sont impliqués dans toutes les phases du projet ; (3) qu'ils perçoivent les chercheurs comme des experts contribuant au développement des connaissances sur les politiques actuelles, et (4) que les conclusions atteindront tous les intervenants.

Le but du plan de dissémination est de s'assurer que la recherche est effectivement communiquée aux publics cibles aux niveaux local, national et international afin que les résultats soient utilisés pour influencer les politiques et les pratiques en matière de santé maternelle et néonatale.

Les objectifs du plan de la dissémination sont les suivants :

- rendre disponible les résultats de recherche à un large éventail d'acteurs ;
- identifier les publics cibles aux niveaux local, national et international et adapter les messages et l'utilisation des approches de communication qui sont les plus susceptibles d'atteindre ces publics ;
- identifier et accroître les possibilités d'échanges entre chercheurs, décideurs et gestionnaires travaillant dans le domaine de la santé, en particulier la santé maternelle et néonatale ;
- assurer une communication efficace entre les partenaires et renforcer les capacités de communication au sein des organisations partenaires ;
- encourager et aider les décideurs à faire davantage usage de preuves scientifiques lors de l'élaboration des politiques et des interventions.

Nous nous attendons à ce que le projet FEMHealth ait un impact sur plusieurs des principaux intervenants ou à plusieurs niveaux : la communauté scientifique travaillant sur les évaluations complexes des soins de santé, la santé communautaire dans son ensemble et de la maternité à moindre risque, les femmes et leurs familles, et enfin les intervenants au niveau national dans la politique et les services de santé. Tous ces groupes-cibles sont également parties prenantes des activités de diffusion. Nous devons cependant établir un ordre de priorité des groupes cibles, en raison des ressources limitées.

Les groupes cibles suivants ont été identifiés :

Au niveau national

- les décideurs et les conseillers (Ministère de la Santé, Ministère des Finances, etc) ;
- les associations professionnelles des gynécologues /obstétriciens, sages-femmes etc ;
- les agents de mise en œuvre des politiques au niveau national et au niveau du district ;
- les personnels de santé ;
- les organisations non gouvernementales (ONG) et organisations de la société civile (OSC) impliquées dans la santé maternelle et d'autres intermédiaires, tels que les médias.

Aux niveaux régional et international

- Les décideurs et conseillers travaillant dans les organisations multilatérales ;
- Les organismes donateurs ;
- Les chercheurs et les universitaires ;
- Les ONG internationales.

Au Burkina Faso, les activités de dissémination viseront à faire un plaidoyer auprès des autorités sanitaires et les partenaires techniques et financiers et à diffuser les résultats auprès du personnel de santé et des organisations de la société civile œuvrant dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Par ailleurs, elles concerneront également la communauté scientifique. Elles seront organisées en tenant compte des spécificités des groupes cibles suivants :

- La Direction de la Santé et de la Mère et de l'Enfant : le plaidoyer s'adressera aux responsables techniques de cette institution afin qu'ils prennent en compte les résultats de l'évaluation de la politique de subvention des SONU et qu'ils s'en servent comme éléments d'orientation dans la prise de nouvelles décisions ;
- Les partenaires techniques et financiers (UNFPA, OMS, UNICEF, et les coopérations bilatérales) : ces structures ayant connaissance des bénéficiaires de l'application de la subvention des SONU, le plaidoyer consistera à insister sur la nécessité de mettre en œuvre plus efficacement la politique de subvention en tenant compte des données probantes disponibles ;
- Les prestataires de services de santé (districts sanitaires) : étant les acteurs opérationnels de la mise en œuvre de la politique, les agents de santé seront utilement informés des résultats de l'évaluation de l'impact de la politique de subvention des SONU sur la santé maternelle et néonatale et sur la qualité des services ;
- Les acteurs de la société civile et les médias (presse écrite, radio, TV) : ce groupe jouera essentiellement un rôle de facilitation de la diffusion des résultats ; les réseaux d'associations œuvrant dans le domaine de la santé maternelle et néonatale seront mis à contribution pour sensibiliser les leaders et usagers des services de santé sur la politique de subvention, ce qui contribuerait à améliorer sa mise en œuvre. Le rôle des médias se situe dans la sensibilisation de la population en général sur les résultats obtenus mais aussi dans l'accompagnement des activités de plaidoyer pour l'amélioration de la mise en œuvre de la politique. La diffusion via les médias s'appuiera sur des expériences antérieures de diffusion des résultats de recherche menées par AFRICSanté.

Tableau 3: Les canaux de communication

Cible	Canaux de communication	Éléments de vérification
Décideurs politiques/ partenaires techniques et financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté de pratique • Policy brief • Ateliers de dissémination 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux activités CoP • Policy brief disponible • Participants aux ateliers
Prestataires de services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté de pratique • Ateliers de dissémination • Support d'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation aux activités CoP • Participants aux ateliers • Supports d'information disponibles
Acteurs de la société civile & médias	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de dissémination • Support d'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Participants aux ateliers • Supports d'information disponibles
Communauté scientifique	<ul style="list-style-type: none"> • Articles scientifiques • Communications scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'articles soumis • Nombre de communications à des congrès

Considérations éthiques

Il convient de signaler que le projet FEMHealth comprendra le recueil de données primaires à travers des enquêtes, des entretiens approfondis et l'observation participante, mais également l'analyse secondaire de données relatives à des sujets humains. A aucun moment FEMHealth ne fera de recherche biomédicale impliquant des traitements, des outils de diagnostic, des essais cliniques ou des tissus humains. L'étude consiste en l'évaluation d'un programme existant, pas en une intervention impliquant de nouvelles technologies. Elle inclut des « données humaines » dans la mesure où elle recueille des renseignements concernant des personnes identifiées ou identifiables (sujets d'étude ou participants). Des mesures spécifiques ont été mises en place pour assurer l'anonymat de ces individus (voir plus bas).

La position de FEMHealth sur les considérations éthiques sera très explicite. Avant de parler des principes directeurs, il est utile de distinguer les deux composantes principales de l'éthique de la recherche : (1) le choix et la réalisation de buts moralement acceptables et (2) les moyens moralement acceptables pour atteindre ces buts. En pratique, les codes d'éthique biomédicale se concentrent principalement sur l'analyse des préjudices et bénéfices de la relation individuelle entre le chercheur et le sujet de recherche. Dans le cas d'évaluations éthiques de recherches sur des sujets humains (RSH), il faut étendre ces préoccupations au-delà du sujet de recherche pour inclure le groupe social auquel il appartient. Plusieurs principes directeurs ont été proposés pour réduire les préjudices potentiels des participants aux RSH (anonyme 2005, Richards & Schwartz 2002, Denscombe 2003). Il s'agit notamment :

du respect de la dignité humaine ;

de l'équilibre entre les bénéfices et les préjudices (minimiser les préjudices, maximiser les bénéfices, réduire l'anxiété) ;

du respect pour le sujet de recherche (y compris le respect de la vie privée, de la confidentialité, de la justice et de l'intégration, des relations de pouvoir, du coût d'opportunité, etc.) ;

du respect du consentement libre et éclairé (voir ci-dessous).

Le risque minimum en RSH

En RSH, l'évaluation du risque minimum est moins simple que dans la recherche biomédicale. Dans cette dernière, le risque est généralement lié à l'exposition à une nouvelle intervention (prise d'un médicament, intervention chirurgicale, etc.). Dans la RSH, les participants sont confrontés à des risques qui vont au-delà de la relation patient-soignant et du domaine médical. Il est possible de définir des *domaines* de risques potentiellement liés à la participation à une étude :

risque d'endommager la relation patient-soignant, et de réduire l'accès aux soins ;

risque de détériorer les relations personnel-direction ;

risque de stigmatisation, d'atteinte à la condition sociale ou la vie privée du sujet de recherche ;

risque d'endommager les liens entretenus avec sa famille ou avec la collectivité ;

préjudice potentiel lié à la révélation d'information sensible ;

risque potentiel pour le groupe, la communauté ou l'organisation auquel le sujet appartient ;

risque potentiel que le processus de recherche ou les résultats interfèrent de manière inattendue avec les relations de pouvoir.

Certaines études ont été identifiées comme susceptibles d'induire un risque supérieur au risque minimum pour les sujets de recherche (ESRC 2005) :

les recherches impliquant des groupes vulnérables : les enfants, les jeunes, les personnes en situation de dépendance, les personnes atteintes de troubles cognitifs, etc.

les recherches portant sur des questions sensibles : le comportement sexuel, le comportement illicite ou politique, l'abus ou l'exploitation, la santé mentale, le statut ethnique ou le sexe, etc.

les recherches qui impliquent des sujets que l'on ne peut atteindre qu'après autorisation d'un gardien.

Un des problèmes majeurs résultant des RSH dans les pays en voie de développement vient de la différence culturelle dans l'appréciation du « risque minimum ». En effet, les principes de base qui sous-tendent ces codes sont ancrés dans un cadre utilitaire à l'occidentale (Denzin & Lincoln 2005). Ces principes sont peut-être moins applicables sur le terrain que ne le suggèrent les commissions d'examen des pays à moyens ou faibles revenus. En outre, ces commissions d'examen institutionnelles appliquent principalement les cadres éthiques pour la recherche biomédicale. D'un autre côté, les évaluations éthiques ne peuvent pas non plus être laissées aux chercheurs extérieurs au pays (et certainement pas non plus uniquement à des comités d'éthique étrangers). Certains prétendent que la collectivité impliquée devrait déterminer elle-même les bénéfices et préjudices liés à sa participation à la recherche (Smith 2005).

Nous proposons d'utiliser la notion de « risque minimum » pour traiter des aspects éthiques de notre protocole de recherche :

en fonction de la recherche, la liste des domaines dans lesquels la participation à l'étude peut présenter un risque devra être examinée ;

les protocoles d'études devront préciser la manière dont les chercheurs ont évalué les risques potentiels et les domaines auxquels ils appartenaient ;

dans la mesure du possible, cette évaluation sera réalisée conjointement avec les partenaires de recherche locaux.

Le consentement éclairé

Le consentement éclairé sera demandé à tous les répondants adultes au moment du premier contact. L'enquêteur fournira ou lira une fiche d'information précisant les objectifs de la recherche et l'utilisation future des données. Différentes fiches d'information seront utilisées pour les patients, les prestataires de soins et les décideurs politiques. La fiche d'information mettra l'accent sur la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment, et sans conséquences. Ceci inclut l'assurance que la santé n'en sera pas affectée (au cas échéant) et que les informations resteront confidentielles. La fiche d'information expliquera également de façon claire les objectifs de l'étude, les procédures et les risques sociaux, émotionnels ou physiques auxquels les participants pourraient être confrontés. Pour les entretiens approfondis, la fiche d'information et le formulaire de consentement informeront les participants de la nature des questions qui peuvent surgir au cours des entrevues, et les participants seront informés qu'ils peuvent s'abstenir de répondre aux questions s'ils le souhaitent. Après avoir lu la fiche d'information, les personnes qui acceptent de participer à la recherche seront invitées à prendre connaissance du formulaire de consentement et à le signer ou à y laisser leur

empreinte digitale (en fonction de leur niveau d'alphabétisation). Le consentement de la personne sera vérifié à chaque contact subséquent. Les interviews et autres échanges seront dirigés par les répondants, et l'interviewer prêtera attention à ce que le mode de communication soit approprié au contexte dans lequel l'interview prend place.

Protection des données

Des procédures spécifiques seront élaborées et mises en œuvre pour s'assurer que les données primaires recueillies soient protégées contre les abus. L'accès aux données sera restreint aux membres du consortium. Les noms ou toute autre information qui pourraient permettre d'identifier les participants n'apparaîtront pas sur les questionnaires, et seront remplacés par des numéros d'identification.

Pour l'ensemble des activités de recueil de données, des mesures de sécurité seront prises pour assurer l'anonymat des participants à tous les niveaux (terrain, analyse, stockage). Le lieu de résidence des personnes qui seront interviewées à domicile ne sera noté que pour permettre de les localiser le jour de l'entretien. Cette information sera obtenue après consentement éclairé et ne sera pas gardée après l'interview. Pour les données quantitatives, deux personnes seulement auront une copie du dossier couplant les noms aux numéros d'identification. Les données qualitatives utiliseront des identifiants ou des pseudonymes. Dans les études de cas ou les citations illustratives, nous ne mentionnerons pas d'informations qui permettraient d'identifier un patient (son adresse par exemple), un prestataire de soins ou tout autre répondant. Les enquêteurs et toutes les autres personnes qui auront accès aux données seront tenus de respecter la confidentialité absolue et de protéger l'anonymat des participants.

Etant donné la taille relativement limitée des groupes d'acteurs impliqués dans les politiques, il existe des risques spécifiques liés à la confidentialité des entretiens approfondis menés avec les décideurs politiques, puisqu'un répondant pourrait être identifié par la nature de ses réponses, même si aucun identifiant n'est utilisé. Des problèmes de même nature pourraient se produire avec les personnes interrogées au niveau des services de santé opérationnels. Dans ces cas, il sera précisé aux participants que, malgré les efforts déployés pour préserver la confidentialité, il ne sera peut-être pas toujours possible de dissimuler totalement leur identité dans les notes de terrains ou les publications et que l'anonymat pourrait être involontairement compromis.

Minimisation des risques et de l'inconfort des participants

Il n'y a pas de risques physiques associés à la recherche. Les risques émotionnels et sociaux pour les patients qui participent pourraient, eux, être plus importants puisque les questions portent sur des sujets tels que la perception de qualité des soins ou les difficultés à gérer le coût des soins. Il existe

également un risque social lié aux visites à domicile des femmes pour mener des entrevues. Les résidents locaux pourraient spéculer sur les raisons de ces visites. Les entrevues seront organisées au moment qui convient à la femme, de manière à ce que la confidentialité soit respectée et que les risques sociaux et la perte de revenus soient minimisés. En tenant compte des sensibilités sociales et culturelles locales, de petits dons appropriés (savon par exemple) seront fournis pour compenser le temps passé pour les activités.

Étant donné que l'étude se focalise sur les urgences obstétricales, les chercheurs sont susceptibles d'être témoins de situations où la vie des femmes est menacée (les *near-miss*), mais qui peuvent être normalisées par un traitement approprié. L'observation de ces événements est une activité dont le WP4 est en charge. Des procédures spécifiques seront développées pour répondre de manière éthique à ces situations dans lesquelles l'intervention d'un chercheur pourrait contribuer à sauver la vie d'une femme alors que son inactivité pourrait aggraver la situation. Cela pourrait, par exemple, se produire si des médicaments doivent être achetés à l'extérieur de l'hôpital.

Les chercheurs pourraient également rencontrer des patientes qui sont confrontées à des coûts catastrophiques, qui sont extrêmement pauvres ou qui ont faim. L'équipe de recherche devra intervenir quand elle considère qu'il y a un risque élevé de décès ou d'invalidité. Un protocole local sera élaboré afin d'aider les équipes de recherche à décider quand et comment intervenir. Lors des interviews à domicile (après exeat de l'hôpital), si une participante présente un problème de santé grave ou urgent, elle sera référée à un praticien et le paiement du transport et des premiers soins seront assurés. Une procédure sera également mise en place pour référer les femmes aux services appropriés, même si leur vie n'est pas directement en danger.

Budget

			Year 1	Year 2	Year 3	Total		Cost/item
A	RTD & Innovation activities							
1	Equipment							
		Laptop	1	0	0	1	piece	1 80
		Desktop	2	0	0	2	piece	1 20
		Printer	1	0	0	1	piece	50
		Recorder	2	0	0	2	piece	15
		Voltage regulator	0	0	0	0	piece	12
		Onduleur	2	0	0	2	piece	12
		Subtotal Equipment						
2	Running costs							
	WP2	Formation						
		Pré-test						
		Collecte						
		Saisie des données						
		Total WP2						
	WP3	Formation						
		Pré-test						
		Collecte						
		Saisie des données						
		Total WP3						
	WP4	Formation						
		Pré-test						
		Collecte						

		Saisie des données							
		Total WP4							
		Subtotal Running costs							
3	Personnel								
		0,50	Public Health	6	9	6	21	pers.months	1 83
		0,33	Health economist	4	12	12	28	pers.months	1 25
		0,08	Sociologist	1	4	1	6	pers.months	1 25
		0,50	Epidemiologist	6	9	6	21	pers.months	1 25
		0,25	Data manager	3	9	9	21	pers.months	92
		0,25	Administrator	3	3	3	9	pers.months	1 25
		0,33	Secretary	4	4	4	12	pers.months	92
			Subtotal Personnel						
4	Travel + Subsistence (COP)								
			Femhealth meeting Rabat						
			Steering committee						
			Femhealth meeting Bamako						
			Femhealth meeting Benin						
			Femhealth meeting Burkina						
			Subtotal Travel						
	RTD & Innovation activities		Total RTD & Innovation activities						
B	Dissemination activities								
1	Running costs								

		Paper	0	0	50	50	package	1
		CD	0	0	10	10	package	1
		Communication	0	0	3	3	months	31
		Other stationery	0	0	0	0	piece	15
		Subtotal						
2	Perdiem							
		Participants validation workshop	0	0	20	20	persons.days	5
		Participants dissemination workshop	0	0	80	80	persons.days	5
		Workshops preparation (Research team)	0	0	15	15	persons.days	5
		Subtotal						
	Dissemination activities	Total Dissemination activities						
C	Capacity building							
		Course on STATA	0	6	0	6	persons	40
		Doctoral training for Economist	0	0	0	0	persons	4 00
	Capacity building	Total Capacity building						
D	Ethical Approbation							
		Ethical approbation	0	0	0	0	bulk	50
	Ethical Approbation	Total Ethical approbation						
E	Financial audit							
		Fee for auditor	0	0	0	0	bulk	5 00

	Financial audit	Total Financial audit						
F	Overhead							
		Overhead	0	0	0	0		6
	Overhead	Total Overhead						
	GRAND TOTAL							

Références

- Akin, J., Birdsall, N., & de Ferranti, D. 1987, *Financing health care in developing countries: an agenda for reform*, World Bank, Washington, D.C.
- Anderson, R. 2008. "New MRC guidance on evaluating complex interventions." *BMJ*, 337, pp. 937.
- Anonymous. 2005. *Ethical conduct for research involving humans. Tri-partite policy statement*. Interagency Secretariat on Research Ethics, on behalf of the Canadian Institutes of Health Research, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada and Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, Ottawa.
- Borghi, J., Hanson, K., Acquah, C., Ekanmian, G., Filippi, V., Ronsmans, C., Brugha, R., Browne, E., & Alihonou, E. 2003, "Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana", *Health Policy and Planning*, vol. 18, pp. 383-390.
- Campbell, O. M. & Graham, W. J. 2006. "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works." *Lancet*, vol. 368, no. 9543, pp.1284-1299.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Pettigrew, M. 2008. "Developing and evaluating complex interventions: new guidance." Medical Research Council, London.
- Criel, B., Van der Stuyft, P., & Van Lerberghe, W. 1999, "The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilisation patterns", *Social Science and Medicine*, vol. 48, pp. 897-911.
- Denscombe, M. 2003. *The good research guide for small-scale social research projects*. 2nd Edition. Open University Press, Maidenhead.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. 2005. *The Sage handbook of qualitative research*. Third Edition. Sage, Thousand Oaks.
- ESRC. 2005. *Research Ethics Framework*. Economic and Social Research Council, Swindon.
- Filippi, V., Ronsmans, C., Gohou, V., Goufodji, S., Lardi, M., Sahel, A., Saizonou, J., & De Brouwere, V. 2005, "Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals", *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, vol. 84, pp.11-16.
- Griffin, C. 1988, *User charges for health care in principle and practice*, World Bank, Washington, D.C..
- Habicht, J. P., Victora, C. G., & Vaughan, J. P. 1999. "Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact." *Int J Epidemiol*, vol. 28, no. 1, pp. 10-18.
- Olivier de Sardan J.-P. et Ridde V., 2011. Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays africains (Burkina Faso, Mali, Niger), Etudes et travaux, Lasdel, Niamey, 47 p
- Ridde V. et Bicaba A., 2009. Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso : la stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso, UNICEF-IMT, 54 p
- Sombié, I., Yaogo M., Ouédraogo M. et al. 2007. Evaluation de la mise en place de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina, Rapport préliminaire, Ministère de la Santé (DSF)-AFRICSanté (ex GREFsAD), Bobo-Dioulasso, 59 p
- Storeng K.T., Baggaley R.F., Ganaba R., Ouattara F., Akoum M.S., Filippi V. 2008. Paying the price: the cost of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*., 66: 545-557.
- Pawson, R. & Tilley, N. 1997. *Realistic Evaluation*. Sage, London.

ANNEXES: les outils des groupes de travail

Les outils du WP2

Coûts à la charge de l'hôpital

Médicaments, matériels et consommables utilisés

Enquêteur : Pour le remplissage de ce questionnaire vous devez faire une revue minutieuse des dossiers médicaux des femmes prises en charge afin de renseigner les rubriques des tableaux ci-après.

A1. Numéro de dossier de la femme :

A2. Date de collecte des données : /...../...../...../

A3. Nature du soin fourni par la structure de santé

Césarienne=1

Eclampsie/prééclampsie=2

Hémorragie=3

Rupture utérine=4

Soin prénatal=5

Soin Postnatal=5

Autre (précisez.....)

I – Médicaments : Précisez pour chaque médicament utilisé, le nombre d'unités du médicament donné à la femme puis renseignez le coût unitaire en demandant le coût de l'unité de l'intrant au dépôt pharmaceutique de l'établissement de santé. Utilisez les plages vides pour reporter les informations sur les médicaments que nous n'aurions pas cité et qui ont été prescrits à la femme

Article	Unité	Quantité utilisée	Coût unitaire
3TC 150mg	Comprimé		
Acétyl salicylate	Flacon		
Acide acétyl salicylique	B/20		
Acide ascorbique 500 mg	B/20		
Acide benzoïque + acide	Tube		
Acide nalidixique 500 mg	Comprimé		
Adrénaline	Flacon		
Albendazole 400 mg	B/1		
Albendazole 400 mg sirop	Flacon		
Aminophylline 250 mg pour injection	Ampoule		
Amodiaquine + artésunate	Plaq/ 6		
Amodiaquine + artésunate	Plaq/ 3		
Amodiaquine + artésunate	Plaq/ 3		
Amodiaquine + artésunate	Plaq/ 3		
Amodiaquine + artésunate	Flacon		
Amoxicilline 125 mg sirop	Flacon		
Amoxicilline 250 mg sirop	Flacon		
Amoxicilline 500 mg	Gélule		
Amoxicilline 500mg gelule blister	B/20		
Ampicilline 1g pour injection	Flacon		
Ampicilline 500 mg pour injection	Flacon		
Aspirine + vitamine C	Tube/20		
Atropine sulfate 0,5 mg	Ampoule		
Benzathine	Flacon		

Benzylopénicilline 5 UI pour injection	Flacon		
Benzylopénicilline procaïne	Flacon		
Bisacodyl 5 mg comprimé	B/20		
Bupivacaïne 0,5% pour injection	Ampoule		
Butylscopolamine 10 mg	B/20		
Butylscopolamine 20 mg	Ampoule		
Calcium + vitamine C	Tub / 20		
Captopril 25mg	Comprimé		
Carbamazepine 200 mg	Comprimé		
Carbocystéine 2% sirop	Flacon		
Carbocystéine 5% sirop	Flacon		
Catapressan inj ampoule	Ampoule		
Ceftriaxone 1g pour injection	Flacon		
Ceftriaxone 250 mg pour injection	Flacon		
Ceftriaxone 500 mg pour injection	Flacon		
Chloramphénicol 0,4%	Flacon		
Chloramphénicol 250 mg	B/20		
Chloroquine 100mg (comprimé)	Comprimé		
Chloroquine 150mg (comprimé)	Comprimé		
Chlorphéniramine 4 mg	B/20		
Chlorpromazine 100mg	B/20		
Chlorpromazine 50 mg pour injection	Ampoule		
Cimétidine 200 mg comprimé	B/20		
Cimétidine 400 mg comprimé	B/20		
Ciprofloxacine 250mg (comprimé)	Comprimé		
Ciprofloxacine 500 mg	B/20		
Clonidine 0,15 mg pour injection	Ampoule		
Cloxacilline 125 mg sirop	Flacon		
Cloxacilline 500 mg gélule	B/20		
Cloxacilline 500 mg pour injection	Ampoule		
Cloxacilline 500mg (comprimé)	Comprimé		
Complexe B1 + B6	B/20		
Cotrimazole (ovule de 200mg)	Ovule		
Cotrimazole (ovule de 500mg)	Ovule		
Cotrimoxazole 240 mg	Flacon		
Cotrimoxazole 480 mg	B/20		
Dakin cooper flacon ml	Flacon		
Dépo provera 150 mg pour injection	Flacon		
Diazépam 10 mg pour injection	Ampoule		
Diazépam 5 mg comprimé	B/20		
Diclofénac 1% pommade T/50	Tube		
Diclofénac 50 mg comprimé	B/20		
Diclofénac IV 3ml 25mg/l (ampoule)	Ampoule		
Digoxine 0,25 mg comprimé	B/20		
Diprivan	Flacon		
DIU/sterilet	Unité		
Dolosal	Flacon		
Doxycycline 100 mg comprimé	B/20		

Ephdrine	Ampoule		
Ephédrine chlorhydrate	Ampoule		
Epinéphrine (adrénaline)	Ampoule		
EPPI 10 cc	Flacon		
EPPI 5 cc	Flacon		
Erythromycine 125 mg	Flacon		
Erythromycine 250 mg	Flacon		
Erythromycine 250mg (comprimé)	Comprimé		
Erythromycine 500 mg	B/20		
Fentanyl	Flacon		
Fer + acide folique 200	B/30		
Fer + vitamines + acides	Flacon		
Fer acide folique 60mg (comprimé)	Comprimé		
Fer fumarate 100mg	Flacon		
Fluconazole 50 mg gélule	Gelule		
Fluphénazine décanoate	Ampoule		
Furosémide 20 mg pour injection	Ampoule		
Furosémide 40 mg pour injection	B/20		
Gentamycine 0,3%	Flacon		
Gentamycine 80 mg pour injection	Ampoule		
Glibenclamide 5mg comprimé	B/20		
Griséofulvine	B/20		
Halopéridol 10 mg pour injection	Ampoule		
Halopéridol 5 mg comprimé	B/20		
HPV pour injection	Ampoule		
Hydrocortisone 100 mg	Ampoule		
Hydroxyde d'aluminium	B/20		
Ibuprofène 100 mg sirop	Flacon		
Ibuprofène 200 mg comprime	B/20		
Ibuprofène 400 mg comprime	B/20		
Lidocaïne +dextrose	Flacon		
Lidocaïne 2%, 20ml pour injection	Flacon		
Lincomycine 500 mg	B/24		
Macro-molécules (Gélofusine 4%)	Flacon		
Mebendazole 100 mg	B/6		
Mebendazole 100mg (comprimé)	Comprimé		
Mébendazole 500mg (comprimé)	Comprimé		
Méthyl dopa 250 mg comprimé	B/20		
Méthylergométrine 0,2	Ampoule		
Métoclopramide 10 mg pour injection	Ampoule		
Métronidazole 125 mg	Flacon		
Métronidazole 250 mg	B/20		
Métronidazole 500 mg	B/12		
Métronidazole 500 mg pour injection	Flacon		
Metyl ergometrine 0,2 inj (flacon)	Flacon		
Miconazole 2% pommade T/15	Tube		
Miconazole 2% pommade T/30	Tube		
Miconazole 400 mg ovule	Ovule		

Microgynon	Cycle		
Multivitamine comprimé effervescent	Tube/20		
Multivitamine A + B1	B/20		
Multivitamine sirop	Flacon		
Néomycine + bacitracine	Tube		
Névirapine 200mg (comprimé)	Comprimé		
Névirapine 50mg/5ml solution buvable (ampoule)	Ampoule		
Niclosamide 500 mg	B/20		
Nifédipine 10 mg comprimé	B/20		
Nitrate d'argent 1% goutte	Flacon		
Norcuram	Flacon		
Novalgine 500 mg pour injection	Ampoule		
Nystatine 100.000 UI	B/12		
Nystatine 100.000 UI	Flacon		
Nystatine 100.000 UI pommade	Tube		
Nystatine 500.000 UI	B/20		
Ovrette comprimé	Cycle		
Oxytocine	Unité		
Paracétamol + vitamine C	Tub/20		
Paracétamol 120 mg sirop	Flacon		
Paracétamol 500 mg	B/20		
Paracétamol 500mg (comprimé)	Comprimé		
Parégorique 2g omprimé	B/20		
Péni V 1.000.000 UI comprimé	B/20		
Péni V 250 mg	B/20		
Penicilline 5ml pour injection (ml)	Flacon		
Perfalgan 1g pour injection	Flacon		
Perfalgan 500 mg pour injection	Flacon		
Permanganate de potassium	B/10		
Phénobarbital 100 mg	B/20		
Phénobarbital 200 mg pour injection	Ampoule		
Phloroglucinol 40 mg pour injection	Ampoule		
Phloroglucinol 80 mg	B/20		
Plasmion 500ml pour injection	Flacon		
Polyvidone iodée 10% solution	Flacon		
Pommade ophtalmique à la tétracycline (1%)	Flacon		
Potion kunan sirop	Flacon		
Praziquantel 600 mg	B/3		
Prométhazine 25 mg	Ampoule		
Quinine 200 mg pour injection	Ampoule		
Quinine 300 mg comprimé	B/20		
Quinine 400 mg pour injection	Ampoule		
Ranitidine 300 mg comprimé	B/20		
Rétinol 200.000 UI	B/10		
Ringer lactate 500ml pour injection	Flacon		
S.S.I 0,9% 500ml (sachet)	Sachet		
Salbutamol 0,1 mg	Flacon		
Salbutamol 0,5 mg pour injection	Ampoule		

Salbutamol 4 mg comprimé	B/20		
Sérum physiologique 0,9%	Poche		
SGI 5% 500ml poche	Poche		
Soluté glucosé isotonique 5%, 500ml pour injection	Unité		
Soluté salé 0,9%, 500ml injection	Unité		
Sulfadoxine-pyriméthamine 500/25mg	Comprimé		
Sulfate de magnésium 50% (flacon pour injection)	Flacon		
Syntocinon 5 ui (dose) injection	Dose		
Tétracycline 1% goutte	Flacon		
Vaccin antitétanique 0,5ml (SAT2) pour flacon injection	Dose		
Vaccin antitétanique SAT1 (dose)	Dose		
Vitamine A (200000UI) comprimé	Comprimé		
Zidovudine 300mg (comprimé)	Comprimé		

II – Matériels et consommables : Précisez pour chaque matériel et consommable, le nombre d'unités donné à la femme puis renseignez le coût unitaire en demandant le coût de l'unité de l'intrant au dépôt pharmaceutique de l'établissement de santé. Utilisez les plages vides pour reporter les informations sur les médicaments que nous n'aurions pas cité et qui ont été prescrits à la femme

Article	Unité	Quantité utilisée	Coût unitaire
Aiguille de rachi avec introducteur 27G	Unité		
Alcool 96°	Flacon/125		
Bande de crêpe 4m*10cm	Rouleau		
Bande de gaz 4,5m*10cm	Rouleau		
Bande nylex	Rouleau		
Bandelette d'analyse protéinurique	Unité		
Betadine rouge ml	Flacon		
Carnet de soin	Unité		
Carte de vaccination	Unité		
Clamp de bar	Unité		
Clamp ombilical	Unité		
Collier de contraception	Unité		
Collutoire au bleu	Flacon		
Compresse 40cm*40cm / 10cm*10cm	Unité		
Compresse 40cm*40cm stérile	Unité		
Condom féminin	Unité		
Condom masculin	Unité		
Coton hydrophile 100g	Rouleau		
Coton hydrophile 500g	Rouleau		
Coton hydrophile 50g	Rouleau		
Dispositif intra utérin	Unité		
Ethicrin serti n° 2/0	Unité		
Ethicrin serti n° 3/0	Unité		
Fiche de stock	Unité		
Fiche de surveillance	Unité		
Fiche de surveillance PF	Unité		
Fiche infantile	Unité		

Fiche maternelle	Unité		
Gant chirurgical latex stérile n° 7,5	Paire		
Gant chirurgical latex stérile n° 8	Unité		
Gant de révision utérine	Paire		
Gant d'examen latex non stérile "M" et L	Paire		
Gants de révision	Unité		
Gants d'examen paire	Unité		
Gants stérile paire (6x7,5 + 2x8)	Unité		
Glucose solution 50%	Flacon		
Intranulle 18G, G20, G22	Unité		
Intranulle G24	Unité		
Jadelle	Set		
Kit BUB 1 (bubon n°1)	Unité		
Kit CPNNE (conjonctivite)	Unité		
Kit DP (douleur)	Unité		
Kit GC1 (gonocoque)	Unité		
Kit GC2 (gonocoque)	Unité		
Kit UG1 (Ulcération)	Unité		
Kit UG2 (ulcération)	Unité		
Kit VAGI 1 (vaginite n° 1)	Unité		
Kit VAGI 2 (vaginite n° 2)	Unité		
Lame de bistouri G22	Unité		
Lame de bistouri n°15	Unité		
Lancette pour examen	Unité		
Perfuseur + aiguille	Unité		
Poche à urine avec vidange 2 litres	Unité		
Pot de prélèvement stérile	Flacon		
Sang total poche de 500mg	Poche		
Sel de réhydratation	Sachet		
Seringue 10 cc + aiguille	Unité		
Seringue 20 cc + aiguille	Unité		
Seringue 5cc+AIG	Unité		
Sonde d'aspiration du nouveau né	Unité		
Sonde nasogastrique n°18	Unité		
Sonde urinaire CH16	Unité		
Sonde vésicale CH16 + ballonnet 5-10ml féminin	Unité		
Sparadrap perforé 18cm*5m	Unité		
Tube EDTC pour examen	Unité		
Tube sec pour examen	Unité		
Vicryl N°0	Unité		
Vicryl N°1	Unité		
Vicryl N°2/0	Unité		
Vicryl N°3/0	Unité		

Coûts indirects de production des services de santé à la charge de l'hôpital

Ce questionnaire doit être complété par l'interrogation des personnes ressources de l'hôpital et/ou de la maternité que sont le Médecin Chef de District, le Responsable de la Maternité et/ou du bloc, le RAF et/ou le Comptable de la structure de santé et/ou le DRH.

Section A : Identification de l'établissement de santé

A1. Quel est le nom de l'hôpital

CMA de Banfora=1 CMA de Bogandé=2 CMA de Gaoua=3
 CMA de Houndé=4 CMA de Orodara=5 CMA de Yako=6

Section B : Estimation du temps du personnel

Enquêteur : Dans cette partie du questionnaire vous devez vous adresser au responsable de la maternité et/ou du bloc.

B1/ Parmi le personnel de la maternité et/ou du bloc, y a-t-il des agents contractuels ?
 Oui=1 Non=2

B2/ En moyenne, combien de journées d'hospitalisation passeront les femmes qui ont été césarisées dans votre structure ? jours

B3/ Parmi 10 femmes césarisées, combien de temps consacrera chacun des agents du personnel contractuel suivant à la prise en charge de la femme (*prenez uniquement au personnel contractuel, le personnel salarié de l'Etat ne doit pas être inclus*)

N°	Catégorie de l'agent de santé	Nombre de femmes césarisées sur 10 vues par chacun des agents contractuels	Estimation du temps mis (en minutes) pour la prise en charge d'une césarienne
1	Médecin gynécologue		
2	Médecin généraliste		
3	Attaché de santé en anesthésie		
4	Attaché de santé en chirurgie		
5	Sage femme		
6	Maïeuticien		
7	Accoucheuse auxiliaire		
8	Pharmacien		
9	Préparateur d'Etat en pharmacie		
10	Technicien de laboratoire		
11	Echographe (agent en charge de faire les échographies)		
12	Dispensateur de médicaments (kits)		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

B4/ Parmi 10 femmes qui se présentent pour des soins prénataux, combien de temps consacreront chacun des agents du personnel contractuel suivant à la prise en charge de la femme (*pensez uniquement au personnel contractuel, le personnel salarié de l'Etat ne doit pas être inclus*)

N°	Catégorie de l'agent de santé	Nombre de femmes en soins prénataux sur 10 vues par chacun des agents contractuels	Estimation du temps mis (en minutes) pour la prise en charge d'une césarienne
1	Médecin gynécologue		
2	Médecin généraliste		
3	Attaché de santé en anesthésie		
4	Attaché de santé en chirurgie		
5	Sage femme		
6	Maïeuticien		
7	Accoucheuse auxiliaire		
8	Pharmacien		
9	Préparateur d'Etat en pharmacie		
10	Technicien de laboratoire		
11	Echographe (agent en charge de faire les échographies)		
12	Dispensateur de médicaments (kits)		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

B5/ Parmi 10 femmes qui se prises en charge pour des soins postnataux, combien de temps consacreront chacun des agents du personnel contractuel suivant à la prise en charge de la femme (*pensez uniquement au personnel contractuel, le personnel salarié de l'Etat ne doit pas être inclus*)

N°	Catégorie de l'agent de santé	Nombre de femmes en soins prénataux sur 10 vues par chacun des agents contractuels	Estimation du temps mis (en minutes) pour la prise en charge d'une césarienne
1	Médecin gynécologue		
2	Médecin généraliste		
3	Attaché de santé en anesthésie		
4	Attaché de santé en chirurgie		
5	Sage femme		
6	Maïeuticien		
7	Accoucheuse auxiliaire		
8	Pharmacien		
9	Préparateur d'Etat en pharmacie		

10	Technicien de laboratoire		
11	Echographe (agent en charge de faire les échographies)		
12	Dispensateur de médicaments (kits)		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

B6/ En moyenne, combien de journées d'hospitalisation passeront les femmes qui ont souffert d'une rupture utérine dans votre structure ? jours

B7/ Parmi 10 femmes ayant souffert de rupture utérine, combien de temps consacreront chacun des agents du personnel contractuel suivant à la prise en charge de la femme (*pensez uniquement au personnel contractuel, le personnel salarié de l'Etat ne doit pas être inclus*)

N°	Catégorie de l'agent de santé	Nombre de femmes césarisées sur 10 vues par chacun des agents contractuels	Estimation du temps mis (en minutes) pour la prise en charge d'une césarienne
1	Médecin gynécologue		
2	Médecin généraliste		
3	Attaché de santé en anesthésie		
4	Attaché de santé en chirurgie		
5	Sage femme		
6	Maïeuticien		
7	Accoucheuse auxiliaire		
8	Pharmacien		
9	Préparateur d'Etat en pharmacie		
10	Technicien de laboratoire		
11	Echographe (agent en charge de faire les échographies)		
12	Dispensateur de médicaments (kits)		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

B8/ En moyenne, combien de journées d'hospitalisation passeront les femmes qui ont souffert d'une pré-éclampsie/ éclampsie dans votre structure ? jours

B9/ Parmi 10 femmes ayant souffert de pré-éclampsie/ éclampsie, combien de temps consacreront chacun des agents du personnel contractuel suivant à la prise en charge de la femme (*pensez uniquement au personnel contractuel, le personnel salarié de l'Etat ne doit pas être inclus*)

N°	Catégorie de l'agent de santé	Nombre de femmes césarisées sur 10 vues par chacun des agents contractuels	Estimation du temps mis (en minutes) pour la prise en charge d'une césarienne
1	Médecin gynécologue		
2	Médecin généraliste		
3	Attaché de santé en anesthésie		
4	Attaché de santé en chirurgie		
5	Sage femme		
6	Maïeuticien		
7	Accoucheuse auxiliaire		
8	Pharmacien		
9	Préparateur d'Etat en pharmacie		
10	Technicien de laboratoire		
11	Echographe (agent en charge de faire les échographies)		
12	Dispensateur de médicaments (kits)		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

B10/ En moyenne, combien de journées d'hospitalisation passeront les femmes qui ont souffert d'une hémorragie de l'accouchement dans votre structure ? jours

B11/ Parmi 10 femmes ayant souffert d'une hémorragie de l'accouchement, combien de temps consacreront chacun des agents du personnel contractuel suivant à la prise en charge de la femme (*prenez uniquement au personnel contractuel, le personnel salarié de l'Etat ne doit pas être inclus*)

N°	Catégorie de l'agent de santé	Nombre de femmes césarisées sur 10 vues par chacun des agents contractuels	Estimation du temps mis (en minutes) pour la prise en charge d'une césarienne
1	Médecin gynécologue		
2	Médecin généraliste		
3	Attaché de santé en anesthésie		
4	Attaché de santé en chirurgie		
5	Sage femme		
6	Maïeuticien		
7	Accoucheuse auxiliaire		
8	Pharmacien		
9	Préparateur d'Etat en pharmacie		
10	Technicien de laboratoire		
11	Echographe (agent en charge de faire les échographies)		

12	Dispensateur de médicaments (kits)		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

B12/ En moyenne, combien de journées d'hospitalisation passeront les femmes qui ont eu un accouchement normal dans votre structure ? jours

B13/ Parmi 10 femmes qui ont eu un accouchement normal, combien de temps consacrera chacun des agents du personnel contractuel suivant à la prise en charge de la femme (*pensez uniquement au personnel contractuel, le personnel salarié de l'Etat ne doit pas être inclus*)

N°	Catégorie de l'agent de santé	Nombre de femmes césarisées sur 10 vues par chacun des agents contractuels	Estimation du temps mis (en minutes) pour la prise en charge d'une césarienne
1	Médecin gynécologue		
2	Médecin généraliste		
3	Attaché de santé en anesthésie		
4	Attaché de santé en chirurgie		
5	Sage femme		
6	Maïeuticien		
7	Accoucheuse auxiliaire		
8	Pharmacien		
9	Préparateur d'Etat en pharmacie		
10	Technicien de laboratoire		
11	Echographe (agent en charge de faire les échographies)		
12	Dispensateur de médicaments (kits)		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

Section C : Coûts salariaux du personnel

Enquêteur : Dans cette partie du questionnaire vous devez vous adresser au Directeur ou Responsable des Ressources Humaines de l'établissement de santé.

C1. A combien estimez-vous le salaire brut moyen de chacun des agents contractuels de la catégorie suivante de votre établissement de santé.

N°	Catégorie de l'agent de santé	Y'a-t-il un agent contractuel de la catégorie citée ? Oui=1 Non=2	Estimation du salaire brut moyen (si répondu oui à y'a-t-il un agent contractuel de la catégorie citée ?)
1	Médecin gynécologue		
2	Médecin généraliste		
3	Attaché de santé en anesthésie		
4	Attaché de santé en chirurgie		
5	Sage femme		
6	Maïeuticien		
7	Accoucheuse auxiliaire		
8	Pharmacien		
9	Préparateur d'Etat en pharmacie		
10	Technicien de laboratoire		
11	Echographe (agent en charge de faire les échographies)		
12	Dispensateur de médicaments (kits)		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

Section D : Frais généraux de la structure de santé

Enquêteur : Dans cette partie du questionnaire vous devez vous adresser au Directeur ou Responsable administratif et financier ou au comptable de la structure de santé.

D1/ Pouvez-vous me donner des informations sur le montant des frais généraux suivants dans votre structure de santé ainsi que la source de financement de ces frais généraux?

N°	Frais de fonctionnement	Montant des dépenses par an (année 2011)	Source de financement Etablissement même=1 Etat=2 Autre donateur=3
1	Electricité		
2	Gaz		
3	Pétrole pour groupe électrogène		
4	Maintenance et entretien bâtiment		
5	Maintenance du matériel roulant		
6	Achat de produits d'entretien		
7	Frais de téléphone fixe		
8	Frais de téléphone portable (flotte)		
9	Menues dépenses		
10	Plomberie et sanitaire		
11	Carburant		
12	Frais de location		
13	Achat de biens et services		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

D2/ Pouvez-vous me donner des informations sur le montant des coûts de gestion suivants dans votre structure de santé ainsi que la source de financement de ces coûts ?

N°	Frais de fonctionnement	Montant des coûts par an (année 2011)	Source de financement Etablissement même=1 Etat=2 Autre donateur=3
1	Achat de carnet de santé		
2	Achat de fluides médicaux et dérivés		
3	Achat de film et consommables de radio		
4	Achat de réactifs divers de laboratoire		
5	Achat de fournitures de bureau		
6	Achat d'imprimés et registres divers		
7	Fêtes et réceptions		
8	Ristournes du personnel		
9	Inscription aux congrès		
10	Formation du personnel		
11	Transport et voyage (hébergement, perdiems...)		
12	Achat de matériels médico-techniques		
13	Précisez.....		
14	Précisez.....		
15	Précisez.....		
16	Précisez.....		

D3/ Pouvez-vous me donner des informations sur le montant des coûts des services de support suivant dans votre structure de santé ainsi que la source de financement de ces coûts ?

N°	Frais de fonctionnement	Montant des coûts par an (année 2011)	Source de financement Etablissement même=1 Etat=2 Autre donateur=3
1	Gardiennage de l'hôpital		
2	Entretien et nettoyage des locaux		
3	Restauration des malades et du personnel complémentaire		
4	Laverie et buanderie		
5	Précisez.....		

Section E : Données générales sur le niveau d'activité de la structure de santé

Enquêteur : Dans cette partie du questionnaire vous devez vous adresser au Médecin Chef de District de l'établissement de santé et/ou au responsable de la maternité.

E1/ Quel est le nombre de personnes prises en charge dans votre structure au cours de l'année 2011

E2/ Parmi ces personnes, combien de personnes ont été hospitalisées (tous services confondus)

E3/ Parmi les personnes qui ont été pris en charge en 2011, combien de personnes ont été traitées en ambulatoire (tous services confondus)

E4/ Enquêteur faire le total E2+E3 et reportez ici (si le résultat est différent de celui porté en E1, repartez à E1 et demandez au MCD de reconsidérer les calculs

E5/ Combien d'accouchements normaux ont été réalisés dans votre structure au cours de l'année 2011 ?

E6/ Combien de césariennes ont été réalisés dans votre structure au cours de l'année 2011 ?

E7/ Combien de femmes ont été vues dans votre structure au cours de l'année 2011 pour des activités de soins prénatales?

E8/ Combien de femmes ont été vues dans votre structure au cours de l'année 2011 pour des activités de soins postnatales?

E9/ Combien de femmes ont été pris en charge pour rupture utérine dans votre structure au cours de l'année 2011?

E10/ Combien de femmes ont été pris en charge pour éclampsie / pré éclampsie dans votre structure au cours de l'année 2011?

E11/ Combien de femmes ont été pris en charge pour hémorragie de l'accouchement dans votre structure au cours de l'année 2011?

E12/ Combien de consultations prénatales ont été faites dans votre structure au cours de l'année 2011?

E13/ Combien de consultations postnatales (immédiats) ont été faites dans votre structure au cours de l'année 2011?

E13/ Combien de consultations postnatales (tardifs) ont été faites dans votre structure au cours de l'année 2011?

Merci pour votre participation

Entretien de sortie pour chaque femme qui a accouché

HH MN

Heure de début de l'entretien : /...../...../

Numéro du dossier médical de la femme :

1. Date de l'entretien:	<input type="text"/>	2. Nom de l'enquêteur:	<input type="text"/>
3. Code du répondant	<input type="text"/>	4. Lien du répondant par rapport à la femme:	Femme elle-meme....01 Mari.....02 Autre membre de la famille.....03 (Préciser).....
5. Nom de l'établissement de santé:	<input type="text"/>	6. Nom du District:	<input type="text"/>
7. Type d'établissement de santé	CHU.....01 CHR.....02 CMA.....03 CSPS.....04 Centre médicale.....05	8. Region:	Boucle du Mouhoun.....01 Cascades.....02 Centre.....03 Centre est.....04 Centre nord.....05 Centre-ouest.....06 Centre sud.....07 Est.....08 Hauts-bassins.....09 Nord.....10 Plateau central.....11 Sahel.....12 Sud-ouest.....13
Nous aimerions vous posez certaines questions vous concernant ou concernant la femme qui a accouche (si la répondante n'est pas la femme qui a accouché)			
9.	Quelle est votre date de naissance ?	JJ MM AA/...../..... Ne sais pas=99/99/99	
10.	Quel âge avez-vous actuellement (âge en années révolues) ? (NSP=99)	
11.	Quelle est votre situation matrimoniale ?	Mariée monogame.....01 Mariée polygame02 Célibataire.....03 Séparée/divorcée.....04 Veuve.....05 Autre.....06 (précisez.....)	

12.	Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez atteint?	Non scolarisé.....01 Niveau primaire.....02 Niveau secondaire03 Niveau tertiaire04 Autres formations.....05 (préciser.....) Ne sais pas.....99
13.	Quel est la nature de votre emploi?	Employée à plein temps dans le secteur public.....01 Employée à plein temps dans le secteur privé...02 Ménagère.....03 Cultivateur.....04 Petit commerce (ambulant, table).....05 Au chômage.....06 Retraitée.....07 Elève/étudiante.....08 Commercante (boutique).....09 Artisan (coiffeuse, couturière...).....10 Autre.....11 (préciser.....) Ne sais pas.....99
14.	Combien de personnes vivent dans votre ménage (à l'exclusion des personnes qui vivent dans les ménages de vos coépouses)	Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15.	D'où provient principalement l'eau que la plupart des membres de votre ménage boivent ?	Robinet à la maison.....01 Robinet public02 Puits traditionnel dans le ménage.....03 Puits traditionnel public.....04 Forage.....05 Lac/rivière/ruisseau/marre.....06 Puits busé.....07 Autre.....08
16.	Y'a t'il l'électricité dans votre domicile?	Oui.....01 Non.....02
17.	Quel genre de toilette la plupart des membres de votre ménage utilisent t'ils principalement?	Toilette avec chasse d'eau.....01 Latrines traditionnelles.....02 Latrines modernes.....03 Pas de toilette/nature.....04

18.	Quelle est la nature de la matière principale des murs de la votre maison?	Terre.....01 Ciment/ béton.....02 Toles en métal.....03 Paille/bois.....04 Briques taillées.....05 Autre.....06 (préciser.....)
19.	Combien de chambres à coucher y a-t-il dans votre maison (maison principale) ?	Nombres de chambres.....
20.	D'après vous (enquêteur), l'enquêtée habite-t-elle en zone rurale, semi-urbaine ou urbaine ?	Zone urbaine.....01 Zone peri-urbaine.....02 Zone rurale.....03

21.	Votre ménage possède t-il les biens suivants (il s'agit de bien en état de fonctionnement). Si oui, précisez le nombre.	Radio Oui=01 Non=02 Nb __ __ Téléphone fixe Oui=01 Non=02 Nb __ __ Tv Oui=01 Non=02 Nb __ __ Frigo Oui=01 Non=02 Nb __ __ Téléphone portable Oui=01 Non=02 Nb __ __
22.	Votre ménage possède t-il un ou les moyens de locomotion suivants? Si oui, précisez le nombre.	Charrette/Charrue Oui=01 Non=02 Nb __ __ Bicyclette Oui=01 Non=02 Nb __ __ Moto Oui=01 Non=02 Nb __ __ Voiture Oui=01 Non=02 Nb __ __ Camionette Oui=01 Non=02 Nb __ __
23.	Avez-vous des domestiques (c'est-à-dire un peronnel que vous payé pour vous aider dans les tâches quotidiennes du ménage) ?	Oui.....01 Non.....02
24.	Votre menage possède t-il des terres agricoles ?	Oui.....01 Non.....02 ↗ allez à question 26 NSP.....99 ↗ allez à question 26
25.	Combien d'hectares de terre agricoles le ménage possède t-il?	En hectares.....
26.	A combien estimez-vous le montant des dépenses faites par votre ménage au cours des 30 derniers jours?	
	a/ Eau	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99

	b/ Electricité	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	c/Gaz, bois de chauffe,charbon de bois	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	d/ Logement (Loyer)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	e/ Savon, pommade (<i>si produit par la femme, estimez le coût des intrants</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	e/ Savon, pommade (<i>si produit par la femme, estimez le coût des intrants</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	f/ Savon, pommade (<i>achetés et utilisés la femme et le ménage</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	g/ Tontine	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	h/ Santé (<i>soins, médicaments, consultations, examens...</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	i/ Chaussures, vêtements, pagnes	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	j/ Bijoux	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	k/ Achat de céréales	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	l/ Céréales (<i>si produit par le ménage, demandez la quantité consommée et recherchez le prix sur le marché</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	m/ Dépenses téléphoniques (<i>recharge, facture...</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	n/ Dépenses de transport (<i>réparation d'engin, fuel...</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	o/ Dépenses alimentaires hormis céréales en l'état (<i>restaurant, viande préparée...</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	p/ Popote et/ou montant dépensé pour l'achat de légumes, condiments	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	q/ Dépenses boissons et sucreries diverses (<i>alcool, coca, bonbon, biscuits...</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
	r/ Autre dépenses (<i>incluant cola, tabac, cigarette...</i>)	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
27.	De ce qui précède, a combien estimez-vous uniquement le montant des dépenses alimentaires c'est-à-dire huile, viande, poisson, legumes, etc?	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas=99
Nous aimerions vous poser quelques questions sur l'accouchement <i>(Enquêteur : la question se réfère à la femme qui a accouché)</i>		
28.	Est-ce votre premier accouchement?	Oui.....01 (allez à q32) Non.....02

29.	Quelle est la date de votre dernier accouchement (il s'agit de l'accouchement précédent le présent accouchement)? (enquêteur vérifier le carnet de santé de la femme si la femme ne se rappelle pas)	JJ MM AA/...../..... Ne sais pas=99/99/99
30.	Est-ce que un de vos accouchements précédents s'est soldé par une césarienne ?	Oui.....01 Non.....02
31.	Combien avez-vous (votre ménage a-t-il) dépensé lors de votre dernier accouchement (il s'agit du montant dépensé pour l'accouchement précédent le présent accouchement)?	Montant (en FCFA)..... Ne sais pas.....99 Ne se souvient pas.....97
32.	Combien d'enfants vivants avez-vous?enfants vivants
33.	La femme a-t-elle souffert d'une complication à l'accouchement ?	Oui.....01 Non.....02 (allez à 35) Ne sais pas.....03 (allez à 35)
34.	De quel type de complication s'agissait-il ?	Eclampsie.....01 Hémorragie.....02 GEU.....03 Rupture utérine.....04 Infection/sepsis.....05 Autre.....06 (précisez.....) Je ne sais pas.....99
35.	Comment le bébé est-il né?	Sans assistance.....01 Assistance manuelle.....02 Assistance instrumentale.....03 Opération (césarienne).....04 Autre.....05 (précisez.....)
36.	L'hôpital dans lequel vous avez accouché était-il le premier hôpital ou vous vous êtes rendu pour accoucher ?	Oui.....01 Non, j'ai été référée02 à aller a la question 38 Non, j'ai été évacuée03 à aller a la question 38

37.	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez choisi d'accoucher dans cet hôpital?	C'est l'hôpital le plus proche.....01 C'est l'hôpital le moins cher dans la région.....02 C'est le meilleur hôpital de la région03 C'est le seul hôpital de la région04 Je suis venue ici pour les accouchements précédents05 Autre.....06 (précisez.....) Ne sais pas.....99
38.	Combien de temps s'est écoulé entre le début du travail et le moment où vous êtes partie pour la structure de santé?	<i>Ecrire le temps écoulé en nombre de minutes, d'heures ou de jours</i> Minutes heures Jours Ne sais pas=99
39.	Avant d'arriver à l'hôpital, avez-vous, pour quelque raison que ce soit, traîné à la maison ou en route ?	Oui..... 01 Non.....02 (allez à question 41) Ne sais pas.....99 (allez à question 41)
40.	Quelle était la raison principale qui a retardé votre venue dans cet hôpital ?	Partie dans un autre hôpital01 Manque d'argent.....02 Pas de moyen transport.....03 Celui qui prend les décisions n'était pas présent04 Je ne voulais pas accoucher ici mais dans un autre hôpital05
41.	Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour vous rendre dans l'établissement de santé dans lequel vous avez finalement accouché ?	A pied.....01 Bicyclette.....02 Moto.....03 Voiture privée.....04 Taxi05 Taxi (brousse).....06 Ambulance.....07 Charrette.....08 Moto-ambulance.....09 Autre.....10 (Précisez.....)
42.	Combien de temps avez-vous mis avant d'arriver dans cette structure de santé, depuis l'instant que vous avez quitté la maison pour vous rendre à la structure de santé pour accoucher?minutes heures

Nous aimerions vous poser quelques questions par rapport aux paiements
(*Enquêteur : à préciser que la question se réfère à la femme qui a accouché*)

43.	Etes vous au courant de la politique d'exemption des frais des accouchements au sein de cet hôpital?	Oui.....01
		Non.....02
		Ne sais pas.....99
44.	Est-ce que votre ménage est membre d'une assurance de santé (mutuelle de santé) ?	Oui.....01
		Non02
		Ne sais pas.....99

	Combien avez-vous payé pour les services suivants à l'hôpital et au total quel a été le statut du paiement?	<i>Ecrivez le montant en FCFA</i>	Totalement payé.....1
			Payé en partie.....2
			Service indisponible.....3
			Service gratuit.....4
			Ne sais pas.....9
45.	A/ Ticket d'accouchement	A/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	B/ Analyses de laboration et imagerie médicales	B/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	C/ Médicaments et consommables	C/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	D/ Frais de consultations	D/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	E/ Frais de chirurgie	E/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	F/ Frais au personnel de santé (y compris cadeaux)	F/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	G/ Frais de transport (aller-retour maison – établissement de santé)	G/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	H/ Les paiements en dehors de l'établissement de santé (ex : nourriture, médicaments....)	H/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	I/ Kit d'accouchement	I/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	J/ Kit opératoire	J/ _ _ _ _ _ _ _ _	_
	K/ Kit post-opératoire	K/ _ _ _ _ _ _ _ _	_

	L/ Autre Précisez.....	L/	
	M/ Montant total si détail inconnu	M/	
46.	Avez-vous eu un ou des accompagnants lors de votre séjour à l'hôpital?	Oui.....01 Non.....02	Allez à question 50
47.	Combien de personnes vous ont accompagnés à l'hôpital ?	Nombre de personnes.....	
48.	A combien estimez-vous les dépenses alimentaires des accompagnants durant votre séjour à l'hôpital (à l'exclusion de celles faites pour la femme)?	Nourriture.....(en FCFA) NSP=97	
49.	A combien estimez-vous les dépenses pour le transport des accompagnants durant votre séjour à l'hôpital (à l'exclusion de celles faites pour la femme)?	Transport.....(en FCFA) NSP=97	
50.	Avez-vous été en mesure d'assurer tous les paiements qui vous ont été demandés?	Oui.....01 Non02 Ne sais pas.....97	
51.	Qui a payé les frais occasionnés par cette hospitalisation ? (Plusieurs réponses sont possibles. Notez toutes les réponses fournies par l'enquêtée.)	Femme elle-même.....01 Epoux/conjoint.....02 Autres membres de la famille.....03 Amis/voisins.....04 L'hôpital a fourni le service gratuitement....05 Autres.....	

<p>52.</p>	<p>Parce que vous (votre ménage) n'avez pas été en mesure de payer tous vos soins, avez-vous (votre ménage a-t-il) dû prendre les mesures suivantes ?</p>	<p>S'est soigné à crédit auprès de l'hôpital.....01 Utilisation de l' épargne du ménage.....02 Reçu des aides de la famille et des amis.....03 Emprunt auprès des amis et la famille.....04 Emprunt auprès des usuriers.....05 Vente de(s) biens du ménage.....06 Vente d'animaux.....07 Vente de produits agricoles.....08 Vente de terrain.....09 N'a pas pu se procurer tous les soins.....10 Autre.....11 (précisez.....) Ne sais pas.....97</p>
------------	---	--

53. Puis-je voir vos ordonnances?

Nombres (pas d'ordonnance marquez le chiffre 0).....

54. Combien de produits ont été prescrits? Nombre..... <i>Listez les médicaments:</i>	55. Si vous avez tenté d'acheter le médicament à la pharmacie de la structure de santé, était-il en stock à la pharmacie de la structure de santé dans lequel vous avez accouché?	56. Avez-vous été facturée par l'hôpital pour ledit médicament?	57. Si les médicaments n'étaient pas en stock à la pharmacie de l'hôpital, les avez-vous achetés dans une officine privée?	58. Savez vous combien a coûté (oucoûtera) ledit médicament en officine privée ?
A..... ...	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99 N'a pas tenté de payé...03 <i>(aller à 57)</i>	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Montant..... . Ne sais pas.....99
B.....	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99 N'a pas tenté de payé...03 <i>(aller à 57)</i>	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Montant..... . Ne sais pas.....99
C.....	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99 N'a pas tenté de payé...03 <i>(aller à 57)</i>	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Montant..... . Ne sais pas.....99
D.....	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99 N'a pas tenté de payé...03 <i>(aller à 57)</i>	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Montant..... . Ne sais pas.....99

E.....	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99 N'a pas tenté de payé...03(<i>aller à 57</i>)	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Montant..... . Ne sais pas.....99
F.....	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99 N'a pas tenté de payé...03(<i>aller à 57</i>)	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Oui.....0 1 Non02 Ne sais pas.....99	Montant..... . Ne sais pas.....99

59.	Combien de temps avez-vous dû attendre entre le moment où vous êtes arrivé à cet hôpital et le moment où la femme a été prise en consultation?	Moins de 30 Minutes.....01 30mns à moins de 1 heure.....02 1 heure à moins de 1 heure et 30 mns.....03 1 heure 30mns à moins de 2 heures.....04 2 heures à moins de 4 heures.....05
60.	Pour chaque élément mentionné ci-dessous, dites moi si vous étiez satisfait ou pas. Très satisfait.....01 Assez satisfait02 Pas satisfait03 Très déçue....04 Ne sais pas...09	A. Le temps d'attente..... <input type="checkbox"/> B. Possibilité de discuter des problèmes ou vos inquiétudes avec un personnel de santé..... <input type="checkbox"/> C. La qualité de l'examen ou du traitement reçu..... <input type="checkbox"/> D. Le coût de traitement et des médicaments..... <input type="checkbox"/> E. La confidentialité..... <input type="checkbox"/> F. La disponibilité des médicaments dans l'hôpital..... <input type="checkbox"/> G. Les heures d'ouverture de l'hôpital..... <input type="checkbox"/> H. La propreté des locaux lde l'hôpital..... <input type="checkbox"/>
61.	Quelle appréciation avez-vous à propos des services recus au sein de cet hopital.	Bonne.....01 Passable02 Mauvaise.....03 <input type="checkbox"/>
62.	Recommenderiez-vous cet hopital?	Oui.....01 <input type="checkbox"/> Non.....02 <input type="checkbox"/> NSP.....99

63.	Est-ce qu'on vous a expliqué pourquoi c'était nécessaire de faire une césarienne ? <i>Enquêteur : Posez cette questions aux enquêtées si elles ont fait une césarienne</i>	Oui.....01 Non.....02 NSP.....99
64.	Est-ce qu'on vous a expliqué pourquoi votre accouchement fut compliqué ? <i>Enquêteur : Posez cette question si l'enquêtée a eu un accouchement compliqué.</i>	Oui.....01 Non.....02 (Allez a la q. 69) NSP.....99 (Allez a la q. 69)
65.	Est-ce que toutes vos questions ont été repondues par les agents de santé?	Oui.....01 Non.....02 NSP.....99
66.	Est-ce qu'on vous a donné des conseils pour vos futures grossesses et accouchements ?	Oui.....01 Non.....02 NSP.....99
67.	Etes vous sortie plus tôt que prévu de l'hopital à cause des coûts ?	Oui.....01 Non.....02 NSP.....99
Commentaires de l'enquêteur:		

Merci beaucoup pour votre participation!

Consentement à participer à l'Entretien de Sortie

Bonjour, je m'appelle _____ . Je travaille sur une étude portant sur l'accès aux soins de l'accouchement. Afin de mieux comprendre ces questions, je voudrais m'entretenir avec vous à propos de votre expérience dans cet établissement de santé. Nous ne divulguerons pas vos réponses au personnel de cet hôpital ou à quelqu'un d'autre et ce sont uniquement les personnes impliquées dans cette enquête qui pourront avoir accès aux informations collectées. Il n'y a pas de risque lié à la participation à cette enquête. La participation à cette enquête est volontaire et la participation ou le refus de participer n'affectera pas votre capacité à accéder aux services de santé. Cependant vos opinions sont importantes pour nous et nous espérons que vous choisirez d'y participer.

Y- a-t-il des questions que vous voudriez me poser sur cette enquête?

Questions de l'enquêtée ou des ses parents/accompagnants

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Êtes-vous disposée à participer?
Oui=1 Non=2 **Remerciez l'enquêtée et arrêtez l'entretien**

Signature du participant ou empreinte digitale.....

Code du répondant :

Contact téléphonique de la femme et/ou de son conjoint et/ou accompagnant :
.....

Numéro du dossier médical de la femme :... ..

Date

Enquête sur les mesures incitatives centrées sur le personnel de santé

Enquête sur les mesures incitatives centrées sur le personnel de santé

Nom de l'enquêteur	
Code de l'interviewé (répondant)	
Date de l'entretien	
Heure de début de l'entretien	HH : MN

Nom de la région	
Nom du district sanitaire	
Nom de l'établissement de santé	

Je voudrais commencer par poser quelques questions d'ordre général sur vous et votre famille.

Section I : Caractéristiques socioprofessionnelles du personnel de santé

No.	QUESTION	CODES/INSTRUCTIONS	RÉPONSES (<i>Inscrivez le bon code dans la boîte prévue à cet effet</i>)
1.1	Sexe de l'agent ? (<i>Enquêteur, précisez le sexe de l'agent</i>)	1=Homme 2=Femme	<input type="checkbox"/>
1.2	Quel est votre statut matrimonial ?	1=Célibataire 2=En cohabitation 3=Mariée monogame 4= Mariée polygame 5=Divorcé(e) 6=Veuf(ve)	<input type="checkbox"/>
1.3	Quel âge avez-vous (<i>âge en années révolues</i>)?	<i>Écrire en nombre</i> 98= <i>Refus</i>	<input type="text"/>
1.4	Quel est votre niveau d'étude?	1=Primaire 2=Secondaire premier cycle 3=Secondaire second cycle 4=Universitaire	<input type="checkbox"/>
1.5	Quel est votre fonction ?	1= Médecin compétence en SONU 2= Médecin généraliste non formé en SONU 3= Sage femme/maïeuticien 4= Accoucheuse auxiliaire 5= Matrone 6= Autres précisez.....	<input type="checkbox"/>
1.6	Quel est votre statut professionnel ?	1= Fonctionnaire 2= Contractuel de l'état 3= Contractuel de l'établissement 4= Contractuel de la commune 5= Bénévole	<input type="checkbox"/>

1.7	Où travaillez-vous ? (Note : deux catégories peuvent s'appliquer par exemple si le service est un CM et un service confessionnel)	1=Hôpital National Universitaire (CHU) 2=Centre Hospitalier Régional (CHR) 3=CMA/CM 4=CSPS 5=Maternité isolée 6=Dispensaire isolée 7=Hôpital confessionnel	<input type="checkbox"/> Si code 7 allez à q. 1.8 Si Sinon allez à q. 1.9
1.8	Type d'hôpital confessionnel	1=Organisation catholique 2=Organisation islamique 3=Organisation baptiste 4=Autre (précisez.....)	<input type="checkbox"/>
1.9	Quel poste de responsabilité occupez-vous au sein de cet établissement ?	1=Sans poste de responsabilité 2=Chef de service (Précisez.....) 3=Sage femme maitresse 4=Autre (Précisez.....)	<input type="checkbox"/>
1.10	Depuis combien de temps (années et/ou mois) travaillez-vous dans le secteur public de santé ?	Remplir en nombre d'années et/ou mois 8888= Non applicable	MM AA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.11	Depuis combien de temps travaillez-vous pour votre employeur actuel si vous exercez en plus dans le privé ?	Remplir en nombre d'années et/ou mois 8888= Non applicable	MM AA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.12	Depuis combien de temps travaillez-vous à ce poste ?	Remplir en nombre d'années et/ou mois	MM AA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1.13	Recevrez-vous ou espérez-vous recevoir une pension de votre employeur quand vous prendriez votre retraite ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q. 2.1 Si code 3 allez à q. 2.1
1.14	Quel est le montant mensuel de la pension que vous obtiendrez de votre employeur après votre retraite?	<i>Complétez le montant en FCFA</i> 98=Refus/ NSP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Section 2 : Charge de travail de l'agent de santé

2.1	Dans votre fonction principale, combien d'heures de travail faites vous en moyenne chaque semaine?	Remplir en nombre d'heures Refus=98/ NSP	HH _ _
2.2	Est-ce que votre nombre d'heures de travail hebdomadaire a changé au cours de ces cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	_ Si code 2 allez à q. 2.5 Si code 3 allez à q. 2.5
2.3	S'agit-il d'une hausse du nombre d'heures de travail ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	_
2.4	A combien d'heures estimez-vous cette hausse ou baisse ?	Remplir en nombre d'heures	HH _ _
2.5	Combien de patients voyez-vous en moyenne par semaine dans votre fonction principale ?	Remplir en nombre de patients Refus/ NSP =98	_ _
2.6	Est-ce que le nombre de patients que vous traitez (voyez) en moyenne par semaine à changé au cours de ces cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	_ Si code 2 allez à q. 2.9 Si code 3 allez à q. 2.9
2.7	S'agit-il d'une hausse du nombre de patients vus ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	_
2.8	A combien estimez-vous la variation du nombre de patients traités par semaine?	Remplir en nombre de patients	Nombre de patients _ _
2.9	Combien d'accouchements faites-vous en moyenne par semaine dans votre fonction principale?	Remplir en nombre d'accouchements Refus/ NSP =98/98	Semaine Mois _ _ / _ _
2.10	Est-ce que le nombre d'accouchements moyen par semaine à changé au cours de ces cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	_ Si code 2 allez à q. 2.13 Si code 3 allez à q. 2.13

2.11	S'agit-il d'une hausse du nombre d'accouchements faits ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	<input type="checkbox"/>
2.12	A combien estimez-vous la variation du nombre d'accouchements faits ?	Remplir en nombre d'accouchements	Nombre d'accouchements <input type="text"/>
2.13	Exercez-vous votre profession dans des cliniques ou structures privées?	1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q. 2.22
2.14	Combien de patients voyez-vous en moyenne par semaine dans votre dans la structure privée dans laquelle vous exercez?	Remplir en nombre de patients Refus/ NSP =98	<input type="text"/>
2.15	Est-ce que le nombre de patients que vous traitez (voyez) en moyenne dans la structure privée par semaine à changé au cours de ces cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q. 2.18 Si code 3 allez à q. 2.18
2.16	S'agit-il d'une hausse du nombre de patients vus ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	<input type="checkbox"/>
2.17	A combien estimez-vous la variation du nombre de patients?	Remplir en nombre de patients	Nombre de patients <input type="text"/>
2.18	Combien d'accouchements (accouchements normaux et césariennes) faites-vous en moyenne par semaine dans l'exercice de votre fonction en structure privée?	<i>Indiquez en nombre d'accouchement (mettre 0, si elles ne sont pas des patientes privées et 98 si aucune réponse) préciser si le nombre d'accouchement est donné par semaine ou par mois)</i> 1= par semaine 2= par mois	<input type="text"/> / _ / _ / _ / accouchements normaux / _ / _ / _ / césariennes
2.19	Est-ce que le nombre d'accouchements moyen par semaine à changé au cours de ces cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q. 2.22 Si code 3 allez à q. 2.22
2.20	S'agit-il d'une hausse du nombre d'accouchements faits ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	<input type="checkbox"/>
2.21	A combien estimez-vous la variation du nombre d'accouchements?	Remplir en nombre d'accouchements	Nombre d'accouchements <input type="text"/>

2.22	Exercez-vous d'autres activités génératrices de revenus (<i>activité non-médicale telle que le commerce et l'agriculture...</i>)?	1= <i>Oui</i> 2=Non	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.1
2.23	Précisez le type d'activité	1= <i>Agriculture, élevage</i> 2=Commerce 3=Artisanat 4=Enseignement 5=Autre (précisez.....)	<input type="checkbox"/>
2.24	Combien d'heures consacrez-vous en moyenne par semaine à cette activité privée génératrice de revenu?	Remplir en nombre d'heures	HH <input type="text"/>
2.25	Le nombre d'heures consacré aux activités génératrices de revenu a-t-il changé durant les cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q. 3.1 Si code 3 allez à q. 3.1
2.26	S'agit-il d'une hausse ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	<input type="checkbox"/>
2.27	A combien d'heures estimez-vous la variation ?	Remplir en nombre d'heures	HH <input type="text"/>

Section 3. Gouvernement/ Revenu principal

3.1	Combien gagnez-vous comme salaire de base chaque mois pour votre travail principal ou officiel ?	Compléter le montant en FCFA (par mois) 98=Refus/ NSP	<input type="text"/>
3.2	Ce revenu a-t-il changé au cours de ces cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 98=Refus/ NSP	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.5 Si code 98 allez à q.3.5
3.3	S'agit-il d'une hausse ou d'une baisse du revenu?	1=Hausse 2=baisse	<input type="checkbox"/>
3.4	A combien estimez-vous cette variation du revenu ?	<i>Complétez le montant en FCFA</i>	<input type="text"/>

3.5	Recevez-vous des allocations ou des incitations financières additionnelles ?	1=Oui 2=Non 98=Refus/ NSP	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.45 Si code 98 allez à q.3.45
3.6	Avez-vous une prime de risque ?	1=Oui 2=Non 98=Refus/ NSP	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.10 Si code 98 allez à q.3.10
3.7	A combien s'élève votre prime de risques	<i>Compléter le montant en FCFA</i> 98=Refus/ NSP	<input type="text"/> Si code 98 allez à q.3.10
3.8	Votre prime de risques est-elle fixe ou variable ?	1=Fixe 2=Variable	<input type="checkbox"/>
3.9	Recevez-vous votre prime de risque de manière régulière ou non	1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
3.10	Avez-vous indemnité de logement ?	1=Oui 2=Non 98=Refus/ NSP	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.14 Si code 98 allez à q.3.14
3.11	A combien s'élève votre indemnité de logement	<i>Compléter le montant en FCFA</i> 98=Refus/ NSP	<input type="text"/> Si code 98 allez à q.3.14
3.12	Votre indemnité de logement est-elle fixe ou variable ?	1=Fixe 2=Variable	<input type="checkbox"/>
3.13	Recevez-vous votre indemnité de logement de manière régulière ou non	1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
3.14	Avez-vous indemnité de sujétion?	1=Oui 2=Non 98=Refus/ NSP	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.18 Si code 98 allez à q.3.18
3.15	A combien s'élève votre indemnité de sujétion	<i>Compléter le montant en FCFA</i> 98=Refus/NSP	<input type="text"/> Si code 98 allez à q.3.18

3.16	Votre indemnité de sujétion est-elle fixe ou variable ?	1=Fixe 2=Variable	<input type="checkbox"/>
3.17	Recevez-vous votre indemnité de sujétion de manière régulière ou non	1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
3.18	Avez-vous des allocations familiales?	1=Oui 2=Non 98=Refus/ NSP	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.22 Si code 98 allez à q.3.22
3.19	A combien s'élève vos allocations familiales	<i>Compléter le montant en FCFA</i> 98=Refus/ NSP	<input type="text"/> Si code 98 allez à q.3.22
3.20	Vos allocations familiales sont-elles fixes ou variables ?	1=Fixe 2=Variable	<input type="checkbox"/>
3.21	Recevez-vous vos allocations familiales de manière régulière ou non	1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
3.22	Avez-vous des allocations familiales?	1=Oui 2=Non 98=Refus/ NSP	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.26 Si code 98 allez à q.3.26
3.23	A combien s'élève votre indemnité de transport ?	<i>Compléter le montant en FCFA</i> 98=Refus/ NSP	<input type="text"/> Si code 98 allez à q.3.26
3.24	Votre indemnité de transport est-elle fixe ou variable ?	1=Fixe 2=Variable	<input type="checkbox"/>
3.25	Recevez-vous votre indemnité de transport de façon régulière ou non	1=Oui 2=Non	<input type="checkbox"/>
3.26	Avez-vous une autre indemnité ou allocation?	1=Oui 2=Non 98=Refus/ NSP	<input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.3.30 Si code 98 allez à q.3.30

3.27	Montant si autre type d'allocation ?	<i>Compléter le montant en FCFA</i> 98=Refus/ NSP Prime de résident Prime de Noël Autre (.....)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si code 98 allez à q.3.30
3.28	Cette (ces) allocation(s) sont-elles fixes ou variables ?	1=Fixe 2=Variable	<input type="text"/>
3.29	Recevez-vous cette (ces) allocation(s) de façon régulière ou non ?	1=Oui 2=Non	<input type="text"/>
3.30	A combien ces (cette) allocations et indemnité(s) s'élèvent-elles en moyenne chaque mois ?	<i>Compléter le montant en FCFA</i> <i>(Enquêteur si le montant porté en 3.30 n'est pas égale à la somme de 3.7, 3.11, 3.15, 3.19, 3.23 et 3.27 retournez depuis 3.7 à 3.27 et demandez au répondant d'actualiser les informations)</i>	<input type="text"/>
3.31	Ces allocations et indemnités ont-elles changé au cours de ces cinq années précédentes ?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/> Si code 2 allez à q.3.44 Si code 98 allez à q.3.44 Si code 99 allez à q.3.44
3.32	Quel type de changement s'est opéré au niveau de la prime de risques?	1=C'est une nouvelle allocation 2=Existait mais a augmenté 3=Existait mais a diminué 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/>
3.33	De combien de francs CFA votre prime de risques a t'elle varié ?	<i>Complétez le montant en CFA</i>	<input type="text"/>
3.34	Quel type de changement s'est opéré au niveau de l'indemnité de logement?	1=C'est une nouvelle allocation 2=Existait mais a augmenté 3=Existait mais a diminué 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/>
3.35	De combien de francs CFA votre indemnité de logement a t'elle varié ?	<i>Complétez le montant en CFA</i>	<input type="text"/>
3.36	Quel type de changement s'est opéré au niveau de votre indemnité de sujétion?	1=C'est une nouvelle allocation 2=Existait mais a augmenté 3=Existait mais a diminué 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/>

3.37	De combien de francs CFA votre indemnité de sujétion a t'elle variée ?	Complétez le montant en CFA	<input type="text"/>
3.38	Quel type de changement s'est opéré au niveau de vos allocations familiales ?	1=C'est une nouvelle allocation 2=Existait mais a augmenté 3=Existait mais a diminué 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/>
3.39	De combien de francs CFA vos allocations familiales ont t'elles varié ?	Complétez le montant en CFA	<input type="text"/>
3.40	Quel type de changement s'est opéré au niveau de votre indemnité de transport?	1=C'est une nouvelle allocation 2=Existait mais a augmenté 3=Existait mais a diminué 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/>
3.41	De combien de francs CFA votre indemnité de transport a t'elle varié ?	Complétez le montant en CFA	<input type="text"/>
3.42	Quel type de changement s'est opéré au niveau de votre autre type d'allocation/indemnité Précisez.....	1=C'est une nouvelle allocation 2=Existait mais a augmenté 3=Existait mais a diminué 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/>
3.43	De combien de francs CFA cette allocation a t'elle varié ?	Complétez le montant en CFA	<input type="text"/>
3.44	Veuillez énumérer tous les avantages en nature que vous recevez ?	Aucun Oui=1 Non=2 Logement Oui=1 Non=2 Nourriture Oui=1 Non=2 Soins de santé Oui=1 Non=2 Voiture Oui=1 Non=2 Motocyclette Oui=1 Non=2 Bicyclette Oui=1 Non=2 Formation/ voyage d'étude Oui=1 Non=2 Carburant Oui=1 Non=2 Autre Oui=1 Non=2 précisez.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.45	Est-ce qu'il vous arrive de recevoir des cadeaux de la part des patients (des paiements volontaires en espèce ou des cadeaux en nature) ?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/> ⚠Si code 2 allez à q.3.52 ⚠Si code 98 allez à q.3.52

3.46	Combien recevez-vous en moyenne par mois (y compris l'estimation de la valeur des dons, ou des cadeaux en nature reçus) ?	Compléter le montant en FCFA Refus=98	<input type="text"/>
3.47	Quelle est la nature des cadeaux que vous recevez	1=Poulet 2=Vivre 3=Argent 4=Autre (précisez.....)	<input type="text"/>
3.48	Y a-t-il eu un changement au niveau des cadeaux au cours de ces cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/> Si code 2 allez à q.3.52 Si code 98 allez à q.3.52
3.49	S'agit-il d'une hausse ou au contraire d'une baisse	1=Hausse 2=Baisse	<input type="text"/>
3.50	A combien de francs CFA estimez-vous cette hausse ou baisse ?	Compléter le montant en FCFA 98=difficile à estimer	<input type="text"/>
3.51	A combien estimez-vous la variation du revenu?	Compléter le montant en FCFA (par mois) 98=Refus	<input type="text"/>
3.52	Si vous participer à un atelier de travail ou à une formation sur demande de votre employeur, recevez-vous des perdiems ?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="text"/> Si code 2 allez à q.4.1 Si code 98 allez à q.4.1
3.53	Si oui, quel est le montant du perdiems que vous recevez habituellement ?	Compléter le montant en CFA	<input type="text"/>
3.54	A Combien de jours d'atelier ou de formation avez-vous participé ce mois ou cette année (en moyenne), recevez-vous ce perdiems ?	Compléter en nombre de jours par mois	<input type="text"/>

Section 4. Revenu additionnel/privé

Enquêtrices allez à la section 5 si l'agent de santé n'exerce pas sa fonction dans le secteur privé.			
4.1	Lesquelles de ces options décrivent le mieux où se situe cette clinique privée?	1=A domicile 2=À la maison d'un collègue 3=Locaux loués 4=Chez quelqu'un d'autre qui à une pratique privée. 5=Aller au domicile du patient/client 6=Autre (préciser.....)	<input type="checkbox"/>
4.2	Qui est le propriétaire du cabinet privé ?	1=Moi-même 2=Copropriété 3=Quelqu'un d'autre en est propriétaire 4=Autre Précisez..... 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3	Combien d'argent gagnez-vous par mois dans l'exercice privé de votre fonction?	Compléter le montant en CFA 98=Refus	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.4	Ce niveau de revenu a-t-il changé au cours de ces cinq dernières années ?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.4.7 Si code 98 allez à .4.7
4.5	S'agit-il d'une hausse ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	<input type="checkbox"/>
4.6	De combien de francs ces revenus ont-ils varié ?	Compléter le montant en CFA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.7	Combien d'argent gagnez-vous par mois de vos activités génératrices de revenus autre que l'exercice de votre profession en cabinet privé?	Compléter le montant en CFA Refus=98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.8	Ce niveau de revenu a-t-il changé au cours de ces deux dernières années ?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas/ aucune réponse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si code 2 allez à q.5.1 Si code 98 allez à .5.1
4.9	S'agit-il d'une hausse ou au contraire d'une baisse	1=Hausse 2=Baisse	<input type="checkbox"/>
4.10	A combien s'élève cette hausse ou baisse ?	Compléter le montant en CFA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Section 5 : Caractéristiques économique du ménage

N°	Question	CODES/INSTRUCTIONS	REponses
5.1	Quelle est l'importance de votre revenu dans le revenu du ménage ?	1=C'est le seul revenu 2=La principale source de revenu du ménage 3=Il contribue de façon égalitaire au revenu du ménage que les autres sources 4=Contribue de façon minoritaire au revenu global du ménage 5=Autre (précisez.....)	_
5.2	Combien de personnes dans votre ménage dépendent de votre revenu pour leur subsistance?	<i>Écrire en nombre</i>	_ _
5.3	Combien de personnes en dehors de votre ménage dépendent de votre revenu pour leur subsistance et pour leur éducation?	<i>Écrire en nombre</i>	_ _
5.4	A combien estimez-vous le montant des dépenses de votre ménage en aliments et nourritures au cours du mois passé (<i>pensez à toute dépense alimentaire, vivres, condiments, boissons, céréales huile, viande, poisson, légumes, etc ...</i>) ?	Écrire le montant en FCFA 98=Ne sait pas/ aucune réponse	_ _ _ _ _ _ _
5.5	A combien estimez-vous le montant des dépenses faites par votre ménage en dehors des dépenses alimentaires au cours du mois passé? (<i>pensez aux factures eau, électricité, téléphone, gaz, bois/charbon, logement, santé, vêtements, bijoux, pommades, savon, ...</i>)	Écrire le montant en FCFA 98=Ne sait pas/ aucune réponse	_ _ _ _ _ _ _

5.6	Combien votre ménage a-t-il dépensé au total le mois dernier ?	<p>Écrire le montant en FCFA</p> <p>98=Ne sait pas/ aucune réponse</p> <p>(Enquêteur : si la somme des montants des réponses 5.4 et 5.5 ne correspond pas à 5.6 svp retourner et demander au répondant d'ajuster les réponses)</p>	<p>_____</p>
5.7	Quel était le revenu total du ménage le mois dernier? (pensez aux différentes sources de revenus : salaires, commerce, transfert reçu...)	<p>Écrire le montant en CFA</p> <p>98=Ne sait pas/ aucune réponse</p>	<p>_____</p>
5.8	Avez-vous économisé de l'argent le mois dernier?	<p>1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas/ aucune réponse</p>	<p>____</p> <p>Si code 2 allez à 5.10 Si code 98 allez à 5.10</p>
5.9	Combien avez-vous économisé ?	<p>Écrire le montant en FCFA</p> <p>98=Ne sait pas/ aucune réponse</p>	<p>_____</p>
5.10	Le ménage a-t-il dû emprunter de l'argent le mois dernier ?	<p>1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas/ aucune réponse</p>	<p>____</p> <p>Si code 2 allez à 5.12 Si code 98 allez à 5.12</p>
5.11	Combien avez-vous (votre ménage) a-t-il emprunté ?	<p><i>Écrire le montant en FCFA</i></p> <p>98= Ne sait pas/ aucune réponse</p>	<p>_____</p>
5.12	Votre ménage possède t-il les équipements suivants ?	<p>Electricité 1=Oui 2=Non Télévision 1=Oui 2=Non Radio 1=Oui 2=Non Chaine Hifi 1=Oui 2=Non Frigo 1=Oui 2=Non Téléphone fixe 1=Oui 2=Non Eau courante 1=Oui 2=Non Téléphone portable 1=Oui 2=Non</p>	<p>_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>
5.13	A partir de quelle matière votre logement a-t-il été bâti ?	<p>1=Banco/terre 2=Ciment/béton 3=Briques taillées 4=Autre (précisez.....)</p>	<p>____</p>

5.14	Quelle est la nature du toit de votre maison ?	1=ciment/béton 2=Bois/Paille 3=Tôles en métal 4=Tuiles 5=Autres (Précisez.....)	<input type="checkbox"/>
5.15	Quelle est la matière principale du sol de votre logement ?	1= Terre 2= Ciment/béton 3= Carreaux/granito 4=autre Précisez.....	<input type="checkbox"/>
5.16	Votre logement est il clôturé ?	1= Oui 2= Non	<input type="checkbox"/>

Section 6 : Motivations et perceptions de la politique

6.1	Quels sont les facteurs principaux qui vous motivent à rester dans votre travail ? (<i>enquêtrices citez chaque options et demander au répondant de classer ces options de 1 à 10 ; 1 = le plus important ; 10 =le moins</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Salaire/paie • Allocations additionnelles • Bonnes conditions de travail • Opportunités de formation • Statut social • Droits de pension • Opportunité de servir la communauté (vocation) • Pas de possibilité de carrière ailleurs • Aucune meilleure option n'est disponible ailleurs • C'est le concours que j'ai pu obtenir 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.2	Etes vous au courant de la politique nationale de subvention des soins d'accouchements?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.3	Comment avez vous entendu parler de cette politique?	<i>(résumer la source principale)</i>	
6.4	Est-ce que la subvention des accouchements est en vigueur dans votre établissement de santé ?	1 = Oui; 2 =Non (enquêteur arrêtez l'entretien); 98 = Ne sait pas (enquêteur arrêtez l'entretien);	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.5	Avez-vous reçu des guides pour mieux appliquer la politique de subvention des accouchements?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

6.6	Avez-vous reçu ou participer à des formations afin de mieux appliquer la politique de subvention?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
6.7	Comment est-ce que le personnel en charge de la gestion a réagi à la mise en œuvre de la politique de subvention?	<i>(Résumez les phrases clés. Ils sont pour ou contre ? Qu'est-ce qu'ils ont changé à la suite de cette politique ?)</i>	
6.8	Que pensez-vous de la politique nationale de subvention des accouchements ? <i>(noter les phrases clefs de la réponse du participant)</i>		
6.9	Pouvez-vous nous donner votre avis sur l'impact que la politique de subvention a eu sur les éléments ci-dessous dans votre service ?		
6.10	Y a-t-il plus de femmes qui ont des accouchements assistés maintenant, comparé à la situation avant la politique?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
6.11	Les pauvres ont-ils bénéficié de cette politique?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
6.12	Y a-t-il suffisamment de personnel pour gérer le nombre des femmes qui viennent pour accoucher?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
6.13	Y a-t-il suffisamment de médicaments et de fournitures au sein de l'établissement de santé pour traiter le nombre de femmes qui viennent pour accoucher ?	1=Oui 2=Non 98=Ne sait pas	<input type="checkbox"/>
6.14	La qualité des soins a-t-elle augmenté, diminué ou est-elle restée au même niveau en conséquence de la politique?	1=Augmenté 2=Diminué 3=Identique 4=Ne sait pas	<input type="checkbox"/>

6.15	Dites nous en quelques phrases comment est-ce que la qualité des soins a augmenté ou diminué	
6.16	D'après-vous, la politique de subvention des soins de l'accouchement a t'elle augmenté, diminué votre charge de travail ou bien votre charge de travail est elle restée inchangée ?	1=Augmenté 2=Diminué 3=Identique 4=Ne sait pas <input type="checkbox"/>
6.17	Dites nous en quelques phrases pourquoi la politique des soins d'accouchement a-t-elle augmenté ou diminué votre charge de travail ?	
6.18	D'après-vous, la politique de subvention des soins de l'accouchement a t'elle augmenté, diminué votre revenu ou bien votre revenu est-il resté inchangé ?	1=Augmenté 2=Diminué 3=Identique 4=Ne sait pas <input type="checkbox"/>
6.19	Dites nous en quelques mots, quelles parties (composantes) de votre revenu à augmenté ou diminué	
6.20	D'après-vous, la politique de subvention des soins de l'accouchement a t'elle augmenté, diminué votre satisfaction au travail ou bien votre satisfaction au travail est-elle restée inchangée ?	1=Augmenté 2=Diminué 3=Identique 4=Ne sait pas <input type="checkbox"/>
6.21	Dites nous en quelques phrases pourquoi la politique des soins d'accouchement a-t-elle augmenté ou diminué votre satisfaction au travail ?	

6.22	D'après-vous, la politique de subvention des soins de l'accouchement a t'elle amélioré, détérioré vos conditions de travail ou bien vos conditions de sont-elles restées inchangées ?	1=Amélioré 2=Détérioré 3=Identique 4=Ne sait pas	□
6.23	Dites nous en quelques phrases pourquoi la politique des soins d'accouchement a-t-elle augmenté ou diminué vos conditions de travail ?		
6.24	Y'aurait-il un autre effet que la politique de subvention des soins de l'accouchement a t'elle amélioré, détérioré ou qui serait restée inchangé? Précisez.....	1=Amélioré 2=Détérioré 3=Identique 4=Ne sait pas	□
6.20	Auriez-vous des recommandations à formuler dans le sens de l'amélioration de la politique de subvention des accouchements ?		

Heure de fin de l'entretien (HH : MN)

Durée de l'entretien (HH : MN)

Merci d'avoir participé à cet entretien.

Questionnaire de l'analyse financière

Niveau national

1. Tableau des dépenses générales liées à la politique de subvention des soins

	2007	2008	2009	2010	2011
Budget de la politique					
Source de financement de la politique					
Dépenses					
Remboursements					
Administration de la politique					
Autres					
Equipement					
Transport					
Formation					
Recrutement de personnel additionnel					
Solde					

Questionnaire de l'analyse financière
Niveau national

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national														
Structures au niveau national	2007													
	(A) Fonds de mise en route de la politique de subvention par type de services (millions CFA)							(B) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque structure						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CHU de														
CHU de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
Total														

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 1)

Structures au niveau national	2007																							
	(C) Montant du remboursement prévu par type de services (millions CFA) estimés par type de structure						(D) Montant du remboursement versé par type de services et par structure						(E) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure											
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale		
CHU de																								
CHU de																								
CHR de																								
CHR de																								
CHR de																								
CHR de																								
District sanitaire de																								
District sanitaire de																								
District sanitaire de																								
District sanitaire de																								
District sanitaire de																								
District sanitaire de																								
District sanitaire de																								
Total																								

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 2)

Structures au niveau national	2008													
	(F) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque structure (millions CFA)							(G) Montant du remboursement prévu par type de services (millions CFA) estimés par type de structure						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CHU de														
CHU de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
Total														

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 3)

Structures au niveau national	2008														
	(H) Montant du remboursement versé par type de services et par structure							(I) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure							
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
CHU de															
CHU de															
CHR de															
CHR de															
CHR de															
CHR de															
District sanitaire de															
District sanitaire de															
District sanitaire de															
District sanitaire de															
District sanitaire de															
District sanitaire de															
Total															

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 4)

Structures au niveau national	2009													
	(J) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque structure (millions CFA)							(K) Montant du remboursement prévu par type de services (millions CFA) estimés par type de structure						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CHU de														
CHU de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
Total														

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 5)

Structures au niveau national	2009													
	(L) Montant du remboursement versé par type de services et par structure							(M) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Population totale
CHU de														
CHU de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
Total														

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 6)

Structures au niveau national	2010													
	(N) Nombre de prestations par type de services réalisés (millions CFA) par chaque structure							(O) Montant du remboursement prévu par type de services (millions CFA) estimés par type de structure						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CHU de														
CHU de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
Total														

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 7)														
Structures au niveau national	2010													
	(P) Montant du remboursement versé par type de services et par structure (millions CFA)							(Q) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Population totale
CHU de														
CHU de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
Total														

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 8)														
Structures au niveau national	2011													
	(R) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque structure (millions CFA)							(S) Montant du remboursement prévu par type de services (millions CFA) estimés par type de structure						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CHU de														
CHU de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
Total														

Sources :

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau national (suite 9)

Structures au niveau national	2011													
	(T) Montant du remboursement versé par type de services et par structure (millions de CFA)							(U) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés	AMIU	Césariennes	Population totale
CHU de														
CHU de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
CHR de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
District sanitaire de														
Total														

Sources :

3. Données agrégées au niveau national

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre total d'accouchement normaux							
Nombre des naissances attendus							
Nombre total d'accouchements dystociques							
Nombre total d'éclampsie/ pré-éclampsie							
Nombre total de soins intensifs aux nouveaux nés							
Nombre total d'AMIU							
Nombre total de césariennes faites							
Nombre total de laparotomies faites (GEU, RU)							
Nombre de morts maternels							
Nombre de morts nés frais							
Nombre de mort-nés macérés							
Nombre de sages femmes							
Nombre d'accoucheuses auxiliaires							
Nombre de gynécologues							
Taille du personnel de santé							
Total							

4. Financement général de la santé au niveau national

Structures au niveau national	a) 2005			b) 2006			c) 2007			d) 2008		
	Population	Budget public total de la santé	Dépenses totales de santé	Population	Budget public total de la santé	Dépenses totales de santé	Population	Budget public total de la santé	Dépenses totales de santé	Population	Budget public total de la santé	Dépenses totales de santé
CHU de												
CHU de												
CHR de												
CHR de												
CHR de												
CHR de												
District sanitaire de												
District sanitaire de												
District sanitaire de												
District sanitaire de												
District sanitaire de												
District sanitaire de												
District sanitaire de												
Total												

Sources :

4. Financement général de la santé (suite 1)									
Structures au niveau national	e) 2009			f) 2010			g) 2011		
	Population	Budget public total de la santé	Dépenses totales de santé	Population	Budget public total de la santé	Dépenses totales de santé	Population	Budget public total de la santé	Dépenses totales de santé
CHU de									
CHU de									
CHR de									
CHR de									
CHR de									
CHR de									
District sanitaire de									
District sanitaire de									
District sanitaire de									
District sanitaire de									
District sanitaire de									
District sanitaire de									
District sanitaire de									
District sanitaire de									
Total									

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire

Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire														
District sanitaire de	2007													
	(A) Fonds de mise en route de la politique de subvention par type de services (millions CFA) versé aux EPS							(B) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS couvert par le district						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césarienne	Laparotomies (GEU, RU))
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CM de														
CM de														
CM de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
Total														

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 1)

District sanitaire de	2007																						
	(C) Montant du remboursement prévu par EPS (millions CFA)						(D) Montant du remboursement versé par EPS en millions de CFA						(E) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure										
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	remboursement total si détail inconnu	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
CMA de																							
CMA de																							
CMA de																							
CMA de																							
CMA de																							
CM de																							
CM de																							
CM de																							
CSPS de																							
CSPS de																							
CSPS de																							
CSPS de																							
Total																							

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 2)

District sanitaire de	2008													
	(F) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS couvert par le district							(G) Montant du remboursement prévu par EPS (millions CFA)						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomies (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CM de														
CM de														
CM de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
Total														

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 3)

District sanitaire de 	2008															
	(H) Montant du remboursement versé par EPS en millions de CFA								(I) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure							
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Remboursement total si détail inconnu	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CM de																
CM de																
CM de																
CSPS de																
CSPS de																
CSPS de																
CSPS de																
Total																

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 4)

District sanitaire de	2009													
	(J) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS couvert par le district							(K) Montant du remboursement prévu par EPS (millions CFA)						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CM de														
CM de														
CM de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
Total														

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 5)

District sanitaire de 	2009															
	(L) Montant du remboursement versé par EPS en millions de CFA							(M) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure								
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Remboursement total si détail inconnu	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CM de																
CM de																
CM de																
CSPS de																
CSPS de																
CSPS de																
CSPS de																
Total																

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 6)

District sanitaire de	2010													
	(N) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS couvert par le district							(O) Montant du remboursement prévu par EPS (millions CFA)						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomies (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CM de														
CM de														
CM de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
Total														

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 7)

District sanitaire de 	2010															
	(P) Montant du remboursement versé par EPS en millions de CFA							(Q) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure								
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Remboursement total si détail inconnu	Accouchements Normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CM de																
CM de																
CM de																
CSPS de																
CSPS de																
CSPS de																
CSPS de																
Total																

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 8)

District sanitaire de	2011													
	(R) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS couvert par le district							(S) Montant du remboursement prévu par EPS (millions CFA)						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomies (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CMA de														
CM de														
CM de														
CM de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
CSPS de														
Total														

Sources :

5. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau du district sanitaire (suite 9)

District sanitaire de 	2011															
	(T) Montant du remboursement versé par EPS en millions de CFA								(U) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure							
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	remboursement total si détail inconnu	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CMA de																
CM de																
CM de																
CM de																
CSPS de																
CSPS de																
CSPS de																
CSPS de																
Total																

Sources :

6. Sources financières et dépenses au niveau district

	Nom du district.....									
	(a) 2006									
Structure Sanitaire	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CM de										
CM de										
CSPS										
CSPS										
Total										

Sources :

6. Sources financières et dépenses au niveau district (suite 1)

	Nom du district.....									
	(b)2007									
Structure Sanitaire	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CM de										
CM de										
CSPS										
CSPS										
Total										

Sources :

6. Sources financières et dépenses au niveau district (suite 2)

	Nom du district.....									
	(c) 2008									
Structure Sanitaire	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CM de										
CM de										
CSPS										
CSPS										
Total										

Sources :

6. Sources financières et dépenses au niveau district (suite 3)

	Nom du district.....									
	(d) 2009									
Structure Sanitaire	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CM de										
CM de										
CSPS										
CSPS										
Total										

Sources :

6. Sources financières et dépenses au niveau district (suite 4)

	Nom du district.....									
	(e) 2010									
Structure Sanitaire	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CM de										
CM de										
CSPS										
CSPS										
Total										

Sources :

6. Sources financières et dépenses au niveau district (suite 5)

	Nom du district.....									
	(f) 2011									
Structure Sanitaire	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CMA de										
CM de										
CM de										
CSPS										
CSPS										
Total										

Sources :

7. Données agrégées au niveau du district sanitaire

Nom du district.....	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre total d'accouchements normaux							
Nombre total de naissances attendues							
Nombre total d'accouchements dystociques							
Nombre total d'éclampsie/ pré-éclampsie							
Nombre total de soins intensifs aux nouveaux nés							
Nombre de nouveaux nés référés							
Nombre total de césariennes faites							
Nombre total de laparotomies faites (GEU,RU)							
Nombre total de morts nés frais							
Nombre total de morts nés macérés							
Nombre total de sage-femmes							
Nombre total d'accoucheuses auxiliaires							
Nombre total de gynécologues							
Nombre total d'AMIU faites							
Taille du personnel de santé							
Total							

8. Politique de gratuité des soins au niveau de l'établissement de santé

Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé														
CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2007													
	(A) Fonds de mise en route de la politique de subvention par type de services (millions CFA) reçu l'EPS							(B) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césarienne	Laparotomies (GEU, RU)
Janvier														
Février														
Mars														
Avril														
Mai														
Juin														
Juillet														
Août														
Septembre														
Octobre														
Novembre														
Décembre														
Total														

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 1)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2007																						
	(C) Montant du remboursement estimé par l'EPS (millions CFA)						(D) Montant du remboursement reçu par EPS en millions de CFA							(E) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure									
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Montant total reçu si détail inconnu	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
Janvier																							
Février																							
Mars																							
Avril																							
Mai																							
Juin																							
Juillet																							
Août																							
Septembre																							
Octobre																							
Novembre																							
Décembre																							
Total																							

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 2)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2008													
	(F) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS							(G) Montant du remboursement estimé par l'EPS (millions CFA)						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomies (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
Janvier														
Février														
Mars														
Avril														
Mai														
Juin														
Juillet														
Août														
Septembre														
Octobre														
Novembre														
Décembre														
Total														

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 3)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2008															
	(H) Montant du remboursement reçu par l'EPS en millions de CFA							(I) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure								
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Montant total reçu si détail inconnu	Accouchements Normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
Janvier																
Février																
Mars																
Avril																
Mai																
Juin																
Juillet																
Août																
Septembre																
Octobre																
Novembre																
Décembre																
Total																

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 4)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2009													
	(J) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS							(K) Montant du remboursement estimé par l'EPS (millions CFA)						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomies (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
Janvier														
Février														
Mars														
Avril														
Mai														
Juin														
Juillet														
Août														
Septembre														
Octobre														
Novembre														
Décembre														
Total														

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 5)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2009															
	(L) Montant du remboursement reçu par l'EPS en millions de CFA							(M) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure								
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Montant total reçu si détail inconnu	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
Janvier																
Février																
Mars																
Avril																
Mai																
Juin																
Juillet																
Août																
Septembre																
Octobre																
Novembre																
Décembre																
Total																

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 6)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2010													
	(N) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS							(O) Montant du remboursement estimé par l'EPS (millions CFA)						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomies (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
Janvier														
Février														
Mars														
Avril														
Mai														
Juin														
Juillet														
Août														
Septembre														
Octobre														
Novembre														
Décembre														
Total														

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 7)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2010															
	(P) Montant du remboursement reçu par l'EPS en millions de CFA							(Q) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure								
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Montant total reçu si détail inconnu	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
Janvier																
Février																
Mars																
Avril																
Mai																
Juin																
Juillet																
Août																
Septembre																
Octobre																
Novembre																
Décembre																
Total																

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 8)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2011													
	(R) Nombre de prestations par type de services réalisés par chaque EPS							(S) Montant du remboursement estimé par l'EPS (millions CFA)						
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomies (GEU, RU)	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)
Janvier														
Février														
Mars														
Avril														
Mai														
Juin														
Juillet														
Août														
Septembre														
Octobre														
Novembre														
Décembre														
Total														

Sources :

8. Dépenses totales et activités du programme de gratuité au niveau de l'établissement de santé (suite 9)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	2011															
	(T) Montant du remboursement reçu par l'EPS en millions de CFA							(U) Nombre de cas attendus par type de services et population totale couverte par structure								
	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Montant total reçu si détail inconnu	Accouchements normaux	Accouchements dystociques	Eclampsie	Soins aux nouveaux nés (postnatal)	AMIU	Césariennes	Laparotomie (GEU, RU)	Population totale
Janvier																
Février																
Mars																
Avril																
Mai																
Juin																
Juillet																
Août																
Septembre																
Octobre																
Novembre																
Décembre																
Total																

Sources :

9. Sources financières et dépenses au niveau de l'établissement de santé

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	Nom du district.....									
	(a) 2006									
	Ressources					Dépenses				
Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres	
Maternité										
Chirurgie										
Laboratoire										
Cardiologie										
Pédiatrie/ Néonatalogie										
Anesthésie/réanimation										
Parasitologie										
Administration										
...										
...										
Total										

Sources :

9. Sources financières et dépenses au niveau de l'établissement de santé (suite 1)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	Nom du district.....									
	(b) 2007									
	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
Maternité										
Chirurgie										
Laboratoire										
Cardiologie										
Pédiatrie/ Néonatalogie										
Anesthésie/réanimation										
Parasitologie										
Administration										
...										
...										
Total										

Sources :

9. Sources financières et dépenses au niveau de l'établissement de santé (suite 2)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	Nom du district.....									
	(c) 2008									
	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
Maternité										
Chirurgie										
Laboratoire										
Cardiologie										
Pédiatrie/ Néonatalogie										
Anesthésie/réanimation										
Parasitologie										
Administration										
...										
...										
Total										

Sources :

9. Sources financières et dépenses au niveau de l'établissement de santé (suite 3)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	Nom du district.....									
	(d) 2009									
	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
Maternité										
Chirurgie										
Laboratoire										
Cardiologie										
Pédiatrie/ Néonatalogie										
Anesthésie/réanimation										
Parasitologie										
Administration										
...										
...										
Total										

Sources :

9. Sources financières et dépenses au niveau de l'établissement de santé (suite 4)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	Nom du district..... (e 2010)									
	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
Maternité										
Chirurgie										
Laboratoire										
Cardiologie										
Pédiatrie/ Néonatalogie										
Anesthésie/réanimation										
Parasitologie										
Administration										
...										
...										
Total										

Sources :

9. Sources financières et dépenses au niveau de l'établissement de santé (suite 5)

CHU de Ou CHR de Ou District sanitaire de Nom de l'EPS	Nom du district.....									
	(f) 2011									
	Ressources					Dépenses				
	Etat	PTF	Collectivités	Communauté	Autres	Ristournes au personnel	Médicaments et consommables	Masse salariale personnel	Imprimés divers	Autres
Maternité										
Chirurgie										
Laboratoire										
Cardiologie										
Pédiatrie/ Néonatalogie										
Anesthésie/réanimation										
Parasitologie										
Administration										
...										
...										
Total										

Sources :

10. Données agrégées au niveau de l'établissement de santé

Nom de l'EPS.....	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre total d'accouchements normaux							
Nombre total de naissances attendues							
Nombre total d'accouchements dystociques							
Nombre total d'éclampsie/ pré-éclampsie							
Nombre total de soins intensifs aux nouveaux nés							
Nombre total d'AMIU faites							
Nombre total de césariennes faites							
Nombre total de laparotomies faites (GEU, RU)							
Nombre total de morts maternels							
Nombres de morts-nés frais							
Nombre de morts nés macérés							
Nombre total de sage-femmes							
Nombre total d'accoucheuses auxiliaires							
Nombre total de gynécologues							
Taille du personnel de santé							
Total							

- Q1/ Dettes actuelles de la politique de subvention (sur divers fournisseurs) ? Oui=1 Non=0 **à** allez à Q3
- Q2/ Montant de la dette en CFA
- Q3/ Solde bénéficiaire actuel sur mise en œuvre de la politique ? Oui=1 Non=0 **à** allez à Q6
- Q4/ Si bénéfices monétaires, montant en CFA
- Q5/ Si bénéfices en terme de kits, remplissez le tableau suivant :

Tableau 11 : Nature et valeur des kits pour l'établissement de santé

Nature du kit	Nombre de kits	Valeur estimative du kit
Kit AMIU		
Kit césarienne		
Kit accouchement normal		
Kit hémorragie de la délivrance		
Kit éclampsie-prééclampsie		
Kit dystocie		
Kit laparotomie		
Kit de soins aux nouveaux nés		
Kit épisiotomie		
Autre1 :.....		
Autre 2:.....		
Autre 3:.....		

Q6/ Quel tarif appliquez-vous pour les actes suivants avant la mise en œuvre de la politique de subvention des soins de maternité en 2006/2007 ?

Nature du service NA=99 NSP=97	Nom EPS 1	Nom EPS 2	Nom EPS 3	Nom EPS 4	Nom EPS 5	Nom EPS 6
AMIU						
Césarienne						
Hémorragie délivrance						
Eclampsie/prééclampsie						
Accouchement dystocique						
Accouchement normal						
Laparotomie						
Soins nouveau-nés						
Consultation en maternité						
Planification familiale						

Q7/ Quel tarif appliquez-vous actuellement pour les actes suivants après la mise en œuvre de la politique de subvention des soins de maternité en 2006/2007 ?

Nature du service NA=99 NSP=97	Nom EPS 1	Nom EPS 2	Nom EPS 3	Nom EPS 4	Nom EPS 5	Nom EPS 6
AMIU						
Césarienne						
Hémorragie délivrance						
Eclampsie/prééclampsie						
Accouchement dystocique						
Accouchement normal						
Laparotomie						
Soins nouveau-nés						
Consultation en maternité						
Planification familiale						

A vérifier :

Q8/ Disposez-vous de kits suivants actuellement ?

Nature du service NA=99 NSP=97 Oui=1 Non=2	Nom EPS 1	Nom EPS 2	Nom EPS 3	Nom EPS 4	Nom EPS 5	Nom EPS 6
AMIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Césarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorragie délivrance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eclampsie/prééclampsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accouchement dystocique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accouchement normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laparotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins nouveau-nés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation en maternité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q9/ Si oui, de quelle quantité disposez vous en ce moment ?

Nature du service NA=99 NSP=97	Nom EPS 1	Nom EPS 2	Nom EPS 3	Nom EPS 4	Nom EPS 5	Nom EPS 6
AMIU						
Césarienne						
Hémorragie délivrance						
Eclampsie/prééclampsie						
Accouchement dystocique						
Accouchement normal						
Laparotomie						
Soins nouveau-nés						
Consultation en maternité						
Planification familiale						

Q10/ Disposez-vous de syntocinon qui soit bien conservé dans un réfrigérateur qui marche au sein de la maternité? Oui=1 Non=2
 → allez à Q12

Q11/ De quelle quantité de syntocinon disposez-vous en ce moment?nombre

Q12/ Disposez-vous d'une fiche de stock ? Oui=1 Non=2 → allez à Q 14

Q13/ Fréquences des ruptures de stocks par an

Année	Nombre de fois qu'il ya eu rupture de stock dans l'année	Nombre de jours par année de ruptures
2005		
2006		
2007		
2008		
2009		
2010		
2011		

Q14/ Quelles sont les raisons possibles de cette rupture de stock

- a - Rupture de stock au niveau de la CAMEG ? Oui=1 Non=2
- b- Commande de kit pas lancer à temps par le pharmacien de l'EPS ? Oui=1 Non=2
- c- Pas d'argent pour effectuer des commandes? Oui=1 Non=2
- d- Pas de possibilité d'assurer un bon stockage des quantités à commandées ? Oui=1 Non=2
- e- Lenteurs et lourdeurs administratives ? Oui=1 Non=2
- f- Problèmes survenus entre les remboursements et les achats en kits ? Oui=1 Non=2
- g- Autres raisons (Précisez.....)

Les outils du WP3

POEM : dimensions, indicateurs et sources d'information

Dimensions POEM		Indicateurs/ information	Outils de recueil et source de données	Résultats	
STEWARDSHIP Gouvernance	Établissement des priorités locales	Déplacement de ressources des priorités locales à cause de la nouvelle politique	WP3 entretiens avec des membres de l'équipe de gestion de l'hôpital	Réaffectation du personnel au sein de l'hôpital	Oui/ Non/ Non
				Réallocation de fonds au sein de l'hôpital	Oui/ Non/ Non
				Réaffectation de médicaments et consommables vers le bloc opératoire	Oui/ Non/ Non
				Réaffectation de médicaments et consommables vers le service maternité	Oui/ Non/ Non
	Coordination des acteurs externes	Effet de la politique sur la capacité de l'ECD à coordonner les autres acteurs	WP3 entretiens avec les membres de l'Equipe cadre du district (ECD)	Réaffectation du personnel au sein du district	Oui/ Non/ Non
				WP3 entretiens avec les membres de l'ECD	Perception de la perte de la capacité de coordonner les autres acteurs
	Administration	Lignes directrices sur la mise en œuvre	WP3 Examen des documents de la politique	Lignes directrices disponibles au bureau de district	Oui/ Non/ Non
				Les lignes directrices stipulent-elles clairement les responsabilités de chacun des acteurs ?	_____

Dimensions POEM		Indicateurs/ information	Outils de recueil et source de données	Résultats	
		Remboursement	WP3 entretiens avec les gestionnaires de l'hôpital	Combien de temps faut-il pour se faire rembourser ?	___ semaines
		Système de rapportage de la politique		Cette vitesse de remboursement entraîne-t- elle des problèmes ?	Si oui : qui: _____
				Système de rapportage : avez-vous l'autorisation d'utiliser l'information pour la prise de décisions locale ?	Oui供/ Non供 Si non : pourquoi ? _____

Dimensions POEM		Indicateurs/information	Outils de recueil et source de données	Résultats	
STEWARDSHIP Gestion des services de santé	Information	Présence et qualité de l'information au sujet de la politique (disponibilité des lignes directrices, réunions d'information, atelier de formation)	WP3 Entretiens avec l'ECD	Lignes directrices adéquates	Oui/Non Si non : pourquoi ? _____
				Information accompagnant les lignes directrices adéquates	Oui/Non Si non : pourquoi ? _____
	Charge de travail	Temps consacré aux tâches administratives liées à la politique et la proportion de la charge de travail totale		La politique représente une charge de travail supplémentaire	Oui/Non Si non : pourquoi ? _____
	Motivation	Participation au processus de l'élaboration de la politique et aux réunions programmatiques		Participation au processus menant à un meilleur engagement	Oui/Non Si non : pourquoi ? _____
		Effet de la politique sur la motivation	WP2 Enquêtes Personnels de santé <i>Incentive survey</i> WP3 Entretiens avec l'ECD	La politique a un impact négatif sur la motivation des gestionnaires et les prestataires de soins.	Oui/Non Si non : pourquoi ? _____

Dimensions POEM		Indicateurs/information	Outils de recueil et sources de données	Résultats	
PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ Services ciblés <i>(efficacité de la politique)</i>	Volume	Nombre de C/S, accouchements normaux, accouchements instrumentaux Tendances dans le temps (5 dernières années) Taux d'occupation des lits en maternité (TOM)	WP3 Revue de registres Statistiques hospitalières	Il y a eu une augmentation du volume et de l'utilisation dans le temps	Oui/Non/Non Si oui: existe-t-il d'autres explications que l'introduction de la politique
	Équité géographique	Utilisation par zone de résidence ou par milieu urbain/rural	WP3 Revue des registres Statistiques hospitalières Etude UON	L'augmentation de l'activité a profité à tout le monde quelque soit son milieu de résidence	Oui/Non/Non
	Coût	Frais directs restant à la charge de la patiente pour un accouchement, une césarienne, une hémorragie du post-partum, une éclampsie	WP2	Les frais directs ont diminué	Oui/Non/Non
	Disponibilité	Disponibilité des services SONUC efficaces 1. permanence de services SONUC 2. disponibilité de l'assistance qualifiée à l'accouchement 3. disponibilité du sang, des sets IV, des sutures	WP3 Examen des registres du bloc opératoires et de la maternité Grille à remplir en prospectif pour 2012 pour relever les fermetures du bloc opératoire et la raison de l'interruption	Les SONUC sont disponibles 24h/24 dans les hôpitaux	Oui/Non/Non
	Qualité des soins	Intra-hospitalière: délais entre l'indication et la césarienne pour les patientes hospitalisées ; délai entre l'arrivée et la césarienne pour les patientes transférées. Qualité du suivi d'un accouchement normal, d'une césarienne Qualité de traceurs hors césarienne comme les hémorragies du post-partum ou l'éclampsie	WP4 Critères de qualité : grille avec des normes de qualité (accouchements, césariennes)	Quel est le niveau actuel de qualité des soins ? Est-ce que le personnel a perçu une détérioration, une amélioration de la qualité des soins ?	Bon / Non Moyen / Non Mauvais / Non
Attitudes du personnel		WP4 Entretiens de sortie avec les patients	Est-ce que les patientes sont satisfaites de l'accueil et de la prise en charge par le personnel ?	Oui/Non/Non Si non : pourquoi ? _____	
Durée moyenne du séjour (DMS) pour les césariennes		WP3 Extraction des	Est-ce que les césariennes sont faites pour les bonnes	Oui/Non/Non	

	Taux de létalité des césariennes, des hémorragies du post-partum, des éclampsies (si info disponible) Indication des césariennes DMS des accouchements normaux Taux de mortalité maternelle intra-hospitalière % de femmes transférées à l'hôpital régional ou national	données de routine Fichier Excel Etudes UON	indications ? Il y a-t-il un impact sur les DMS et les mortalités intra-hospitalières ?	
--	---	---	--	--

Dimensions POEM		Indicateurs/information	Outils de recueil et sources de données	Résultats	
Prestations des services de santé Effets sur les services non ciblée <i>(Effets sur le système de santé local)</i>	Volume	<i>Hospitalisation en médecine, chirurgie et pédiatrie :</i> nombre d'admissions, % par rapports aux autres services Taux d'occupation moyen des lits (TOM) dans chaque département	WP3 – Revue documentaire Registres d' admission et d'hospitalisation	Est-ce qu'il y a eu une augmentation du volume et de l'utilisation dans le temps ?	Oui 供 / Non 供 Si oui: existe-t-il des explications ?
	Coût	Tarifs officiels publiés par l'hôpital et les centres de santé Tendances sur les 5 dernières années	WP3 – Revue documentaires dossiers financiers et discussion avec des informateurs clés	Est-ce que les coûts pour les patients non ciblés ont augmenté depuis l'introduction de la politique ?	Oui 供 / Non 供 Si oui: existe-t-il des explications ?
	Disponibilité / Permanence	Volume des opérations électives et urgentes Tendances sur les 5 dernières années	WP3 – Revue documentaire Registre du bloc opératoire Grille à remplir en prospectif pour 2012 pour relever les fermetures du bloc opératoire et la raison de l'interruption	Le bloc opératoire fonctionne-t-il pour les interventions autres que les césariennes? Comment cela évolue-t-il dans le temps ?	Oui 供 / Non 供 Si non: existe-t-il des explications ?
	Qualité des soins	Taux de létalité pour la malaria cérébrale, la méningite et autres conditions « traceurs » (si info disponible info) Taux de mortalité dans les différents départements DMS dans les différents départements	WP3 – Revue documentaire Registres des hospitalisations.	Quel est le niveau actuel de qualité des soins ? Est-ce que le personnel a perçu une détérioration, une amélioration de la qualité des soins ?	Bon 供 Moyen 供 Mauvais 供

Dimensions POEM		Indicateurs/information	Outils de recueil et sources de données	Résultats	
LES PRESATATAIRES DE SOINS	Information	Présence et qualité de l'information au sujet de la politique (disponibilité des lignes directrices, réunions d'information, atelier de formation)	WP2 Enquête prestataires <i>Health worker incentive survey</i>	Les prestataires de soins ont été bien informés des modalités de mise en œuvre de la politique	Oui/ Non 供
	Compétence technique	Compétences techniques et capacité d'effectuer tous les services couverts par la politique Formation organisée après l'introduction de la politique.	WP3 Entretiens avec les gestionnaires de services de santé Revue documentaire WP 2 Enquête prestataires	Les prestataires ont pu bénéficier de formations afin d'acquérir ou maintenir leur compétences techniques	Oui/ Non 供
	Environnement de travail facilitant	Soutien de l'équipe de gestion pour l'application de la politique : 1. réunions d'équipe (fréquence, contenu) 2. supervision du personnel de la maternité et du bloc opératoire (fréquence, qualité) Approvisionnement (supplémentaire) en matériel et médicaments : disponibilité des boîtes d'instruments pour les accouchements et les césariennes, perfusions, etc. (voir la section médicaments et équipement)	WP2 Enquête prestataires WP3 Observation Check-list (OMS/JPHIEGO)	Les prestataires ont un cadre de concertation où les problèmes de mise en œuvre de la politique peuvent être discutés (réunions d'équipe, supervision) ? L'environnement de travail est propice à la bonne mise en œuvre de la politique (médicaments et matériel pour travailler)	Oui/ Non 供 Oui/ Non 供
	Disponibilité des prestataires	Changements dans la répartition du personnel à la maternité et du bloc opératoire en raison de la politique	WP3 Revue documentaire	Est-ce que l'introduction de la politique s'est accompagnée d'une augmentation du personnel en salle d'accouchement et au bloc opératoire ?	Oui/ Non 供
	Charge de travail	Évolution de la charge de travail depuis l'introduction de politique (ou si possible sur une période de 5 ans) : - nombre d'admissions/prestataires de soins - nombre d'accouchements/sage-femme. Nombre de césarienne /chirurgien	WP3 Revue documentaire Triangulation avec l'étude prestataire du WP2 Entretiens avec les	Est-ce que la charge de travail a augmenté?	Oui/ Non 供

		prestataires		
Motivation	Effet de la politique sur la motivation	WP3 Entretien avec les prestataires Triangulation avec WP2 étude prestataires	Est-ce que l'introduction de la politique a entraîné une baisse ou une augmentation de la motivation du personnel ?	
	Perception de la charge de travail	WP3 entretiens avec les gestionnaires de services de santé	Est-ce que le personnel pense qu'ils ont plus de travail ou pas depuis l'introduction de la politique ?	A trianguler avec le calcul de la charge de travail (voir plus haut)
	Absentéisme (total des jours d'absence par an par le personnel de la maternité) Transferts/réaffectation vers un autre service ou un autre hôpital (Si possible tendances sur les 5 dernières années)	WP3 Revue de documents du département ressources humaines de l'hôpital Triangulation avec l'étude prestataires du WP2	Est-ce que l'absentéisme a augmenté? Est-ce qu'il y a eu des réaffectations au sein de l'hôpital ou vers d'autres hôpitaux ?	
	Perceptions du personnel concernant l'effet des politiques sur leur engagement et leur motivation	Enquête sur les prestataires du WP2	Comment le personnel perçoit-il la politique?	

Dimensions POEM		Indicateurs/information	Outils de récolte et sources de données	Résultats	
RESSOURCES FINANCIÈRES	Services ciblés <i>(efficacité de la politique)</i>	Changement du revenu au niveau de l'hôpital et de la maternité Rapidité de la procédure de remboursement Adéquation du remboursement	WP3 Entretien avec l'équipe de gestion de l'hôpital WP2 HF	Est-ce que le montant du financement et le système de remboursement permettent la réalisation des activités ?	Oui/Non
	Services non-ciblés <i>(Effets sur le système de santé local)</i>	Changement du revenu pour chaque département (médecine, pédiatrie, chirurgie)	WP3 Entretien avec l'équipe de gestion de l'hôpital WP2 HF	Est-ce que le financement des autres services permet la réalisation des activités ?	Oui/Non
MÉDICAMENTS, CONSOMMABLES ET EQUIPEMENTS	Services ciblés <i>(efficacité de la politique)</i>	Disponibilité de certains médicaments essentiels : ocytocine, ampicilline IV, Sulfate de magnésium Disponibilité des consommables : gants stériles, sets de perfusion IV, sutures Disponibilité des kits standards pour les accouchements et césariennes, pour l'éclampsie, les hémorragies du post-partum. Disponibilité de la banque de sang et des unités de sang <i>Équipement</i> : nombre de CS réalisées par an/nombre de boîtes chirurgicales pour CS en circulation, état d'usure des équipements <i>Organisation de la pharmacie</i> : système de délivrance des produits médicaux pour les SONUC	WP3 Observation Check-lists Examen des registres de la pharmacie et de la banque de sang	Est-ce que tous les médicaments et équipements nécessaires à la prise en charge des urgences obstétricales sont disponibles 7j/7 ?	Oui/Non
	Services non-ciblés <i>(Effets sur le système de santé local)</i>	<i>Disponibilité des consommables</i> : gants stériles, sets de perfusion, sutures <i>Disponibilité des médicaments</i> : antibiotiques, antipaludiques et insuline <i>Équipement</i> : nombre de laparotomies réalisées par an/nombre de boîtes chirurgicales pour laparotomies en circulation : état d'usure des équipements	Examen des documents WP3 – registres de la Banque de pharmacie et de bloc Observation de la WP3	Est-ce que tous les médicaments et équipements nécessaires à la prise en charge des autres urgences non obstétricales sont disponibles 7j/7 ?	Oui/Non

Dimensions POEM		Indicateurs/information	Outils de recueil et source de données	Résultats	
SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS)	Système d'enregistrement des activités liées à la politique ¹¹	Charge de travail supplémentaire	WP3 Interviews avec l'ECD WP3 Discussion avec des informateurs clés dont le responsable SIS	La politique a augmenté la charge de travail du rapportage	Oui/ Non/ Non Si non : pourquoi ? _____
		Degré d'intégration avec le système existant	WP 3 Revue documentaire	Le système de rapportage est intégré dans le système de routine du SIS	Oui/ Non/ Non
		Utilitaire dans le suivi et la prise de décision au niveau local	WP3 Interviews avec l'ECD	Le système de rapportage pour la politique est utilisé par les gestionnaires pour la surveillance de la mise en œuvre de la politique	Oui/ Non/ Non Si non : pourquoi ? _____
LES PATIENTS ET LA COMMUNAUTE Services ciblés <i>(efficacité de la politique)</i>	Partage de l'information : les patients sont informés de leurs droits et obligations sous la nouvelle politique	Connaissance de la politique par les femmes	En coordination avec WP2 Exit interview WP4 Focus group WP3 se focalisera sur les femmes enceintes non-utilisatrices des services (focus groups). Interview/focus group avec : - les informateurs clés au niveau des équipes de gestion du district et de l'hôpital - les patientes ciblées par la politique (WP2 Exit interview) et les patients non ciblés	Les femmes ont-elles connaissance de la politique ?	Oui/ Non/ Non
	Efficacité des politiques	Obstacles perçus ou observés à l'accès aux soins de santé		Quelles barrières à l'accès sont identifiées par les femmes ? Est-ce que la barrière financière est la plus importante ?	
	Consultation au cours du processus local de l'adaptation de la politique : possibilité de faire entendre sa voix	Degré de participation des patients ou du Comité (Comité des utilisateurs, Comité de gestion ?)			Est-ce que les patientes ont été impliquées dans la mise en œuvre de la politique au niveau local ?

	Degré de diminution des coûts directs et des dépenses de santé des ménages	Taux d'utilisation, différencié par urbain/rural, pauvres et riches, instruits/moins instruits	- des représentants du comité de gestion de l'hôpital ou des centres de santé - des membres de la communauté.	y-a-t-il une utilisation des services équitable ?	Oui/ Non/ Non
	Femmes ayant accouché à domicile	Motifs pour ne pas aller à l'H/C ou l'hôpital		Quels sont les motifs donnés par les femmes pour accoucher à la maison ?	Oui/ Non/ Non
Services non-ciblés <i>(effets sur le système de santé local)</i> Influence sur les membres de la communauté représentant la communauté dans les décisions de santé Influence sur l'ensemble de la communauté	Meilleure information, sensibilisation et adoption de la politique	Connaissance de la politique par les représentants de la communauté dans le Comité de gestion à l'échelle de centre de santé Degré de participation	WP3 Focus group avec des patients non ciblés par la politique	Les membres de la communauté (en dehors des femmes enceintes) ont-ils connaissance de la politique ?	Oui/ Non/ Non
	Partage de l'information : membres de la communauté informés de la nouvelle politique	Connaissance de la politique par des membres de la communauté.		Comment s'est fait le partage de l'information au sein de la communauté ?	
	Consultation au cours du processus local de l'adaptation de la politique : possibilité de faire entendre sa voix	Degré de participation		Est-ce que la société civile a été impliquée dans la mise en œuvre de la politique au niveau local ?	
	Déplacement ou renforcement des ressources pour les services non ciblés	Perception des autres patients : est-ce que la nouvelle politique affecte les autres services de l'hôpital ?		Selon les usagers, la politique d'exemption a affecté les autres services de l'hôpital	Oui/ Non/ Non Si oui : pourquoi ? _____

¹⁴La fonction du renseignement nécessite : (1) l'accès aux données et à l'informations ; (2) la capacité d'évaluer de manière critique la validité et la pertinence des données et des informations ; (3) la capacité d'adopter et d'appliquer les renseignements pertinents dans le processus décisionnel (LOMAS, j. 2003. Globalization of evidence and localization of decisions)

Invitation pour participer à l'étude

LIEU: DATE :

Cher :

Nous réalisons une étude au sein de votre hôpital/district pour décrire comment fonctionne la politique d'exemption du paiement direct par les usagers pour la santé maternelle. Cela nous aidera à mieux comprendre comment les soins de santé pour les femmes et leurs nouveau-nés peuvent devenir plus accessibles. Dans la pratique, nous réalisons des entretiens avec les prestataires de soins et les gestionnaires des services de santé.

Avec cette lettre, nous aimerions vous inviter à un tel entretien. Il durera environ une heure et comprendra des questions telles que : que pensez-vous de la politique d'exemption pour les femmes enceintes ? Quels sont les problèmes que vous rencontrez avec cette politique ? Quels effets positifs ou négatifs cette politique peut-elle avoir ?

Tout sera mis en œuvre pour garantir la confidentialité. Aucune information recueillie grâce aux interviews ne sera rendue publique pour une raison quelconque. Toutes les données resteront strictement confidentielles. Si l'information provenant de votre entretien est utilisée dans les publications ou les rapports de recherche, nous ne ferons pas référence à votre identité.

Nous espérons être en mesure d'organiser une réunion de restitution avec le personnel de l'hôpital et du district et le rapport final sera disponible à votre niveau.

Cette étude a été conçue par Fabienne Richard, Bruno Marchal et Vincent de Brouwere du département de santé publique de l'Institut de Médecine Tropicale, Anvers (Belgique), avec AFRICSanté. Les chercheurs sur le terrain comprennent Monsieur ILBOUDO G Patrick Christian, Dr Cheick Omar Diallo et Monsieur Télesphore Somé. L'étude fait partie du projet FEMHealth, une étude financée par la Commission européenne.

Veuillez noter que votre participation à cette étude est volontaire. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement éclairé avant l'entrevue. Nous allons expliquer de nouveau cela avant l'entretien.

Si vous désirez vous retirer de l'étude, même après avoir dans un premier temps accepté, vous pouvez le faire à tout moment sans aucune conséquence. N'hésitez pas à nous contacter pour clarifier les enjeux de cette étude ou pour toute autre question.

Nom du chercheur :

Tél. nr. :

CONSENTEMENT À PARTICIPER À LA RECHERCHE

Vous avez reçu une invitation pour participer à une étude menée par AFRICSanté. Vous avez été sélectionné-e comme participant potentiel parce que vous appartenez à l'équipe cadre du district ou l'équipe de gestion de l'hôpital. Votre participation à cette recherche est volontaire.

But de l'étude

Nous visons à décrire comment fonctionne en pratique la nouvelle politique d'exemption du paiement direct pour les usagers pour la santé maternelle. Cela nous aidera à mieux comprendre comment les soins de santé pour les femmes et leurs nouveau-nés peuvent devenir plus accessibles.

Procédures

Si vous êtes volontaire pour participer à cette étude, nous aurons un entretien avec vous. Cela prendra environ une heure et traitera de questions telles que : que pensez-vous de la politique d'exemption pour les femmes enceintes ? Quels sont les problèmes que vous rencontrez avec cette politique ? Quels effets positifs ou négatifs cette politique peut-elle avoir ?

Gênes possibles occasionnées par la recherche

Les entretiens seront réalisés au cours des heures normales de travail.

Avantages potentielles pour les participants et/ou la société

Votre participation à la recherche nous aidera à mieux comprendre comment l'équipe de gestion gère la politique d'exemption du paiement direct par les usagers et les problèmes éventuellement rencontrés dans la mise en œuvre de cette politique.

Vous ne percevrez sans doute pas un bénéfice direct de la recherche mais les résultats de la recherche peuvent par contre contribuer à une meilleure compréhension sur comment l'accès aux soins de santé pour les femmes et les enfants peut être amélioré. Les leçons apprises pourront s'appliquer dans votre pays ou ailleurs.

Indemnité de participation

Vous ne recevrez aucun paiement pour votre participation à l'étude.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. La confidentialité sera assurée par l'utilisation de codes d'identification des entretiens. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à la liste des codes et aux données d'origine. Si l'information provenant de votre entrevue est utilisée dans les publications ou les rapports, nous ne ferons pas référence à votre identité.

Participation et retrait de l'étude

Vous pouvez choisir de participer à cette étude ou non. Si vous décidez de participer à cette étude, vous pouvez vous retirer à tout moment sans aucune conséquence.

Identification des enquêteurs

Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de la recherche, n'hésitez pas à contacter : Dr GANABA Rasmané ou Dr YAOGO Maurice (20 98 6368)

Droits des sujets de la recherche

Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment et cesser de participer à l'étude sans pénalité.

Signature de l'interviewé-e

« Je comprends les procédures décrites ci-dessus. Mes questions ont reçu une réponse satisfaisante, et je suis d'accord de participer à cette étude. J'ai reçu une copie de ce formulaire. »

Nom de la personne interviewée

Signature de la personne interviewée Date

Signature du chercheur

« Selon mon jugement le sujet a donné son consentement éclairé de manière volontaire et possède la capacité juridique de donner son consentement pour participer à cette étude.

Nom du chercheur

Signature du chercheur Date

Les outils du WP4

Questionnaire FE\ffiealth		FOIWIJAIRE
E:TI;DEDESKE.-\R-MISSITDECESMATI:RNELSETPE:RII' TAt:X		J!<D(VD)tJEL
§		PuolfiS
§Near.ms.s.-		O-s
DKtsoiooaW		(
Mon-ee		..:as;alo..moisaf.
=		=
to. Nml:l.ero dndossier obs.tioica.l		m,m,m
n Daw d'adrnjssim		J j mm ••
Code de l'iablis		Q;J:CIJ
Ntm:airod'idessufficatioo.de la femme 11111111		mm
Dal2 de de la fiche DJI(I)I(I)J		Bd.
Nom de f'eDillideut		Rifb&rt.a..nie d'um aon smacru:re
Code de r..e-		:ii liPra.:
NOI!Idela femme		1. Ncmde r...wi--
ViDaelcmutier:		Sit'mletabliss" -rde terme:
District		15. Code de rH+hssemem
Hearule la		16. :O.de sortieou:chldlk.ti
Monrde		17. He:n desortieou QadKis
DJ!(I)/(I)J		21. = cludec:is
b. b II1 m.		goa
OQtbdKis		m,m,m
aprtS		J > mm ••
L...J		CIJ : [IJ
E'UiciW		h h mm
if!-		25- N-dea>ipou;es
A3r-		26. Profia,;: &tb
D.a. Nou!In delJOSS!SieS		21- '.....
NomJnhcCJ"Kberr-rtn		22- La femme .a+etleuo atte!Cedeut deces.iemle
00Nou!mtM4mnts		ciexricubdoiaioale1
-diades		Q>ui O'.., ..-
CD		33
CD		W. Mdif.....
[I]		D_oui p ...
		GEJ
		grossesse

Questionnaire FETAL
 ETUDE DES NEAR- FISSIT DECES MARIENELS ET PERI-ATAIX

FORMULAIRE INDIVIDUEL

CERRHUD, Benin - AFRICsanté, Burkina Faso - CAREF, Mali - INAS, Maroc

Page 3/6

B COMPLICATIONS (SUITE)
 Toutes les femmes avec complications ou décédées

56. Anémie (Hb < 11g/dl)
 a) Niveau d'hémoglobine (g/dl)

57. Autres pathologies
 a) VIH/SIDA
 b)
 c)
 d)

C LE NOUVEAU-NE
 Tous les nouveau-nés (mort-nés inclus)

58. Nombre total de nouveau-nés

59a. 1) Sexe 2) Poids (g) 3) Apgar à 5 min

60a. a) Filles b) Garçons

61a. Poids (g) 61b. Poids < (g)

62a. 62b.

63a. 63b.

64a. 64b.

65a. 65b.

66a. Evacuation du bébé vers un autre hôpital? Oui Non

66b. Oui Non

67a. Admission en soins intensifs ou unit de soins spécialisés? Oui Non

67b. Oui Non

68a. Si oui, tombé de 68b. Si oui, combien de jours

69a. a) Vivant b) Mort dans les premières 24h c) Mort après 24h

69b. Etat vital du bébé à la sortie

70a. Si mort, cause du décès

70b. Si mort, cause du décès

71a. Date de sortie, d'évacuation ou du décès du bébé / /

71b. Date de sortie, d'évacuation ou du décès du bébé / /

D

72. Date de décision de l'intervention / /

73. Heure de décision de l'intervention : :

74. Date de l'intervention / /

75. Heure du début de l'intervention : :

76. Heure de fin de l'intervention : :

77. Indication de la césarienne ou laparotomie

a) Disproportion foeto-pelvienne grave (DFP)
 Oui, bassin rétréci ou déformé
 Oui, macrosomie foetale
 Oui, type de DFP non-précisé
 Non

b) Hémorragie antepartum grave
 Oui, sans autre spécification
 Oui, placenta praevia
 Oui, hématome rétro-placentaire
 Non

c) (Pré-)rupture utérine
 Rupture utérine
 Pré-rupture utérine
 Non

d) Mauvaise présentation
 Oui,je
 Oui, oblique
 Oui, li:aal
 Oui, faceméu :npost6ieuo'faceeDcLiJ
 Oui, bru - - ipauJe

Questionnaire FEMHealth

ETUDE DES NEAR- MISS IT DECES MATERIELS ET PERINATAUX

FORMULAIRE

INDIVIDUEL

CERREH, Benin - AFRISanté, Burkina Faso - CAREF, Mali - INAS, Maroc

D CÉSARIENNES ET LAPAROTOMIES (SUITE)

Toutes les césariennes et laparotomies pour rupture utérine

77. Indication de la césarienne ou laparotomie
- e) Echec dans la progression du travail
- Oui, sans autre spécification
 - Oui, travail prolongé
 - Oui, échec du déclenchement
 - Oui, autre
 - Non
- f) Césarienne antérieure Oui Non NSP
- g) (Pré-)éclampsie
- Oui, éclampsie
 - Oui, pré-éclampsie
 - Non

Indicateurs de qualité pour les césariennes

78. Avant la chirurgie,
- a) Le taux d'hémoglobine a-t-il été vérifié? Oui Non NSP
- b) Les bruits du cœur fœtal ont-ils été contrôlés juste avant l'anesthésie? Oui Non NSP
- c) Des antibiotiques prophylactiques ont-ils été prescrits? Oui Non NSP
- Si oui: 78. Quand ont-ils été administrés?
- Avant l'intervention
 - Après l'intervention
79. Durant la procédure chirurgicale,
- a) Des ocytociques prophylactiques ont-ils été administrés? Oui Non NSP
80. Durant les 4 premières heures post-opératoires, mesurées toutes les 30 minutes
- a) La saturation en oxygène Oui Non NSP
- b) La température Oui Non NSP
- c) La fréquence cardiaque Oui Non NSP

E NEAR-MISS MATERNEL

Toutes les femmes near-miss

83. Est-ce que la femme est considérée near-miss?
- Oui - selon critères OMS
 - Oui - selon critères locaux (AUDOBEM/Sahel)
 - Non

- h) Indication de la césarienne
- Oui, sans autre spécification
 - Oui, travail prolongé
 - Oui, échec du déclenchement
 - Oui, autre
 - Non
- i) Césarienne antérieure Oui Non NSP
- j) (Pré-)éclampsie
- Oui, éclampsie
 - Oui, pré-éclampsie
 - Non
- k) A-t-elle eu une hémorragie post-partum? Oui Non NSP

81. Indicateurs de qualité pour les césariennes
- a) Le taux d'hémoglobine a-t-il été vérifié? Oui Non NSP
- b) Les bruits du cœur fœtal ont-ils été contrôlés juste avant l'anesthésie? Oui Non NSP
- c) Des antibiotiques prophylactiques ont-ils été prescrits? Oui Non NSP
- d) Si oui: 81. Quand ont-ils été administrés? Avant l'intervention Après l'intervention
82. Durant la procédure chirurgicale,
- a) Des ocytociques prophylactiques ont-ils été administrés? Oui Non NSP
- b) La saturation en oxygène Oui Non NSP
- c) La température Oui Non NSP
- d) La fréquence cardiaque Oui Non NSP
- e) La tension artérielle Oui Non NSP

84. Quand l'état de near-miss a-t-il été constaté?
- A l'arrivée à l'établissement
 - Au cours de l'hospitalisation
85. La femme a-t-elle séjourné en soins intensifs? Oui Non

87. Hémorragie
- a) Anémie post-partum
 - b) Hémorragie post-partum
 - c) Hémorragie post-partum
 - d) Hémorragie post-partum

Questionnaire FEF/ffie.alth

ETUDE DES NEAR-DSSITDECES A/ATERJ'ELS ET PERI'AB.UX

**FORMULAIRE
INDIVIDUEL**

CERRHUD, Benin - AFRIC Santé, Burkina Faso - CAREF, Mali - I

E NEAR-MISS MATERNEL (SUITE) Toutes les femmes near-miss

88. Indications
- a) Tension >160/90 ou <90/60 - et/ou anomalies cardiaques
- b) Diabète de septième dans le do-
89.
- a) TAD: >= 90ml/g ou Pro: >= 100ml/g ou Hb: < 10g/dl ou Hct: < 30% ou HbA1c: >= 6.5% ou Douleur abdominale ou œdème pulmonaire ou ictère
- b) Utilisation cotillonne de
- c) RW: > 1000 U/ml
- d) Anémie
- e) Utilisation cotillonne de
- f) RW: > 1000 U/ml
- g) Anémie
- h) Anémie
- i) Anémie
- j) Anémie
- k) Anémie
- l) Anémie
- m) Anémie
- n) Anémie
- o) Anémie
- p) Anémie
- q) Anémie
- r) Anémie
- s) Anémie
- t) Anémie
- u) Anémie
- v) Anémie
- w) Anémie
- x) Anémie
- y) Anémie
- z) Anémie

93. Insuffisance respiratoire
- a) Cyanose aiguë
- b) Halètement/suffocation/gasping
- c) Tachypnée sévère (respirations/min >40)
- d) Bradypnée sévère (respirations/min <6)
- e) Hypoxémie sévère (saturation en O2 <90% pour >60min ou PaO2/FiO2 <200)
- f) Intubation ou ventilation non liées à l'anesthésie
94. Troubles de la coagulation
- a) Ecchymose/fuite de sang
- b) Hémorragie sévère (<50000 plaquettes/l)
- c) Trousse à pharmacie
95. Infection
- a) Infection
- b) Infection
96. Troubles neurologiques
- a) AVC
- b) Infection
97. Dysfonctionnement
- a) Infection

F NEAR-MISS NEONATAL Tous les nouveau-nés en état de near-miss

98. Est-ce que l'enfant est considéré near-miss?
99. Fréquence respiratoire >100/70/min
100. Cyanose à l'air libre
101. Respirations irrégulières (halètement, suffocation, apnée fréquente)
102. Arrêt cardiaque
103. Bradycardie persistante <80bpm
104. Tachycardie persistante >200bpm
105. Crises convulsives
106. Atteinte neurologique sévère (impossibilité de téter)
107. Jaunisse visible durant les premières 24 heures

108. Tout saignement
109. Hématurie visible
110. Amtrio >24h
111. A lise
112. Distension abdominale et vomissement
113. Elongation du plexus brachial
114. Fracture du crâne
115. Toute intubation
116. Réanimation cardio-pulmonaire
117. Utilisation d'une drogue vasoactive
118. Expansion volémique/remplissage vasculaire/voie ombilicale
119. Utilisation des anticonvulsifs
120. Photothérapie ds les premières 24h
121. Utilisation d'un produit sanguin

Questionnaire FEMHealth

ETUDE DES NEAR- fISS ITDECES MATERJ'ELSETPERINATAUX

• Beao-AFIUCSam.t.BminaFaso- CAREF. Mali - INAS. Maroc:

FOJD.IIII.AIII

INDMDUEL

e6/6

Gfr. TATEBSONS

e.III'slis - - sa. riloi.

122. U ift:Ssloo. -eDte **D**Oui Qion [JNSP
mesurie fadmiisioo.?

123. Le tmit4l iOeW t-t-il ttt **O**Oui O'l. QlSP
e.utgisri aradmissioo?

124. Tootts lesfeum:laswet jumeasrx -
Qland ledagDostic:H-iieU fltit?
a) A'allll'a:hl:issioo.
b) A l'admission
c) hrouchemeo1

125. Tretts nmwms nrisengrippstu **S**ia
Quand lediagostic.-t-ilett bit?
a) A'Mill'dmissioa
b) A'l'admi.sioa.
c) rAC<OUC.bemem

126. Ifiwla n'r **O**Oui CNon Q;SP
te l:roitdu coeurfoelaja-til etc
mesuriaa moini l fois penda:nr la:
phtie acti\t diJmrvail?

127. Lepanogrammu-tilfciutili.9t! **O**lli **O**NSP

128. Im wki- amm mom **Q**il lai Zll fmr. no.)
Est<quel'O'irioo de rocdput **[Jo.i Q100 Q<SP**
•eretter?

129. T(JlUtsles i-mmes aw< **l**vea:onse on fillems)
Est<**n**lil oairiilq gte?
a) Pl.mdler peMeddittoit ioliriev
b) A mi-<a;-it&rdittoit moyen
c) PIUsbau=diuoU supirieur
d) Non

130. Iillillid:i &D.; m="". ...la211 m,...1
Qici:Jea cli L<durie de lapble
.aivtdu. tra'ail? (min) **I I I I**

Aprts r.: **c**adw.-tt.-netla
131. pmg.s iermne: dms les 6 beurts. suii. TIU r **i**ts
Sili\Wioat-ili **i**til De Sillis autr: lOinime: foU?

b) Prti;:ioo anene.JJe -
c) Saigne:mems vUrini -
d) TaiYt4we Oui

132. pgw-Je mre dam les 6 bewes-su:iwm lanai>sance. les sigr. es
s:ui\ a:ttioar-& etc au moins une fois?
l) Couleul
b) Respin lion
c) Mlleau wiD
d) T

133. La &mme a.-wil! destooseils sur le plarmius familial et
des tllissaacti\w lasortiedt **;)::: Q<SP**
[Jo.i 00