



Cooperation
HEALTH Theme
 Call identifier: FP7-HEALTH-2010
 PROJET DE COLLABORATION

Titre du projet	Évaluation de l'impact de la suppression de paiement des frais de soins de santé maternelle en Afrique de l'Ouest et au Maroc: nouveaux outils, nouvelles connaissances
Sigle du projet	FEMHealth
Type du schéma de financement	Projet de Collaboration Projet de recherche pour petite ou moyenne échelle. Action spéciale de coopération internationale
Type de programme	HEALTH.2010.3.4-6 Impact et Coût-efficacité des grands programmes de santé existants
Nom de la coordinatrice	Dr. Sophie Witter
Nom chercheur associé	Mamadou Kani KONATÉ

Liste des participants

N° Participant	Nom des organisations participant au projet	Pays
1 (Coordinateur)	Université d'Aberdeen	Grande Bretagne
2	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT)	Belgique
3	Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres (LSHTM)	Grande Bretagne
4	Agence de Formation, de Recherche et d'Expertise en Santé pour l'Afrique (AFRICSanté)	Burkina Faso
5	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD)	Bénin
6	Marikani S.A.R.L	Mali
7	Institut National d'Administration Sanitaire (INAS)	Maroc
8	Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS)	Burkina Faso



MARIKANI

S.A.R.L

**Protocole de Recherche FEMHealth
Mali**

Bamako

Juillet 2012

Table des matières

Liste des acronymes	4
Résumé exécutif	5
I - Note de synthèse sur la politique de gratuité de la césarienne au Mali	6
1.1 Mise en place et fonctionnement de cette politique de gratuité	6
1.2 - Le dispositif de gestion et de suivi de la politique.....	7
1.3 - Évolution des taux de césarienne.....	7
1.4 - Décès maternels et complications post-césarienne.....	7
1.5 - État des naissances par suite de la césarienne.....	8
1.6 - Coûts de la politique et la situation des kits de 2005 à 2009	8
1.7 - Quelques difficultés de mise en œuvre de la politique	8
1.7.1 - Besoins en ressources humaines	8
1.7.2 - Disponibilité du sang et problématique des minis banques de sang	9
1.7.3 - Infrastructures et équipement.....	9
1.8 - Quelques constats dans la mise en œuvre de cette politique de gratuité.....	9
1.8.1 - Connaissance de la gratuité par les bénéficiaires et leurs familles	9
1.8.2 - Réduction des couts est-elle ressentie par les populations ?.....	10
1.8.3 - Perception de la qualité des soins par les femmes et leurs familles.....	10
1.8.4 - Quelques difficultés d’opérationnalisation de la politique en zones rurales	10
II - Problématique et justification de la recherche	11
III - Objectifs du projet FemHealth :.....	15
3.1 Les objectifs généraux du projet sont :	15
3.2 Les objectifs spécifiques comprennent entre autres :.....	15
3.3 Objectifs généraux des Paquets d’Activités (PA):	16
3.4 Objectifs de l’étude au Mali.....	17
4 - Méthodologie générale de l’étude.....	17
5 – Stratégie générale de l’étude au Mali.....	17
6 - Les niveaux de collecte d’information:	26
7 - Analyse des données.....	26
8 - Diffusion des résultats	26
9 - Implications éthiques de l’étude	27
10 – Budget	Erreur ! Signet non défini.
11 - les échantillons selon les paquets d’activités.....	31

Liste des acronymes

ANGC :	Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne
AudObEm	Audit of Obstétrical Emergencies
CEP	Cartographie des Effets de la Politique
CERRHUD	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (Bénin)
CFA	Communauté Financière Africaine
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CoP	Communauté de Pratiques
COSA	Comité de Santé
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTB	Coopération Technique Belge
DCC	Direction de la Coopération et de la Communication
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMEP	Evaluation de la Mise en Œuvre de la Politique
E R	Évaluation Réaliste
GB	Grande Bretagne
GC	Gratuité de la Césarienne
IMT	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers
INAS	Institut National d'Administration Sanitaire (Maroc)
IRSS	Institut de Recherche en Sciences de la Sante (Burkina Faso)
LSHTM	Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MMG	Morbidité Maternelle Grave
MS	Ministère de la Santé
NV	Naissances vivantes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PA	Paquets d'Activité
POLIAS	The Policy implementation assessment
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
RPMM	Réseau pour la Prévention de la Mortalité Maternelle
RSH	Recherche sur les Sujets Humains
SAGO	Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique
SIS	Système d'Information Sanitaire
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
UE	Union Européenne
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
UoA	Université d'Aberdeen
USAID	United States Aid
TDR	Termes De Référence
ZS	Zone Sanitaire

Résumé exécutif

Le Mali, comme beaucoup d'autres pays subsahariens, connaît un taux élevé de mortalité maternelle et infantile. En souscrivant à la résolution des Nations Unies en 2000 sur la Déclaration du millénaire pour le développement, le Mali s'était engagé avec les autres pays à améliorer la situation sanitaire des mamans et des enfants formulée par les objectifs¹ quatre et cinq de ladite déclaration. Ces efforts d'amélioration des conditions de vie des populations amenèrent l'Etat malien à adopter en 2005 la politique de gratuité de la césarienne. En son temps, le Mali avait été le premier pays en Afrique à prendre de tels engagements politiques d'envergure nationale. Plus tard, plusieurs autres pays africains suivirent l'exemple soit en subventionnant ou en supprimant les frais liés à la pratique de la césarienne. L'étude vise à évaluer l'efficacité de cette politique de gratuité de la césarienne dans trois pays (Mali, Bénin, Burkina Faso) subsahariens et un pays du Maghreb (Maroc) qui mettent en œuvre ladite politique. Ce projet FemHealth s'étend sur trois ans, de 2011 à 2013. Il est un consortium de chercheurs, d'universités et d'institutions de recherche. Il s'inscrit dans le cadre du partenariat de recherche Nord-Sud.

L'étude comporte trois différents volets appelés Paquets d'Activités (Work Package) qui sont :

- La politique, le financement et l'économie de la santé ;
- Les systèmes locaux de santé ;
- La qualité de soins et les indicateurs de santé ;

Au Mali, cette étude d'évaluation de la politique de gratuité de la césarienne sera réalisée dans les localités de Kayes, Nioro, Ségou, Macina, Sikasso, Yorosso, Mopti et Badiangara et à Bamako. Dans les régions, les populations cibles sont des personnels des CSRef et CSCom, des bénéficiaires (communautés) et des décideurs politiques et administratifs/financiers de niveau régional impliqués dans la mise en œuvre de cette politique au Mali. Pour Bamako, les personnes concernées par l'étude, sont des décideurs politiques de niveau national à travers des interviews et aussi l'organisation des réunions. Les données de l'étude seront collectées par le biais des outils quantitatifs et qualitatifs au niveau de tous les sites.

¹ Réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et l'amélioration de la santé maternelle.

I - Note de synthèse sur la politique de gratuité de la césarienne au Mali

Le Mali, pays situé en Afrique de l'Ouest, a une population de 14 517 176 habitants pour un taux de croissance naturelle de la population estimé à 3,6% (selon les résultats provisoires du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009). Le pays connaît également un taux de mortalité maternelle parmi les très élevés (en Afrique subsaharienne) se situant autour des 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDSM IV de 2006.

En vue d'améliorer la santé maternelle et infantile et d'inciter les femmes à fréquenter les structures de santé pour les accouchements, les autorités de l'État ont adopté et proclamé, en juin 2005, la suppression des frais liés à la pratique de la césarienne dans les établissements hospitaliers publics (CSRef, et hôpitaux) et militaires.

Au moment de la mise en œuvre de cette politique de gratuité de la césarienne au Mali, le taux d'accouchement survenant dans les établissements de santé et le taux de césarienne étaient très faibles. Selon les résultats de l'EDSM III de 2001, à peine 45% des accouchements survenaient dans des structures de santé bien que 70% des femmes eussent bénéficié au moins d'une consultation prénatale. Quant au taux de césarienne, les deux dernières EDSM (III en 2001 et IV en 2006) nous renseignent que les naissances survenues au cours des cinq dernières années ayant précédé les enquêtes, les pourcentages de césarienne se situent respectivement à 1,1% en 2001 et 1,6% en 2006, alors que les normes de l'OMS se situaient entre 5% et 15%.

1.1 Mise en place et fonctionnement de cette politique de gratuité

Ce système basé sur le partage des coûts notamment entre les Associations de Santé Communautaire (ASACO), les mairies, les conseils de cercle et les CSRefs. Tous les CSComs sont rattachés à des CSRefs. Et chaque CSRef dispose, au moins d'une ambulance. Sur les 22 CSRefs sur lesquels les informations étaient disponibles, tous ont au moins une ambulance fonctionnelle. La politique mise en place, répartit les charges liées à la pratique de la césarienne entre l'État, les collectivités et les familles. Les charges sont réparties de la manière suivante :

➤ Apport du gouvernement :

- ✚ L'acte chirurgical;
- ✚ Les frais de séjour dans l'établissement de santé ;
- ✚ Les produits et analyses de laboratoire ;
- ✚ Les traitements des complications (rupture ou prérupture, éclampsie, placenta prævia, hématome rétro placentaire).

Les établissements de santé sont ravitaillés en Kits de césarienne simple ou compliquée. Cependant, il peut arriver que les établissements constituent eux-mêmes les Kits pour la césarienne, notamment en cas de rupture de stock. Le cas échéant, ils sont remboursés sur la base des coûts actuels qui est de 30 000 FCFA par kit de césarienne simple et 42 000 FCFA par kit de césarienne compliquée. En plus des Kits, les frais d'hospitalisation sont pris en charge par le gouvernement (à hauteur de 30 000 FCFA).

➤ **Apport de la communauté :**

Les frais de transport pour la référence/évacuation du CSCom (Centre de Santé Communautaire) au CSRef (Centre de Santé de Référence) sont à la charge de la communauté. L'ambulance est disponible au niveau du CSRef pour le transport de la femme du CSCom en son sein ou à l'hôpital. Cependant, les frais liés au carburant et à la maintenance du véhicule sont à la charge des collectivités locales conformément au cadre conceptuel de référence/évacuation.

➤ **Apport des familles**

Cet apport se situe au niveau des :

- ✚ frais de transport de la famille au CSCom ;
- ✚ frais de transport au retour en famille.

1.2 - Le dispositif de gestion et de suivi de la politique

Pour la gestion et le suivi de la politique, un comité de pilotage est mis en place et qui est présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Des points focaux sont nommés au niveau des structures (Directions Régionales de la Santé et Direction Nationale de la Santé). La supervision est assurée conjointement par les structures de l'État notamment la DNS, la DFM, la DPM, la PPM, les PFC régionaux.

1.3 - Évolution des taux de césarienne

Selon le rapport de la DNS de 2010 sur la mise en œuvre de la stratégie de la gratuité, il a été réalisé 73 182 césariennes au Mali entre août 2005 et décembre 2010. Les taux de césarienne² ont connu une progression en passant de 0,94% en 2005 à 2,33% en 2009. Mais de façon désagrégée, c'est dans le district de Bamako où il y a eu le plus grand nombre de césariennes réalisées avec des taux variant de 2,72% en 2005 à 7,25% en 2009, soit 5 points de plus que la moyenne nationale. Aussi dans des localités comme Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou, le nombre de césariennes a connu une certaine augmentation contrairement aux régions de Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal où il a peu évolué.

1.4 - Décès maternels et complications post césariennes

La proportion³ des décès maternels post césariennes connaît une baisse progressive sur l'ensemble du pays. En effet, selon le rapport sur la stratégie de la gratuité de la césarienne, en 2006 la moyenne des taux des décès maternels était estimée à 2,1%. En 2007, elle était de 2,0% contre 1,3% enregistrée en 2009. Mais, derrière ces moyennes nationales, la situation demeure assez préoccupante dans des localités du Mali notamment les régions de Mopti (3%), Tombouctou (4,5%) et Kidal (11,8%), où la proportion des femmes qui décèdent après la césarienne restait encore très élevée en 2009.

En outre, sur les 57 031 cas de césariennes réalisées de 2005 à 2009 dans le cadre de la politique de gratuité au Mali, 913 femmes sont décédées (une proportion de 1,6%). Dans plus de 80% des cas, les causes de ces décès sont connues. Il s'agit d'éclampsie/complications HTA (20% des cas), de

² Le taux de césarienne est le pourcentage d'accouchements effectués par césarienne dans une zone divisée par le nombre de grossesses attendues dans la même zone, multiplié par 100.

³ Cette proportion est obtenue sur la base du nombre de décès dans une structure, multiplié par cent, divisé par le nombre de césariennes réalisées

l'hémorragie (19% des cas), et de la rupture utérine (17% des cas). Environ 16% des cas sont imputables aux infections contre 11% à l'anémie. Seulement 4% de ces décès sont de causes médicales non identifiées; les presque 13% des cas de décès qui sont survenus sont dus à d'autres causes diverses.

Quant à la complication post césarienne, la proportion a connu une baisse entre 2006 (11,3%), 2007 (10,5%) et 2008 (8,6%). En plus de la suppuration (32%) et l'anémie (25%) qui ont été identifiées comme étant les principales complications que les femmes rencontrent après une césarienne, d'autres sont victimes d'infections puerpérales (16%) et d'autres formes de complications non identifiées (12%). La proportion de femmes victimes d'hémorragie et d'éclampsie est relativement faible.

1.5 - État des naissances par suite de la césarienne

De 2006 à 2009, 53 159 enfants sont nés par suite d'une intervention de césarienne. Parmi ces enfants, 45 970 (86%) sont nés vivants contre 7 189 (14%) de cas de mort-nés. De 2006 à 2008, nous remarquons que le nombre de cas de mort-né connu une augmentation progressive et significative; mais au cours de l'année 2009, il amorça une certaine baisse. Et parmi les naissances vivantes, 991 (2%) des enfants nés vivants sont décédés dans les 24 heures après la césarienne.

1.6 - Coûts de la politique et la situation des kits de 2005 à 2009

Selon le rapport (stratégie de la gratuité, DAF/MS) mentionné précédemment, le montant total mobilisé de 2005 à 2008 s'élevait à 4, 114 milliards de FCFA. Au titre de l'année 2009, il était prévu 1,753 milliards répartis entre les structures impliquées dans la mise œuvre de cette politique. En somme, l'État a financé la césarienne pour 5,867 milliards sur une période de 5 ans.

Au total, de 2005 à 2009, 63 520 kits de césarienne simple et 17 774 kits de césarienne compliquée, soit 81 294 kits ont été mis en place. Une compilation des rapports de collecte des données fait ressortir l'utilisation de 48 909 kits simples et 1 526 kits compliqués soit 50 435 Kits entre 2005 et 2009. Cependant, il existe un écart de 24 263 entre le nombre de césariennes réalisées de 2005 à 2009 (57 031) et le nombre de kits mis en place (81 294). En plus de cela, un écart entre le nombre de kits mis en place et le nombre de kits utilisés a été noté.

1.7 - Quelques difficultés de mise en œuvre de la politique

1.7.1 - Besoins en ressources humaines

Selon le rapport de la DNS sur la stratégie de la gratuité, de l'analyse de la situation des ressources humaines dans les 993 CSCCom, il est apparu que :

- 26 CSCComs n'ont aucun personnel qualifié ;
- 406 CSCComs n'ont ni une sage femme ni une infirmière obstétricienne.

L'expression des besoins ne prend pas en compte le district de Bamako où les normes sont atteintes où nous remarquons également remarquons une concentration de ressources humaines qualifiées et cela au niveau de toutes les spécialités.

Dans la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne, le CSCCom représente un maillon essentiel pour la référence/évacuation dans la pyramide sanitaire du pays pour la prise en charge des cas de césarienne. Ces statistiques identifiées en termes de besoin de personnel à propos des CSCComs

pourraient aussi constituer un problème pour une bonne prise en charge (rapide) du système de référence/évacuation, des CSComs aux CSRefs.

1.7.2 - Disponibilité du sang et problématique des minis banques de sang

De 2005 à 2008, 40 structures de santé sur 61 (65,6%) n'avaient pas de mini banque de sang. Les causes de non-fonctionnalité de ces minis banques de sang étaient entre autres :

- réalités socioculturelles ;
- problèmes de recouvrement des poches de sang (le coût variant de 5 000 à 12 500 francs CFA par poche dans les régions);
- insuffisance du dispositif de stockage du sang (réfrigérateurs) ;
- insuffisance de personnel qualifié pour la transfusion sanguine.

Aussi, au cours de la même période (2005-2008), il était apparu que 43 établissements de santé (66,2%) n'avaient pas la possibilité de faire les 4 tests de dépistage des marqueurs infectieux (Hépatite B, Hépatite C, Syphilis et VIH).

Les difficultés recensées sur ce point étaient la rupture fréquente des tests et réactifs et le coût élevé de certains réactifs notamment pour les tests de l'hépatite B et C.

1.7.3 - Infrastructures et équipement

En 2008, la canalisation d'oxygène, un outil indispensable à la réanimation de la mère et du nouveau-né, constituait une préoccupation pour beaucoup de structures de référence. Dans le rapport de la DNS, il ressort de cela que 40 de ces structures sur 59 n'avaient pas de canalisation d'oxygène. À cela, il est aussi fait état de l'insuffisance d'équipements et matériels de réanimation néonatale.

1.8 - Quelques constats dans la mise en œuvre de cette politique de gratuité

L'une des difficultés majeures dans l'évaluation de cette politique de gratuité est l'absence d'informations fiables avant sa mise en œuvre se rapportant au nombre d'actes de césarienne, les complications, les proportions de décès maternel et néonatal après l'opération, etc. Aussi, dans l'étude menée par le CAREF, ATN Plus et Health Systems 2020 (2010) sur une évaluation de cette politique, quelques obstacles notamment au niveau communautaire et/ou CSCom subsistent.

1.8.1 - Connaissance de la gratuité par les bénéficiaires et leurs familles

À travers cette étude (CAREF, ATN Plus et Health Systems 2020), la gratuité de la césarienne est un phénomène assez connu. Cependant, ses composantes et aussi les structures sanitaires aptes (qui ont le plateau technique approprié) à faire l'intervention demeurent des aspects à élucider auprès des populations bénéficiaires. Beaucoup de femmes pensent que dans n'importe quelle structure de santé où l'accouchement est pratiqué, qu'elles doivent aussi y bénéficier des services de césarienne gratuitement.

1.8.2 - Réduction des coûts est-elle ressentie par les populations ?

La réduction des coûts a été confirmée par un nombre important de participants à l'étude mentionnée ci-dessus. En effet, les coûts de la césarienne variaient dans le temps, entre 100 000 FCFA et 200 000 CFA. Malgré la gratuité de l'acte de la césarienne, les populations perçoivent tout de même les coûts des médicaments assez élevés rendant ainsi mitigée leur perception de cette politique de gratuité.

D'autres parts, les coûts du transport de la femme en travail de la maison au CSCom constituaient aussi des difficultés auxquelles des familles font face. Avec un montant se situant entre les 12 500 FCFA et 15 000FCFA jugés excessif par des populations pour la référence/évacuation, des familles recourent à d'autres moyens (privés) de transport souvent très peu adaptés au transport d'une parturiente.

1.8.3 - Perception de la qualité des soins par les femmes et leurs familles.

Les familles et les femmes césarisées en général ont une bonne appréciation de la qualité des soins au niveau des structures de santé qu'elles ont fréquentées. En revanche, d'autres dénoncent le comportement du personnel de santé et mettent l'accent sur les conditions d'accueil dans les structures de santé. À cet effet, l'attitude des sages-femmes notamment dans les centres urbains est mise en cause. Des populations pensent que les structures de santé sont devenues des entités qui offrent deux types distincts de prestations. L'un plus complet destiné aux populations nanties et l'autre minimum, destiné aux populations moins nanties.

1.8.4 - Quelques difficultés d'opérationnalisation de la politique en zones rurales.

En vue de faire bénéficier les populations en milieu rural de cette politique de gratuité, quelques obstacles majeurs ont été identifiés dans l'étude (CAREF, ATN Plus et Heath Systems 20/20) mentionnée ci-dessus. Ces obstacles affectent durement les populations rurales qui sont en grande majorité des gens à revenu faible et connaissant aussi un taux de natalité relativement élevé. Parmi ces difficultés, nous avons :

- Le transport (des lieux difficiles d'accès et aussi le coût de transport jugé exorbitant) ;
- Les prescriptions (coûts des médicaments) ;
- La compétence (manque de personnel qualifié dans les structures de santé).

II - Problématique et justification de la recherche

2.1 - Justification 1: besoin d'amélioration des méthodes de recherche pour évaluer l'impact et l'efficacité du coût des interventions complexes impliquant l'ensemble du système de santé

De bonnes méthodes d'évaluation des interventions complexes sont de nos jours reconnues comme un axe prioritaire de recherche (Anderson, 2008). Les dernières instructions du Medical Research Council (MRC) définissent les interventions complexes comme comportant plusieurs composantes interactives, ayant une vaste gamme de résultats possibles, ayant une forte variabilité dans la population cible et exigeant une certaine flexibilité de mise en œuvre (Craig et al, 2008).

Il existe de fortes indications que, pour être efficaces, les politiques de santé maternelle devraient consister en des faisceaux d'interventions œuvrant à divers niveaux et visant simultanément plusieurs groupes cibles (Campbell & Graham 2006). De telles interventions groupées doivent se fonder sur des interactions synergiques vers l'atteinte d'un but, puisqu'elles sont complexes. En outre, les interventions ont pour but de changer des pratiques de soins de santé en dirigeant 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.

Les indicateurs de santé sont sujets à de multiples facteurs ainsi que leur contexte. Vouloir modifier les indicateurs d'une intervention politique spécifique nécessite une évaluation approfondie de l'ensemble des mécanismes de changement ainsi que leur contexte. Les systèmes de santé sont en effet des entités complexes dans lesquelles la performance est déterminée par une multitude de facteurs, en particulier les facteurs humains (Pawson & Tilley, 1997).

L'utilisation de nouvelles méthodes autres que celles des études expérimentales ou quasi – expérimentales est justifiée par le fait que les résultats des recherches utilisant ces méthodes (expérimentales ou quasi expérimentales) sont susceptibles d'offrir des informations limitées aux décideurs. Cela est dû au fait qu'elles mettent plus l'accent sur la validité interne.

Les évaluations de politique devraient plutôt fournir des informations sur les conditions contextuelles et spécifiques de réussite et pouvoir répondre à des questions « *comment la politique a fonctionné ?, pour qui ? Et dans quel contexte ?* » (Pawson, 2006). Les évaluations devraient donc viser à examiner la pertinence et la crédibilité de l'effet plutôt que la probabilité (Habicht, 1999). Cependant, bien qu'il soit de plus en plus reconnu qu'il faille améliorer les méthodes d'évaluations complexes, très peu d'exemples concrets et rigoureux existent en la matière. Il en est de même quant à l'efficacité opérationnelle de la politique de santé.

2.2 - Justification 2: choix de la gratuité des soins à l'accouchement : un important sujet d'actualité

Dans beaucoup de pays africains, le taux de mortalité maternelle et néonatale reste encore très élevé. Aussi, le retard à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence – particulièrement les césariennes – est connu comme étant un obstacle majeur à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. En effet, les frais de soins de santé sont prohibitifs pour de nombreux ménages et empêchent les femmes d'obtenir des soins de qualité au moment des complications pendant la grossesse ou à l'accouchement (Borghi et al, 2003). Ceux qui y accèdent font face à d'énormes difficultés pour payer les frais d'hôpital. Ces personnes recourent souvent à la vente de biens, ou à l'emprunt d'argent auprès d'amis ou de membres de la famille, accumulant ainsi de nouvelles dettes.

La gratuité de certains soins, stratégie actuelle en vue d'accroître l'accès et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence, a été introduite dans beaucoup de pays africains (voir tableau 1), y compris l'Afrique de l'Ouest et du Nord. Cette stratégie de base vise à réduire la mortalité maternelle et néonatale (Campbell & Graham 2006). Cependant, peu d'informations sont disponibles quant à l'efficacité opérationnelle de cette politique et son impact réel sur la santé maternelle et néonatale.

Ces réformes actuelles en matière de soins de santé sont basées, dans l'ensemble sur des initiatives nationales. Elles sont financées à travers des ressources locales des pays et poursuivies sans apport technique des donateurs internationaux. Elles représentent donc une véritable volonté des gouvernements nationaux de promouvoir la santé maternelle, réduire les inégalités d'accès aux soins et combattre la pauvreté. Cependant, l'absence d'apport technique international a révélé que peu de choses ont été rigoureusement évaluées ou documentées et les leçons apprises demeurent jusqu'ici mitigées. À certains endroits, la politique semble avoir eu un impact négatif sur l'utilisation des services. Ce constat se fait particulièrement parmi les pauvres. Par conséquent, la qualité des soins peut en souffrir davantage, puisque la politique crée un manque à gagner chez les prestataires de services.

Tableau 1: Quelques réformes récentes de suppression des frais de soins en Afrique subsaharienne

Pays	Description de la politique	Date de mise en œuvre des politiques
Bénin	Gratuité de la césarienne	Avril 2009
Burkina Faso	Réduction de 80% des frais de césariennes et d'accouchements	Octobre 2006 – Avril 2007
Burundi	Suppression des frais d'accouchement et des soins curatifs chez les enfants âgés de moins de 5 ans	Mai 2006
République du Congo	Gratuité du traitement du paludisme chez les enfants âgés de moins de 15 ans et chez les femmes enceintes	Juillet 2008
Ghana	Gratuité de soins d'accouchement	Avril 2005 (au niveau national)
Kenya	Gratuité de soins d'accouchement	Janvier 2007
Libéria	Suppression des frais de paquet de soins de santé de base	Avril 2006
Lesotho	Gratuité des soins au niveau primaire	Janvier 2008
Madagascar	Gratuité de soins d'accouchement Gratuité de la césarienne	Juin 2008 Septembre 2008
Mali	Gratuité de la césarienne	Juin 2005
Maroc	Gratuité de soins d'accouchement Gratuité de la césarienne	Décembre 2008, au niveau national
Niger	Suppression des frais de césarienne et des soins chez les enfants âgés de moins de 5 ans	Février 2006 et Mars 2007
Sénégal	Suppression des frais de la césarienne dans les hôpitaux et des frais d'accouchements dans les centres de santé.	Janvier 2006 (au niveau national sauf Dakar)
Soudan	Suppression des frais de césarienne et des soins chez les enfants âgés de moins de 5 ans	Février 2008
Uganda	Suppression des frais de soins dans les centres de santé publique	Février 2001
Zambie	Suppression des frais de soins au premier niveau de soin	Avril 2006 (rural) Jan 2007 (périurbain)

Source: adapté de Meessen 2009.

2.3 - Justification 3: l'évaluation de la politique de gratuité des soins obstétricaux d'urgence généreront des outils et des leçons qui seront applicables et adaptables à d'autres programmes de santé

La suppression des frais liés aux soins obstétricaux d'urgence a beaucoup de ressemblance avec les autres formes d'interventions complexes. Le changement de politique peut prendre diverses formes et son introduction à grande échelle conduit à une mise en œuvre variable. La véritable réussite de la politique dépend des acteurs impliqués, mais aussi des facteurs spécifiques aux contextes locaux. Ces interactions imprévisibles surviennent avec la plupart des changements de politique de santé et les interventions d'acteurs non-étatiques et internationaux. Le développement d'une méthodologie d'évaluation rigoureuse de cette politique serait donc utile pour évaluer tout changement de politique.

En outre, les évaluations des politiques nationales de suppression des frais liés aux soins obstétricaux d'urgence peuvent aboutir à un débat international plus large concernant le recours aux frais de prestation des soins pour financer les soins de santé. La tarification des prestations des soins – paiement direct à l'acte par le patient au centre de santé – a toujours été une caractéristique du financement de la santé. Mais cette pratique est devenue beaucoup plus fréquente dans les systèmes de santé publique dans les pays en voie de développement vers la fin des années 1980. À l'époque, les arguments en faveur de cette politique de paiement à l'acte par les usagers étaient soutenus par le fait qu'elle réduirait l'utilisation abusive des services et aussi contribuerait à améliorer en vue de répondre au mieux aux besoins de services de santé au niveau des utilisateurs (Akin, Birdsall & de Ferranti 1987 ; Griffin 1988). Mais les évaluations rigoureuses des politiques d'exemption du paiement des soins ont fait défaut.

Les résultats de la recherche projetée et les méthodes développées au cours de l'étude pourraient être applicables aux autres politiques nationales de suppression des frais de soins de santé, et à d'autres changements de politique de financement de la santé. En particulier, les outils tels que l'approche de « *near miss* » (qui met l'accent sur les femmes qui ont survécu à de graves complications obstétricales afin d'évaluer les résultats et la qualité des soins), sont directement pertinents pour l'évaluation des autres programmes de soins d'urgence.

2.4 - Justification 4: besoin d'une meilleure synthèse et dissémination des résultats de la recherche sur la question aux décideurs

Il y a un intérêt grandissant des gouvernements et des organisations internationales sur la question de l'exemption du paiement direct des soins par les usagers. À titre d'exemple, en 2008, l'UNICEF a fait une consultation pour revoir sa politique de partage des coûts, en se basant sur des expériences nouvelles de réduction des frais de soins. Parmi ces organisations internationales figurent la Banque mondiale et l'OMS qui offrent aussi de plus en plus d'aides aux gouvernements pour réduire leur dépendance au paiement direct des soins par les usagers. Comment cela devrait-il fonctionner ? Comment protéger et en même temps améliorer la qualité des soins de santé ? Les réponses nécessitent des éléments de preuves de haute qualité sur les coûts, sur les mises en œuvre et leurs effets (au sens large). Ces éléments de preuve n'ont pas encore été recueillis de façon systématique.

Les politiques récentes en matière d'exemption des coûts en Afrique subsaharienne souffrent de certaines faiblesses dans leur conception, leur mise en œuvre et leur suivi. Parmi les multiples autres raisons qu'on pourrait identifier, l'accès limité aux données scientifiques et aux lignes directrices d'opérationnalisation de ces politiques constitue un des facteurs les plus importants. Cela est particulièrement vrai dans les pays d'Afrique francophones où les barrières linguistiques limitent l'accès à l'information. Par ailleurs en matière de connaissance, le succès des réformes politiques exige beaucoup plus que de simples consultations de livres ou de sites Web. Un partage équitable des connaissances est en fait nécessaire. L'acquisition de telles connaissances nécessite des échanges avec d'autres acteurs confrontés à des défis similaires, et qui auraient trouvé des solutions ingénieuses. Une des insuffisances de l'Afrique francophone de nos jours, est la faiblesse de processus d'apprentissage basés sur des stratégies différentes, mais semblables à celles des pays voisins.

Au cours des activités prévues, il est envisagé sur la base d'actions concrètes, une nouvelle méthode de synthèse et de communication – 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.

III - Objectifs du projet FemHealth :

Ils sont présentés sous forme d'objectifs généraux et spécifiques.

3.1 Les objectifs généraux du projet sont :

- (1) développer de nouvelles approches méthodologiques pour l'évaluation des interventions complexes dans les pays à faible revenu
- (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 du paiement direct des soins pour l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence sur les indicateurs de santé maternelle et néonatale et la qualité des soins ;
- (3) améliorer la dissémination des résultats de recherche auprès des décideurs et d'autres acteurs.

3.2 Les objectifs spécifiques comprennent entre autres :

1. Développer des méthodes avancées pour l'évaluation des interventions complexes impliquant divers niveaux du système de santé et réalisées sur une grande échelle. L'innovation porte sur les domaines suivants :
 - a. L'élaboration d'un outil de mesure de mise en œuvre de politiques qui décrit les interventions en termes de leur adhésion aux objectifs initiaux, leur éventuelle portée et leur pénétration ;
 - b. Le développement de méthodes novatrices pour l'analyse de politique de santé, en mettant l'accent sur les dynamismes internes d'un changement de politique et comment la politique est transférée, aux niveaux national, régional aussi bien qu'international ;
 - c. L'élaboration d'un modèle comparatif d'étude basé sur une évaluation réaliste qui met l'accent sur la pertinence et la crédibilité de l'effet de l'intervention plutôt que sur la probabilité et qui fournit aussi 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 la qualité des soins.

2. Appliquer ces méthodes de recherche avancées pour évaluer l'impact, l'efficacité des coûts et les mécanismes d'exemptions du paiement direct des soins pour les accouchements, et particulièrement pour les soins obstétricaux d'urgence au Bénin, au Maroc, au Mali et au Burkina Faso ;
3. Piloter une nouvelle façon de synthétiser et de diffuser les résultats auprès des décideurs à travers un réseau qui va au-delà des quatre pays - 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.

Ces objectifs sont répartis en 9 Paquets d'Activités (PA). Les objectifs détaillés de chaque PA sont répertoriés ci-dessous.

3.3 Objectifs généraux des Paquets d'Activités (PA):

- Coordonner les travaux du consortium et synthétiser les résultats en relation avec les autres PA (PA1) ;
- 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 (PA 2) ;
- 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 réussite ou d'échec de la mise en œuvre de ces politiques (PA 3) ;
- Déterminer l'impact et l'efficacité de l'exemption du paiement direct des soins obstétricaux d'urgence sur la morbidité et 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 (PA 4) ;
- Disséminer les résultats de tous les PA de façon pertinente et établir une communauté de pratique régionale active concernant l'exemption des coûts pour certains soins dans le secteur de la santé (PA 5) ;
- 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 (PA6, 7, 8 et 9). Ces derniers PA seront réalisés dans les 4 pays d'intervention.

3.4 Objectifs de l'étude au Mali

L'objectif général de cette étude au Mali est de développer des approches et méthodologies afin d'évaluer l'impact de la politique de gratuité de la césarienne sur les systèmes locaux de santé, les indicateurs de santé et la qualité des soins.

En termes d'objectifs spécifiques, il s'agit de :

- Développer des outils sur les systèmes de santé, les indicateurs de santé, la qualité des soins en participant aux ateliers et en les testant au niveau national ;
- Produire de nouvelles connaissances sur l'impact de la politique de gratuité de la césarienne sur la santé maternelle et néonatale en utilisant les outils d'évaluation innovants et multidisciplinaires de collecte d'informations ;
- Travailler en étroite collaboration avec les décideurs politiques de niveaux national et régional à travers des activités de Communauté de Pratique (CoP) afin d'affiner les nouvelles connaissances ;
- Diffuser les résultats de l'étude au niveau national et régional en vue d'améliorer la mise en œuvre des politiques actuelles de gratuité des soins.

4 - Méthodologie générale de l'étude

Cette étude d'évaluation se base sur une approche multidisciplinaire. Elle implique quatre pays de l'Afrique que sont le Mali, le Burkina Faso, le Bénin et le Maroc. Chacun de ces pays a adopté la politique de gratuité de la césarienne ou la réduction de frais liés à sa pratique.

Au Mali les études seront menées sur 8 sites choisis dans 4 régions. Il s'agit des régions et formations sanitaires suivantes :

Région de Kayes: CHR de Kayes et CSRef de Nioro.

- Région de Sikasso: CHR de Sikasso et CSRef de Yorosso ;
- Région de Ségou: CHR de Ségou et CRSRef de Macina;
- Région de Mopti: CHR de Mopti et CSRef de Bandiagara;

5 – Stratégie générale de l'étude au Mali

Au Mali, cette étude d'évaluation de la politique de gratuité de la césarienne portera sur trois volets qui sont formulés sous forme de Paquets d'Activités (PA). Chaque PA traite d'aspects spécifiques de la thématique.

a. Analyse de la politique de santé, du financement des soins et de l'économie de la santé (PA 2)

La collecte de données de ce Paquet d'Activités (PA) sera réalisée par le biais d'interviews auprès des représentants et intervenants-clés nationaux du domaine de la santé maternelle et infantile et de son financement. Les intervenants cibles incluront probablement le Directeur National de la Santé, le Chef de la division Santé Reproductive, le point focal Césarienne, les Gestionnaires, le Ministère des Finances et du Budget, les partenaires techniques et financiers.

Au niveau de ce PA, il sera aussi question d'utiliser l'outil financier permettant de suivre les flux réels des ressources, et de faire l'évaluation des coûts de revient pour les soins de santé maternelle principale. Des enquêtes de structures auront lieu dans les 8 cercles, et une enquête sur la motivation du personnel sera réalisée auprès de 150-200 personnes de 4 CSRef et 4 CHR (incluant les directeurs de centre, des obstétriciens, des sages-femmes et des infirmières). Les femmes accouchées (césariées, accouchements normaux, accouchements compliqués) seront interviewées à leur sortie de l'hôpital pour connaître les coûts auxquels elles ont dû faire face.

b. Evaluation de l'impact sur le système de santé local (PA 3)

Le PA3 aura trois outils. POLIAS (The Policy implementation assessment) sert à vérifier le niveau de mise en œuvre de la politique. L'étude POEM (Policy Effects Mapping Study ou Cartographie des Effets de la Politique) se basera sur le modèle des 6 éléments essentiels⁴ 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 autres services. Elle sera réalisée dans 8 cercles.

Les études de cas (réalistes) seront réalisées dans 2 sites, par des équipes multidisciplinaires. Dans un deuxième temps, ces équipes seront impliquées dans l'analyse d'études de cas comparatives.

c. Evaluation de la qualité des soins et des indicateurs de santé (PA 4)

1. Objectifs

- a. Déterminer si la gratuité de la césarienne a contribué à l'augmentation du taux de césarienne et à la baisse des besoins obstétricaux non couverts
- b. Déterminer l'incidence des near-miss maternels et néonataux, et les besoins obstétricaux non couverts au niveau du district
- c. Déterminer le délai des césariennes en urgence et la qualité de la prise en charge de tous les accouchements (césariennes incluses)
- d. Déterminer l'incidence des near-miss maternels et néonataux, des décès périnataux et maternels, et des césariennes au niveau des hôpitaux
- e. Déterminer si la gratuité a bénéficié de façon équitable aux différents groupes socio-économiques

2. Type d'étude

- a. Pour l'objectif a, il sera fait une étude rétrospective
- b. Pour les objectifs b, c et d, une étude prospective sera faite
- c. Pour l'objectif e, une analyse secondaire de données se fera à partir d'études transversales

⁴ Les six éléments essentiels sont :

- la prestation des services ;
- le personnel de santé ;
- les systèmes d'information et des connaissances sur la santé ;
- les produits médicaux, vaccins et les technologies ;
- le financement de la santé ;
- le leadership et la gouvernance. (Contact. 2010. Renforcement du système de santé: focalisation sur les ressources humaines pharmaceutiques. No 189 janvier – mars)

3. Étude prospective :

- a. Sites : 6 sites (dont 3 hôpitaux régionaux – Ségou, Sikasso et Mopti – et 3 CSRef – Ké-Macina, Yorosso et Bandiagara)

Durée de collecte de données : un recueil de données de 6 mois permettra d'obtenir 208 césariennes à Mopti, 82 à Bandiagara, 263 à Ségou, 58 à Macina, 383 à Sikasso et 40 à Yorosso. Il est attendu à ce qu'au moins la moitié des césariennes soient des cas near-miss. L'objectif est de recueillir un minimum de 20 near-miss dans chaque site, dans certains CSRef ceci nécessitera peut-être une collecte de données plus longue.

Population cible : toutes les femmes near-miss, nouveau-nés near-miss, mort-nés, décès néonataux inter-hospitaliers, et toutes les césariennes/laparotomies (qui incluent les indications maternelles absolues) du 1^{er} août 2012 au 31 janvier 2013. **Une near-miss maternelle est une femme qui a failli mourir, mais a survécu à une complication pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours après la terminaison de la grossesse grâce à une prise en charge dans les structures de soins.** Nous utilisons deux définitions des near-miss maternels : la définition développée par l'OMS (de Souza et al. 2010), et la définition développée dans une étude multicentrique (Sahel et al. 2006). Le near-miss néonatal est un concept moins développé que celui des near-miss maternels, dont la définition sera basée sur les critères préliminaires proposés par l'OMS. Les définitions des indications maternelles absolues des césariennes/laparotomies sont celles proposées par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (référence – Vincent De BROUWERE).

Stratégie d'échantillonnage : Un recensement de tous les cas de la population cible pendant six mois. Un échantillon d'accouchements qui ne répondent pas aux critères de la population cible (dont des accouchements normaux et moins compliqués) sera également sélectionné. L'échantillonnage sera systématique. Pour chaque accouchement répondant aux critères de la population cible, nous échantillonnerons l'accouchement suivant n'ayant aucun critère de la population cible.

Collecte de données : Dans chaque hôpital régional ou CSRef, 2 sages-femmes seront sélectionnées pour identifier tous les cas appartenant à l'échantillon et pour remplir le questionnaire, et un médecin (gynécologue ou médecin à tendance chirurgicale) supervisera la collecte de données. Un médecin de l'équipe de recherche de MARIKANI visitera chaque établissement de santé tous les deux mois afin de s'assurer de la qualité des données (valider les cas appartenant à la population cible, l'échantillonnage des accouchements normaux et moins compliqués et l'extraction des données à partir des dossiers médicaux).

4. Étude rétrospective :

Sites : 8 districts sanitaires (Ségou, Macina, Mopti, Bandiagara, Sikasso, Yorosso, Kayes, Nioro)

Durée de collecte des données : Une étude faite en 1998 a calculé les taux suivants d'interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA). Entre 1998 et 2011, il est estimé au moins un doublement de ce taux. Pour mesurer cette différence avec une puissance de 80% et un niveau de signification de 95%, il faut une taille minimum d'échantillon entre 4215 et 12718 naissances attendues. En 2011, les huit districts ont eu un nombre d'accouchements suffisant pour mesurer un doublement du taux d'IOM pour IMA.

Tableau 1: Taux d'IOM pour IMA, 1998

	Naissances attendues	IOM	Taux d'IOM pour 1000
Kayes	17923	83	4,6
Nioro	13643	3	0,2
Sikasso	20638	206	10,0
Yorosso	6547	21	3,2
Ségou	23245	155	6,7
Macina	9444	17	1,8
Mopti	15508	93	6,0
Bandiagara	10975	34	3,1

Population cible : toutes les interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues. Les interventions majeures sont les césariennes, hystérectomies, laparotomies, version extraction, craniotomies. Les indications maternelles absolues sont les ruptures utérines, les présentations transversale/front/face, les disproportions feto-pelviennes, les pré-ruptures utérines, les hémorragies ante-partum, les hémorragies post-partum, et les hémorragies sévères.

Stratégie d'échantillonnage : Toutes les IOM pour l'année 2011 seront recensées, en répertoriant la provenance de la femme et l'indication des césariennes.

Collecte de données : une équipe constituée d'un médecin de MARIKANI, une sage-femme externe, un médecin externe, deux sages-femmes de l'établissement, et le médecin superviseur de l'établissement. L'équipe externe se déplacera au niveau des huit sites. Il est estimé qu'une semaine sera suffisante pour la collecte de données dans chaque établissement.

5. Analyses secondaires de données :

Source des données : Une analyse secondaire des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) du Mali de 2001, 2006 et si possible, 2012 sera faite. Il en sera de même de la base de données de l'étude des besoins obstétricaux non couverts pour les IOM au Mali (Litt et al. 2000). Les EDS sont des études représentatives au niveau national et régional, et permettent de comparer les taux de césarienne entre différentes années et différents groupes socio-économiques.

Variables d'intérêt : Les EDS permettent d'obtenir le lieu et le mode d'accouchement pour les naissances des cinq dernières années, ainsi que plusieurs variables socio-économiques au niveau individuel et des ménages. Ces variables permettent de construire un index de pauvreté pour notre analyse.

Analyse statistique : les données des trois EDS seront combinées pour permettre une analyse des tendances du taux de césarienne dans le temps et dans différents groupes socio-économiques, en comparant avant et après l'introduction de la politique de gratuité.

6. Traitement des données

Saisie des données : pour l'étude prospective et rétrospective, les données seront saisies sur des questionnaires en papier, qui seront ramenés au bureau après validation par le médecin de MARIKANI. Les données seront enregistrées avec la méthode de double saisie. Le logiciel *CSPRO* sera utilisé à cet effet. Les deux bases de données obtenues seront ensuite comparées afin de minimiser les erreurs de saisie. Les informations qui permettent d'identifier les patientes (nom et prénom de la femme et du mari) ne seront pas saisies dans la base de données, et les questionnaires seront sécurisés afin de protéger la confidentialité des dossiers.

Analyse des données : Les données saisies seront analysées grâce aux logiciels *SPSS* et *Stata*. La saisie des données se fera en continue, pour permettre des analyses intermédiaires régulières et de finaliser les syntaxes pour la production des résultats à la fin de la collecte. La durée de la collecte pourra ainsi être ajustée à la taille de l'échantillon désiré.

7. Présentation des résultats

Rapports scientifiques : un rapport sera produit pour chaque étude (prospective, rétrospective et analyse des EDS).

Résumés : les résultats-clé seront présentés sous forme de résumés ou de dépliants, pour faciliter la diffusion au grand public.

Rétro-informations pour les établissements : les indicateurs-clé pour chaque site seront restitués au personnel de l'établissement au moyen d'une fiche sommaire. Il est également prévu une réunion des prestataires de santé au niveau national.

Dissémination des résultats au niveau international :

La dissémination se fera au niveau national. La Communauté de Pratique (CoP) sera utilisée pour une large diffusion des résultats. Différentes tribunes seront choisies pour les présenter. Les résultats seront mis en ligne sur les sites du Ministère de la Santé du Mali, de l'Union Européenne, et sur celui du projet FEMHealth à l'Université d'Aberdeen.

Les techniques de collecte de données

Les principales techniques de collecte de données pour l'ensemble des P.A sont les approches qualitative et quantitative à travers l'utilisation de différents outils (voir tableau pages 23-25 qui suivent). Les entretiens approfondis seront enregistrés au moyen d'un enregistreur numérique. Ces entretiens seront transcrits avec WORD. Ils seront exploités à l'aide du logiciel NVIVO pour analyse. En plus des guides de collecte d'informations qui sont élaborés, la technique d'observation participante sera aussi utilisée dans les structures de santé. Cette dernière technique pourrait nous permettre d'enrichir ou de pallier aux quelques insuffisances qui peuvent résulter de l'utilisation des guides d'entretien.

Catégories de personnes de l'étude

Les Directeurs régionaux de santé (DRS), les médecins-chefs, les responsables des blocs opératoires, les sages-femmes maîtresses, les gestionnaires des Districts sanitaires (DS) constituent l'essentiel des personnes devant être interviewées au cours de ces études. Le critère d'ancienneté dans les structures (de santé et d'administration) est un critère déterminant. Ce critère se justifie par le fait de pouvoir obtenir des informations auprès de personnes capables d'apporter des témoignages sur la période avant et après la mise en œuvre de la politique de gratuité.

Instruments de collecte de données

Tableau résumé: les outils de recherche FEMHealth

	Outil	Niveau	Sujets principaux	La méthode de collecte des données	Paquet de Travail responsable
1	Guide d'entretien avec les acteurs nationaux et régionaux	Acteurs au niveau national, régional, et international	<p>Introduction de la politique. Perceptions sur comment la politique a été mise en place et comment elle marche.</p> <p>Mise en œuvre réelle de la politique comparée aux documents officiels</p> <p>éléments du contexte politique nécessaires pour que la politique soit réalisée et effective.</p> <p>Echange entre les acteurs nationaux, régionaux et internationaux sur la politique</p>	Discussion structurée avec des informateurs clés	PA2 <i>(politique)</i>
2	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)	<ol style="list-style-type: none"> 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	PA2 (financement de la santé)
3	Le coût du paquet de soins <i>Costing</i>	Les établissements de santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Admissions dans les services 2. Coûts unitaires de production 	Basé sur des entretiens et un échantillon de dossiers médicaux	PA2 (financement de la santé)
4	Les entretiens de sortie <i>Exit interviews (EI)</i>	Clients	<ol style="list-style-type: none"> 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	PA2 (financement de la santé)
5	L'enquête sur la motivation du personnel de santé	Personnel de santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personnel de santé et leur charge de travail 2. Les horaires de travail 	Enquête structurée (avec quelques questions	PA2 (financement de la santé)

	Outil	Niveau	Sujets principaux	La méthode de collecte des données	Paquet de Travail responsable
	<i>Health worker incentive survey (HWIS)</i>		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	ouvertes)	
6	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 structurée avec des informateurs clés Revue documentaire (pour la triangulation) Extraction de données de routine	PA3
7	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	PA3
8	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 PA pour la triangulation.	PA3
9	Instrument quantitatif sur les near-miss, les césariennes et sur la qualité des soins	Femmes et bébés	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	Dossiers médicaux et registres de femmes hospitalisées en maternité (accouchements normaux, des	PA4

	Outil	Niveau	Sujets principaux	La méthode de collecte des données	Paquet de Travail responsable
			7. Les délais de prise en charge 8. La qualité des soins pour les césariennes 9. La qualité des soins pour toutes les femmes	near-miss, des césariennes)	
10	Grille d'observation dans les structures	Les établissements de santé	1. La qualité des soins pour toutes les femmes 2. La qualité des soins pour les césariennes 3. Les délais de prise en charge 4. La communication entre le personnel, les patientes et leurs accompagnantes 5. Ressources (humaines, matériaux, etc.)	Observation participative dans les hôpitaux et maternités	PA4 <i>(anthropologique)</i>
11	Guide d'entretien avec les femmes	Les établissements de santé / Communauté (Femmes, Clientes)	Perceptions de la qualité de soin Perceptions des coûts liés à l'accouchement à l'hôpital Connaissance de la gratuité de soins	Discussion structurée mais ouverte avec des femmes après leur retour à la maison	PA4 <i>(anthropologique)</i>

6 - Les niveaux de collecte d'information:

Ménages/communautés : des informations d'ordre général sont recherchées auprès des ménages par rapport à leur revenu, leur recours aux soins de santé, leur état de connaissance sur la politique de gratuité, leur perception par rapport à la gratuité de certains soins.

Cercles : les informations recherchées au niveau des districts sanitaires porteront sur la gestion de l'information par rapport à l'organisation des services et soins obstétricaux, le système de référence évacuation, le plateau technique de la structure de santé, le personnel (disponibilité et motivation)

National : les décideurs politiques sont ciblés pour recueillir des informations sur la mise en œuvre de la politique, son processus de développement, l'allocation des ressources, les réalités de mise en œuvre de la politique propre au Mali.

Organisation de la collecte de données

Les collectes d'informations seront effectuées par une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins, sociologues/anthropologues, et de démographes-statisticiens.

Les régions de Kayes, Sikasso, Mopti, et Ségou seront couvertes par l'étude.

Les collectes de données sont prévues pour démarrer en mi-juillet 2012. Elles s'étaleront sur une année pour l'ensemble des trois paquets d'activités.

Saisie des données et leur apurement

La saisie et la transcription des données commenceront une semaine après le début de la collecte des données. Elles se poursuivront au fur et à mesure de la collecte. L'apurement des données quantitatives suivra le même rythme que la saisie. L'avantage d'un tel procédé est d'obtenir une bonne qualité de données, puisque les corrections se feront dans un intervalle de temps relativement court qui autorise le retour aux enquêtés ou autre information dans un laps de temps relativement bref.

Les données qualitatives déjà transcrites seront exportées sous NVIVO. Ce logiciel est utilisé par les anthropologues des équipes de recherche. Il facilite le traitement et l'analyse des informations qualitatives.

7 - Analyse des données

Les analyses thématiques commenceront en février-mars 2013 et se poursuivront jusqu'à la fin de l'année 2013. Les premiers rapports sont attendus au premier semestre de cette même année. Le second semestre de l'année 2013 sera également consacré à la production du reste des rapports.

8 - Diffusion des résultats

La diffusion des résultats commencera à partir de juillet jusqu'en novembre 2013 selon un plan de dissémination. À cet effet, des activités de dissémination du genre ateliers, articles de presse, publication sur internet seront organisées. Ce travail sera fait à différents niveaux : national (Mali), régional (dans la sous région) et international.

Sur le plan national, cette diffusion d'information regroupera les acteurs concernés par la politique de la gratuité de la césarienne au Mali (entre autres les décideurs politiques, le personnel soignant, les chercheurs).

Au niveau régional, plusieurs membres du projet sont également en relation étroite avec des acteurs de la sous région. Ce partenariat représente un moyen important de diffusion des outils et des résultats. Dans la phase préparatoire, les bureaux régionaux de plusieurs organismes ont été consultés. Nous avons partagé avec eux la note conceptuelle sur la Communauté de Pratiques. Des rencontres ont été organisées avec plusieurs représentants notamment ceux de l'UNICEF, l'OMS-AFRO pour l'Afrique Occidentale et le bureau régional de l'UNFPA à Dakar. Toutes ces organisations ont exprimé leur intérêt à participer et éventuellement, à supporter financièrement la Communauté de Pratiques. Aussi, a-t-il été convenu avec le « Réseau Population et Santé de la Reproduction en Afrique » (qui regroupe onze établissements de formation basés en Afrique Occidentale francophone) qu'ils seront membres à part entière de la Communauté de Pratiques de FEMHealth. Des représentants de RPSRA participeront aux trois réunions internationales. Ils se sont engagés à intégrer les résultats de la recherche dans les différents cours qu'ils donnent au niveau régional (en étroite coordination avec la Banque Mondiale, l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF).

Au niveau international, les expériences menées en Afrique francophone et au Maroc auront un intérêt considérable pour les autres parties du monde. L'UNICEF à New York a exprimé un intérêt à tirer des enseignements des expériences de la gratuité sélective focalisée sur les femmes et les enfants. D'autres agences, comme Department for International Development (DFID), soutiennent déjà fortement les politiques nationales de gratuité des soins. Le tout nouveau Centre for Progressive Health financé au Royaume-Uni pourrait bien s'avérer être un partenaire utile et une belle vitrine pour le travail de FEMHealth. Les membres du consortium étant aussi des leaders mondiaux dans leur domaine de recherche, et auteurs de nombreuses publications dans les revues scientifiques, leur présence offre également de nombreuses opportunités de diffusion académique. Les articles seront soumis pour publication, notamment dans les journaux à "hauts impacts" scientifiques comme « The Lancet », « Social Science & Medicine », « Health Policy & Planning » et « Tropical Medicine & International Health », y compris ceux qui ciblent explicitement les décideurs politiques, comme « Health Policy & Planning » et « Reproductive Health Matters ». Un accent particulier sera mis sur la publication des résultats dans des journaux à accès libres et gratuits pour les intervenants en Afrique, notamment en publiant dans des revues académiques en français. En outre, des résumés seront soumis aux grandes conférences mondiales dans les domaines de la santé maternelle, la politique de santé et le financement des soins de santé. Le cas échéant, les articles seront rassemblés dans un livre.

9 - Implications éthiques de l'étude

Il convient de signaler que le projet FEMHealth portera sur la collecte de données primaires à travers des enquêtes, des entretiens approfondis et l'observation participante. Il portera également sur l'analyse secondaire des données relatives aux sujets humains. Cette étude prend en compte des données se rapportant aux humains 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). En aucun moment FEMHealth n'entreprendra de recherche biomédicale impliquant des traitements, des outils de diagnostic, des essais cliniques ou des tissus humains. L'étude consiste seulement en l'évaluation d'un programme existant, qui est la politique de gratuité sélective de certains soins de santé.

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 biomédicaux 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 Recherche sur les Sujets Humains (RSH),

les préoccupations doivent s'étendre au-delà du sujet de recherche pour inclure la communauté à laquelle il appartient.

Plusieurs principes directeurs ont été proposés pour réduire les préjudices potentiels des participants à la 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, la justice et l'intégration, les 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. Par rapport à cette dernière, le risque est généralement lié à l'exposition à une nouvelle intervention (prise d'un médicament, intervention chirurgicale, etc.). Pour la RSH, les participants sont confrontés à des risques qui vont au-delà de la relation patiente soignante et même du domaine médical. Nous pouvons définir des *domains* qui constituent des risques liés à la participation à une étude, notamment :

- Risque de détérioration de la relation patient-soignant incluant le risque de diminution de l'accès aux soins ;
- Risque de détérioration de la relation direction et gestion du personnel ;
- Risque de stigmatisation et d'atteinte à la vie privée et l'intégrité morale du sujet de recherche ;
- Risque de détérioration des liens de famille et de communauté du sujet de recherche ;
- Préjudices liés à la révélation d'informations sensibles ;
- Risque potentiel pour le groupe, la communauté ou l'organisation auxquels le sujet appartient ; et
- Risque potentiel que le processus de recherche ou les résultats s'interfèrent de manière inattendue aux relations de pouvoir.

Certains types d'étude ont été identifiés comme susceptibles d'impliquer un risque plus que minimal 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 de sexe ; etc.
- Les recherches qui impliquent des sujets que l'on ne peut atteindre qu'après autorisation d'une tierce personne.

Un des problèmes majeurs résultant des RSH dans les pays en 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 revenus moyens ou faibles. 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 locaux de recherche.

Questions à propos du 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 cela, sans conséquence. 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 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.

Questions sur la 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 et toutes autres informations qui pourraient 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 ou sa profession par exemple), un prestataire de soin 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.

Étant 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 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. La communauté pourrait 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. De petits gestes de motivation et compensations appropriés seront fournis.

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 PA 4 est responsable. 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. Si un chercheur constate un cas de corruption ou de dysfonctionnement qui pourrait la mettre en danger, il en discutera avec le prestataire de soins et expliquera clairement quelles pourraient en être les conséquences. Le moment choisi pour une telle discussion (avant ou après l'événement) dépendra du contexte.

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 la sortie de l'hôpital), si une participante présente un problème de santé grave ou urgent, elle sera recommandée à un praticien et le paiement du transport et des premiers soins seront assurés. Une procédure sera également mise en place pour recommander les femmes aux services appropriés, même si leur vie n'est pas directement en danger.

10 - les échantillons selon les paquets d'activités

DESCRIPTION OUTILS DU PA2	
Suivi des flux financiers (Financial flows tracking)	
Niveau	Mali
National	1
Régional	4
cercle	0
Hôpital	8

DESCRIPTION OUTILS DU PA2 (Costing)		
	Mali	Notes
CHR	4	150 cas par structure
HD	4	150 cas par structure
CSPS	2	90 cas par structure

DESCRIPTION OUTILS DU PA2			
ENTRETIENS À LA SORTIE (Exit interviews)			
	Nombre de Cas	Nombre de structures	Notes
CHR	321	4	All three types deliveries; total across all these facilities
CMA/HD	321	4	All three types deliveries; total across all these facilities
CSPSP	27	2	ND

DESCRIPTION OUTILS DU PA2		
ENQUÊTE AUPRÈS DES PRESTATAIRES (Health worker survey)		
	Nombre de Cas	Nombre de structures
CHR	119	4
CMA/HD	52	4
CSPS		
Total	171	

DESCRIPTION OUTILS DU PA3	
POLIAS/POEM quantitatif (Interviews de juin à septembre 2012)	
Fichiers Excel: rétrospectif, observation, prospectif, documents/formations)	
	unité
Cercle (administratif)	8
Hopitaux des sites sélectionnés	8

DESCRIPTION OUTILS DU PA3 POLIAS/POEM - EMEP/CEP Interviews (d'Août à novembre 2012)			
Evaluation de la mise en œuvre + Cartographie des effets de la politique			
Mali			
	NOMBRE	Nombre interviews	Cibles
Région	4	4	directeur régional
Cercle	8	8	Gestionnaire cercle
Hôpital du site	8	40	Médecin chef cercle (8), Directeur CHR (4), Gestionnaire CHR (4), Gestionnaire CSRef (4), Chef maternité (8), Sage-femme maitresse (8), Anesthésiste (8)
Centre Hospitalier Universitaire (CHU)			
Centre de santé (1 proche et 1 loin de l'hôpital de référence)	16	16	Chef de poste des CSCOM
Communauté	16	16	ASACO + conseil du cercle
SOUS-TOTAL POLIAS/POEM		84	

DESCRIPTION OUTILS DU PA3 POLIAS/POEM RE/ER - Evaluation Réaliste (de septembre à novembre 2012)			
Mali			
	Nombre	interviews	
Région (administration)			
Cercle	2	4	Médecin chef du cercle et son administrateur
Hôpital du site	2	16	Médecin responsable maternité, Sage-femme maîtresse, 2 SF qui travaillent à la maternité, responsable du bloc opératoire, Médecin autre service, 2 infirmières autres services
Hôpital de référence (CHR/CHU)			
Centre de santé			
Communauté			
SOUS-TOTAL EVALUATION REALISTE		20	

DESCRIPTION OUTILS DU PA3 (quantitatif et qualitatif)			
Mali			
POLIAS/POEM quantitatif (Interviews (d'Août à novembre 2012))			
Fichiers Excel: rétrospectif, observation, prospectif, documents/formations)			
	Nombre		
Districts/Zone/Cercle/Province ou préfecture (administratif)	8		
Hôpitaux des sites sélectionnés	8		
POLIAS/POEM - EMEP/CEP (Interviews de juin à septembre 2012)			
Evaluation de la mise en œuvre + Cartographie des effets de la politique			
	Nombre	interviews	Détails
Région/ Département (administration)	4	4	directeur régional
Districts/Zone/Cercle/Province ou préfecture (administratif)	8	8	Gestionnaire cercle
Hôpital du site	8	40	Médecin chef cercle (8), Directeur CHR (4), Gestionnaire CHR (4), Gestionnaire CSRef (4), Chef maternité (8), Sage-femme maîtresse (8), Anesthésiste (8)
Centre Hospitalier Universitaire (CHU)			
Centre de santé (1 proche et 1 loin de l'hôpital de référence)	16	16	Chef de poste des CSCOM
Communauté	16	16	ASACO + conseil du cercle
SOUS-TOTAL POLIAS/POEM		84	
RE/ER - Evaluation Réaliste (de septembre à novembre 2012)			
	Nombre	interviews	
Région (administration)			
Cercle	2	4	Médecin chef du cercle et son administrateur
Hôpital du site	2	16	Médecin responsable maternité, Sage-femme maîtresse, 2 Sages Femmes qui travaillent à la maternité, Responsable du bloc opératoire, Médecin autre service, 2 infirmières autres services
Hôpital de référence (CHR/CHU)			
Centre de santé			
Communauté			
SOUS-TOTAL EVALUATION REALISTE		20	

DESCRIPTION OUTILS DU PA4	
Qualitatif	
Mali	
Outils	DESCRIPTION
Observation à l'hôpital	
	Toute femme admise en soin pour accouchement. Les observations se concentreront sur les modalités de prises en charge au niveau des différentes salles, de l'entrée à la sortie de la parturiente; les paiements, de diverses natures, effectués par la femme et /ou son entourage; la communication établie entre personnel, patients et familles; la description des lieux, des ressources matérielles par rapport à leur impact sur l'expérience de l'accouchement.
Entretiens approfondis avec les femmes césarisées + femmes near miss	15 femmes césarisées + femmes near miss (à définir)
Entretien avec le personnel soignant	Prestataires qui sont intervenus dans la prise en charge des cas d'accouchement et de césarienne