



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 de financement	Projet de Collaboration Projet spécial de recherche internationale 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
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	Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation (CAREF)	Mali
7	Institut National d'Administration Sanitaire (INAS)	Maroc
8	Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS)	Burkina Faso

Table des matières

Liste des acronymes	5
Résumé.....	7
Introduction.....	9
1 Historique de la politique	9
2- Contexte et justification du projet international	10
2.1 Contexte scientifique.....	10
2.2 Justification de la recherche.....	10
3- Objectifs du projet au niveau international	14
Les objectifs globaux du projet international.....	14
Les objectifs spécifiques du projet international	14
Objectifs généraux de chaque PA au niveau international	15
4. Les objectifs du projet au Maroc.....	15
4.1. Objectif général	15
4.2 Objectifs spécifiques.....	15
5. Stratégie générale de recherche au Maroc.....	15
5.1. Cadre de l'étude	16
5.2. Durée de l'étude.....	17
5.3 Population à l'étude	17
5.4 Sources de données	18
6. Présentation détaillée des composantes de l'étude au Maroc.....	19
6.1. Politique de Santé, finance et économie.....	19
6.1.1. Volet finance et économie	19
a. Le suivi des flux financiers.....	19
b. Les entretiens de sorties	21
c. Les enquêtes sur l'incitation du personnel de santé	24

6.1.2 Volet 'politique de santé'	26
a- Objectifs	26
b- Modèle conceptuel	27
c- L'examen des documents	27
d- Interviews et observations.....	27
e. Méthode d'analyse	28
f. Equipe de collecte.....	29
6.2. Effets de la politique sur le Système Local de Santé (SLS)	30
a. Objectifs	30
b. Cadre analytique qui sous-tend la CEP et les études de cas réalistes	30
c. Méthodes.....	31
c.1 Devis d'étude.....	31
c.2 Collecte de données.....	32
c.3 Sélection des personnes interviewées	32
c.4 Organisation pratique de la collecte	34
Limites	35
Assurance-qualité	35
Outils de recueil de données.....	35
Personnes impliquées	36
6.3 Les indicateurs de santé et la qualité des soins	36
a. Objectifs	36
Objectifs spécifiques :	36
b. Cadre général d'analyse de l'étude.....	37
b.1 Etude basée sur les données secondaires (historiques) :.....	37
b.2 Etudes basées sur la collecte des données du terrain	37
c. Méthodes	38
Devis de la recherche.....	38
Sites de l'étude.....	38
d. Population étudiée	38
e. Stratégie d'échantillonnage	38
f. Collecte des données	38
g. Outil de collecte des données.....	41
h. Circuit de collecte des données	41
i. Analyse des données	43
j. Éthique	43
k. Note : Interaction du projet femhealth et Doctorat en santé publique de Dr ASSARAG Bouchra	44

7. Gestion, traitement et analyse des données des PA2, PA3 et PA4	45
8. Contrôle de qualité et limites de l'étude.....	46
9. Dissémination des résultats	47
10. Plan du travail.....	48
11. Considérations éthiques.....	49
11.1 Fiches.....	49
11.2 Questions sur la sécurisation des données	49
11.3 Minimisation des risques et de l'inconfort des participants.....	50
12. Budget	53
13. Considérations de genre.....	54
Références.....	55

Liste des acronymes

CEP	Cartographie des Effets de la Politique
CHP/P	CentreHospitalierProvincial/Préfectoral
CHU	CentreHospitalierUniversitaire
CdP	Communauté de Pratique
CSP	CentredeSanté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EMEP	Evaluation de la Mise en Œuvre de la Politique
DRC	Direction de la Réglementation et du Contentieux
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)
LSHTM	Ecole d'Hygiène et de Médecine Tropicale de Londres
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MGT	Management
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
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
RPM	Réseau pour la Prévention de la Mortalité Maternelle
RSH	Recherche sur les Sujets Humains
SLS	Système Local de Santé
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire

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

Résumé

Depuis quelques années, plusieurs pays en voie de développement, dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et plus spécifiquement les objectifs 4 et 5 ont proposé plusieurs stratégies parmi lesquelles figure l'exemption des frais de soins. Le projet sur « *l'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* » est un projet international qui regroupe quatre pays : le Bénin, le Burkina Faso, le Mali et le Maroc. Il vise à développer des méthodologies et des outils qui amèneront à de meilleures évaluations sur la mise en œuvre des politiques, à un renforcement de l'évidence scientifique et à une amélioration de la dissémination.

En ce qui concerne le Maroc, ce projet se focalise sur l'évaluation de l'impact de la politique de gratuité de la césarienne sur les résultats de santé et sur la qualité des soins à travers quatre volets :

- la politique de santé, le financement des soins et l'économie de la santé ;
- les systèmes locaux de santé ;
- la qualité des soins et les indicateurs de santé ;
- la diffusion des résultats.

L'étude au Maroc sera réalisée au niveau national, pour l'analyse de la politique et du financement de la santé et au niveau de six délégations sanitaires provinciale/prélectorales (DSP) pour les quatre volets.

Les critères retenus de sélection de ces sites sont l'accessibilité géographique (Rayon Moyen d'Action Théorique de la DSP dans laquelle se trouve l'hôpital de la DSP), l'indice de pauvreté de la DSP et l'utilisation des services (taux d'accouchements assistés dans la DSP et taux de césariennes de l'hôpital de la DSP). Nous avons eu recours à la classification ascendante hiérarchique en utilisant la méthode de Ward.

Les DSP retenues sont Boulmane, El Haouz, Ouarzazate, Settlat, Sidi Kacem et Tétouan. Au total 11 hôpitaux ont été inclus dans l'étude dont 5 hôpitaux provinciaux (1 dans chacune des provinces sélectionnées), 4 CHU de référence, et 2 CHR (Settlat et Kénitra pour Sidi Kacem).

La présente étude durera 36 mois, temps minimum nécessaire pour finir le programme de recherche incluant la préparation, le développement des outils, l'adaptation et la validation des outils (2011), la collecte des données (2012), l'analyse des données et la diffusion des résultats (2013).

Durant toute la durée de l'étude, nous participerons aux activités de la Communauté de Pratique (CdP) et aux ateliers d'harmonisation et d'orientation de l'étude au niveau international.

L'échantillonnage a été décliné en tenant compte des spécificités de chaque volet :

Le volet *Politique de santé, financement des soins et économie de la santé* l'échantillon est composé des 6 hôpitaux, pour le calcul des coûts de prise en charge de la femme enceinte à la charge de l'hôpital ainsi que pour l'estimation du financement de la politique et du secteur santé. Un échantillon d'une taille de 669 patientes sera interrogé sur l'ensemble des sites (entretien de sortie) pour tenter de saisir l'impact de la politique sur les dépenses des ménages. En ce qui concerne

l'entretien de motivation du personnel, l'échantillonnage sera randomisé par rapport aux catégories professionnelles.

L'*étude socio anthropologique* menée auprès des détenteurs d'enjeux pour cerner le processus d'élaboration et d'implantation de la politique sélectionnera des informateurs clés selon la technique de boule de neige. Environ 20 enquêtés seront retenus. Il s'agit des représentants des organismes internationaux locaux, des organisations bilatérales telles que les donateurs, les agences gouvernementales, les ONG, les chercheurs et les consultants indépendants, impliqués dans la politique de gratuité.

En ce qui concerne le volet *Système local de santé*, les données de l'EMEP (Evaluation de la Mise en Œuvre de la Politique) et la CEP (Cartographie des Effets de la Politique) seront collectées dans les six DSP sélectionnées. Pour les études de cas réalistes, 2 DSP seront sélectionnées après analyse des résultats préliminaires de la CEP.

Pour le volet *Qualité des soins et indicateurs de santé*, au moins 30 cas de *near miss* ou de césarienne seront identifiés durant la période d'observation. Ces cas serviront de base pour mener des entretiens approfondis avec les femmes, pour saisir la perception des obstacles à la qualité des soins hospitaliers. De plus, tous les cas de *near miss* des provinces sélectionnées seront identifiés durant l'année 2012 pour mesurer l'incidence.

Introduction

Selon un consensus croissant, la santé maternelle ne peut être améliorée que par le biais des politiques et programmes qui combinent les interventions visant à s'attaquer aux facteurs défavorables aux états de santé et qui ciblent de multiples groupes.

Ces politiques et programmes sont complexes dans leur nature car ils impliquent la coordination entre les différents niveaux du système de santé et les multiples acteurs, y compris les communautés, les professionnels de santé et les gestionnaires. L'abolition du paiement des soins pour les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence (SOU) est une de ces politiques qui a été introduite par plusieurs pays africains dans le but d'améliorer l'accès aux soins et ainsi améliorer les résultats de santé maternelle et néonatale. Cependant, les données probantes concernant l'impact de cette politique ne sont pas encore disponibles et bien développées, en partie en raison des modèles d'évaluation qui ne sont pas capables de saisir toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées.

Cette proposition vise à réduire cet écart en développant des méthodologies de recherche et des outils qui amèneront à de meilleures recherches sur la mise en œuvre des politiques, à un renforcement de l'évidence scientifique et à une amélioration de la dissémination.

Cette recherche est menée par quatre pays africains, trois de ces pays se situent en Afrique de l'Ouest francophone, il s'agit du Bénin, du Burkina Faso et du Mali et un se trouve au Maghreb à savoir le Maroc. Ce document constitue la proposition méthodologique du Maroc ; il rappelle en premier lieu comment la politique de la gratuité a évolué au cours de ces dernières décennies, puis il expose le cadre méthodologique des différentes études envisagées. On y trouve également les engagements éthiques qui accompagneront le recueil et le traitement des données.

Après avoir présenté l'historique de la politique de gratuité au Maroc, le protocole présente la raison d'être du protocole international, les objectifs du projet au niveau international, les objectifs de l'étude au Maroc, la méthodologie, la composante éthique et le budget.

1 Historique de la politique

Depuis plusieurs années, la réduction de la mortalité maternelle est une priorité pour le gouvernement marocain. En 2008, le Ministère de la Santé a développé un plan d'action spécifique sur 4 ans (2008-2012) (plan d'action ministère de la Santé 2008-12) pour accélérer ce processus. La gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau des établissements publics a été la première mesure prise dans le cadre de ce plan d'action. Cette gratuité inclut également la gratuité du transport entre les structures publiques pour les soins obstétricaux d'urgence, l'amélioration de la disponibilité et l'accès gratuit aux médicaments, aux kits d'accouchement et aux transfusions sanguines pour les accouchements dans les structures publiques.

En 2009, le Ministère de la Santé a mobilisé un budget additionnel de près de 13 millions d'Euros pour appliquer les décisions liées à la gratuité. Le suivi des taux de césariennes et d'accouchements ainsi que d'autres indicateurs de processus permettent d'évaluer la mise en œuvre de cette politique. Néanmoins, il n'est pas prévu d'évaluer les facteurs qui influencent cette mise en œuvre, ni d'évaluer l'efficacité et l'impact de cette stratégie sur les systèmes et les indicateurs de santé.

Le projet FEMHealth vise à développer des méthodologies de recherche et des outils qui amèneront à de meilleures connaissances et évidences scientifiques sur l'impact de cette politique de gratuité sur la qualité de prise en charge de la mère et du nouveau-né. Ce projet de recherche est organisé en 9 paquets d'activités (PA).

2-Contexte et justification du projet international

2.1 Contexte scientifique

Pour être efficaces, les politiques de santé maternelle doivent consister en des faisceaux d'interventions travaillant à divers niveaux et visant simultanément plusieurs groupes cibles (Campbell & Graham 2006).

Les politiques de santé sont complexes dans leur nature car elles impliquent la coordination entre les différents niveaux du système de santé et les multiples acteurs, y compris les communautés, les professionnels de santé et les gestionnaires. La suppression du paiement des frais de soins pour les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence (SOU) est une de ces politiques qui a été introduite par plusieurs pays africains dans le but d'améliorer l'accès aux soins et ainsi améliorer les résultats de santé maternelle et néonatale. Cependant, les données probantes concernant l'impact de cette politique ne sont pas encore disponibles, en partie, en raison des modèles d'évaluation qui ne sont pas capables de saisir toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées.

Ce projet vise à réduire cet écart en développant des méthodologies et des outils qui amèneront à de meilleures évaluations sur la mise en œuvre des politiques, à un renforcement de l'évidence scientifique et à une amélioration de la dissémination.

2.2 Justification de la recherche

Justification 1. Il y a un besoin d'améliorer les méthodes pour évaluer l'impact et le 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). Les dernières instructions du Medical Research Council (MRC) définissent les interventions complexes comme contenant plusieurs composants interactifs, 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 travaillant à divers niveaux et visant simultanément plusieurs groupes cibles (Campbell & Graham 2006). De telles interventions groupées sont censées travailler grâce à des interactions synergiques vers l'atteinte d'un but, puisqu'elles sont complexes. En outre, les interventions visent à changer les pratiques de soins de santé en dirigeant ou en régulant le comportement des professionnels de santé et autres décideurs.

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 l'attribution (c'est-à-dire de pouvoir démontrer la relation de cause en 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 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 appréciés 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 au succès 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, incluant l'efficacité opérationnelle de la politique de santé.

Justification2. La suppression ciblée du paiement des frais des soins pour l'accouchement et la césarienne 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 de progrès.

En particulier, les frais de soins sont prohibitifs pour de nombreux ménages et empêchent les femmes d'obtenir des soins de qualité lorsque des complications surviennent pendant la grossesse ou l'accouchement (Borghi et al, 2003). Ceux qui y accèdent ont des difficultés importantes pour payer les frais d'hôpital 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.

La suppression des frais d'hôpital, une stratégie actuelle pour accroître l'accès et l'utilisation des SOU, a été introduite dans de nombreux pays africains (voir tableau 1), comme une stratégie de base visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale (Campbell & Graham, 2006). Peu de choses sont connues sur l'efficacité opérationnelle de ces politiques de suppression ciblée du paiement des frais de 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, l'insuffisance de soutien financier et quelques fois technique, au plan international a contribué à ce que peu de choses soient rigoureusement évaluées ou documentées et les leçons apprises jusqu'à présent ont été mitigées. Dans certains pays, on croit que la politique a eu un impact négatif sur l'utilisation des services, particulièrement parmi les pauvres. Par ailleurs la qualité des soins peut en souffrir davantage lorsque les recettes issues des prestations, minimales en valeur absolue mais importantes pour les structures, ont été perdues.

TABLE 1: QUELQUES REFORMES RECENTES 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
Lésotho	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 (respectivement)
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 publics	Février 2001
Zambie	Suppression des frais de soins au premier niveau de soin	Avril 2006 (rural) Jan 2007 (périurbain)

Source:adapté de Meessen 2009.

Justification 3. Les évaluations de la suppression du paiement des frais de soins pour les SOU généreront des outils et des leçons qui seront applicables et adaptables à d'autres programmes de santé

La suppression du paiement des frais de soins pour les SOU ressemble aux autres interventions complexes. Le changement de politique peut prendre des formes différentes, et son introduction à grande échelle conduit à une mise en œuvre variable. La réussite réelle de la politique dépend des personnes impliquées et des facteurs spécifiques aux contextes locaux. Des interactions imprévisibles

surviennent avec la plupart des changements de politique de santé et avec les interventions d'acteurs non-étatiques et internationaux. Le développement d'une méthodologie d'évaluation rigoureuse de cette politique de gratuité serait donc utile pour évaluer tout changement de politique.

En outre, les évaluations des politiques nationales pour supprimer le paiement des frais de soins pour les SOU peuvent nourrir le débat international plus large sur le recours au paiement des soins par les usagers pour financer les soins de santé. La tarification des frais de soins, paiement direct, par la patiente au poste de prestation a toujours été une caractéristique du financement de la santé, mais est devenue plus fréquente dans les systèmes de santé publique des pays en développement à la fin des années 1980. À l'époque, un nombre d'arguments ont été développés en faveur du paiement des frais de soins par les usagers ; par exemple, il réduirait l'utilisation abusive des services, il améliorerait la qualité et répondrait davantage aux besoins des services des utilisateurs (Akin, Birdsall & de Ferranti 1987 ; Griffin 1988).

Les résultats de cette recherche et les méthodes développées ici seront applicables aux autres politiques nationales de suppression des frais de soins et autres changements de politique de financement de la santé. Par exemple, 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 pour la santé et la qualité des soins), sont directement pertinents pour l'évaluation des autres programmes de soins d'urgence.

Justification 4. Il y a un besoin d'une meilleure synthèse et dissémination des résultats de recherche sur ce sujet pour les décideurs nationaux et internationaux

Il y a un intérêt grandissant des gouvernements et des agences internationales sur la question de l'exemption du paiement direct des frais de 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 frais de soins par les usagers. Comment ceci devrait être fait et comment protéger et améliorer la qualité des soins de santé dans le même temps, exige des éléments de preuves de haute qualité sur les coûts, sur les questions de mise en œuvre et leurs effets (au sens large). Ces éléments de preuve 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 pour 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 des livres ou des sites Web. Un partage équitable des connaissances est en fait implicite. L'acquisition de telles connaissances nécessite des échanges avec d'autres acteurs confrontés à des défis similaires et qui peuvent avoir trouvé des solutions pertinentes. Une importante occasion manquée aujourd'hui en Afrique francophone est l'échange et la communication d'expériences entre pays voisins sur des stratégies similaires.

Nous proposons une nouvelle méthode de synthèse et de communication des preuves à savoir une communauté de pratique qui encourage l'apprentissage interactif entre les décideurs, les organisations internationales, les chercheurs et entre les pays de la région.

3- Objectifs du projet au niveau international

Les objectifs globaux du projet international

Ils 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 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 de santé publique.

Les objectifs spécifiques du projet international

Ils comprennent :

1. **Développer des méthodes innovatrices** pour l'évaluation des interventions complexes impliquant divers niveaux du système de santé et effectuées sur une grande échelle. L'innovation porte sur les domaines suivants :
 - a. L'élaboration d'un outil de mesure de mise en œuvre de la politique qui décrit les interventions en termes de leur adhésion aux objectifs initiaux, leur éventuelle ampleur et leur couverture ;
 - b. Le développement de méthodes innovatrices pour l'analyse de 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 qu'international ;
 - c. L'élaboration d'un devis d'étude comparative, basé sur les principes de l'évaluation réaliste ;
 - d. L'utilisation d'événements graves (*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 innovatrices** pour évaluer l'impact, le coût-efficacité et les mécanismes d'exemption du paiement direct des soins pour les accouchements, et particulièrement pour les soins obstétricaux d'urgence au Bénin, au Burkina Faso, au Mali et au Maroc.
3. **Piloter une nouvelle façon de synthétiser et de diffuser les résultats** aux décideurs à l'aide d'un réseau qui s'étend au-delà des quatre pays - une Communauté de Pratique (CdP) - qui encourage l'apprentissage interactif entre les décideurs, les organisations internationales et les chercheurs et entre les pays de la région.

Ces objectifs seront répartis en 9 Paquets d'Activités (PA). Les objectifs détaillés de chaque PA sont répertoriés ci-dessous (voir les détails de chaque PA dans les tableaux spécifiques par PA).

Objectifs généraux de chaque PA au niveau international

- Coordonner les travaux du consortium et synthétiser les résultats en relation avec les autres PA (PA 1) ;
- Etablir un cadre de recherche pour l'évaluation des interventions complexes ; développer des méthodes innovatrices pour l'analyse des politiques de santé et de la recherche sur le financement en santé ; enfin mesurer l'évolution des coûts des services et les dépenses des ménages (PA2) ;
- Evaluer l'impact des politiques d'exemption sélective du paiement des frais de 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 (PA 3) ;
- Déterminer l'efficacité de l'exemption du paiement direct des frais de soins pour les SONU et évaluer les conséquences sur la qualité des soins en utilisant une approche centrée sur le concept d'événements near-miss en milieu hospitalier (PA 4) ;
- Disséminer les résultats de tous les PAs 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 (PA 5) ;
- Développer par pays des méthodologies pour évaluer les politiques sélectives d'exemption du paiement direct des frais de soins et spécifiquement leur effet sur le système de santé local, sur la santé des femmes et des nouveau-nés et sur la qualité des soins (PA 6, 7, 8, 9). Ces derniers PAs seront réalisés dans les quatre pays d'intervention. Le paquet d'activité au Maroc est le PA9.

4. Les objectifs du projet au Maroc

Au Maroc, les objectifs du paquet d'activités 9 (PA9) sont les suivants:

4.1. Objectif général

Développer des méthodes pour évaluer l'impact de la politique de gratuité de la césarienne sur les résultats de santé et sur la qualité des soins.

4.2 Objectifs spécifiques

- Participer à l'élaboration des outils innovateurs d'évaluation des effets de la politique de gratuité de la césarienne sur le système local de santé, les résultats de santé maternelle et néonatale et sur la qualité des soins
- Evaluer les effets de la politique sur le système local de santé et sur la santé maternelle et néonatale en utilisant les outils précédemment développés
- Evaluer la mise en œuvre de la politique de la gratuité au niveau du système local de santé
- Favoriser des interactions entre les décideurs, les chercheurs et les partenaires internationaux au niveau national et régional à travers les activités de la CdP
- Diffuser les résultats obtenus au niveau national et international afin d'améliorer la mise en œuvre des politiques actuelles et futures de la gratuité des soins

5. Stratégie générale de recherche au Maroc

Il s'agit d'une étude multicentrique, transversale et évaluative.

Au cours des dernières années, les quatre pays concernés par l'étude ont chacun mis en place une politique d'exemption/subside du paiement direct des frais de soins pour les césariennes et parfois aussi les accouchements normaux. Tous se sont fermement engagés à évaluer leurs réformes, mais aucun d'entre eux n'a encore fait d'évaluation complète de sa politique. C'est pourquoi ils ont été choisis pour participer à ce projet. Les chercheurs de ces pays travailleront en collaboration étroite avec des chercheurs impliqués dans trois PAs thématiques (PA2, PA3 et PA4) pour développer les outils, conduire la recherche, diffuser les résultats et adapter leurs outils à d'autres contextes.

Au Maroc, 4 PAs du protocole international seront développés à savoir les trois PAs thématiques (PA2 : aspects financiers & politique de santé, PA3 : système local de santé et PA4 : qualité des soins) et le PA 5 qui se focalise sur le développement d'une communauté de pratique.

Le **PA2** est axé sur la **politique de santé**, le **financement des soins** et **l'économie de la santé**. Le premier volet du PA2 concerne le financement des soins de santé, et implique (en théorie) la prise en charge des coûts des soins, jusque-là payés par les patients, vers le gouvernement. L'impact de la politique est intimement lié à l'efficacité des systèmes de financement. Il sera indispensable d'analyser les effets d'équité de la politique pour comprendre son succès ou son échec. Le deuxième volet « politique de santé » analysera la manière dont la politique a été mise en œuvre. Le troisième volet développera le cadre général d'analyse de causalité et aidera à synthétiser les résultats finaux de coût-efficacité des interventions. Les données de coût collectées dans ce PA seront ultérieurement combinées aux résultats des autres PAs pour calculer le coût-efficacité.

Le **PA3** concerne les **systèmes locaux de santé**. Il analysera à la fois les effets que cette politique a sur le système de santé lui-même et ce qui favorise sa mise en œuvre au niveau de la zone sanitaire. Le premier volet évaluera le degré de mise en œuvre de la politique dans les 6 provinces sanitaires. Le deuxième volet étudiera les effets de la politique sur le SLS dans les mêmes provinces sanitaires (effets sur les services hospitaliers). Le troisième volet approfondira l'analyse des mécanismes de mise en œuvre dans deux des six sites.

Le **PA4** 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 basés sur le concept d'événements *near miss* en milieu hospitalier seront adaptés et mis à l'essai. Ils permettront de déterminer l'efficacité de l'exemption directe du paiement des frais pour les SONU et d'évaluer les conséquences sur la qualité des soins.

Le **PA5** comporte deux parties. La première appelée « Communauté de Pratique (CdP) » 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 leurs expériences. La CdP est en elle-même une innovation que nous allons évaluer. La seconde partie, après validation des résultats de recherche par le niveau national, est une dissémination scientifique de ces résultats au niveau national et international en collaboration avec tous les autres partenaires.

5.1. Cadre de l'étude

L'étude au Maroc sera réalisée à trois niveaux:

- Au niveau national pour l'analyse de la politique et du financement de la santé (PA2)
- Au niveau régional pour l'évaluation de la mise en œuvre de la politique et la cartographie de ses effets

- Au niveau de six délégations sanitaires provinciales (DSP) sélectionnées de la manière suivante. Les critères retenus sont l'accessibilité géographique (Rayon Moyen d'Action Théorique de la DSP dans laquelle se trouve l'hôpital de la DSP), l'indice de pauvreté de la DSP et l'utilisation des services (taux d'accouchements assistés dans la DSP et taux de césariennes de l'hôpital de la DSP). Nous avons eu recours à la classification ascendante hiérarchique en utilisant la méthode de Ward. Cette méthode de classification en général permet d'obtenir des groupes d'individus les plus hétérogènes possibles et dans lesquels les individus sont les plus homogènes possibles suivant les critères de discrimination ou de comparaison. Le logiciel utilisé pour réaliser cette classification est le logiciel SPAD 5. Pour des raisons de comparaison, nous avons choisi le partitionnement en 3 classes afin de choisir 2 DSP au plus dans chaque classe.

Par ailleurs le choix des DSP a tenu compte des critères d'inclusion à savoir : DSP de plus de 150.000 habitants, hôpital de la DSP réalisant au moins 50 césariennes/an avant la politique de gratuité et DSP située à une distance inférieure à une journée en voiture entre l'INAS et la DSP, et de préférence avec une 'baseline' (étude réalisée avant la mise en place de la politique de 'gratuité' de la césarienne).

Les DSP retenues sont :

- Tétouan et Settat, classe 4 : bonne utilisation, population moyennement concentrée et indice de pauvreté moyen (en cas de référence, les femmes de Tétouan sont envoyées au CHU de Rabat et les femmes de Settat au CHU de Casablanca).
- Al Haouz et Ouarzazate, classe 3 : utilisation très faible, population très dispersée et indice de pauvreté élevé (en cas de référence, les femmes de Al Haouz et de Ouarzazate sont envoyées au CHU de Marrakech).
- Boulmane et Sidi Kacem, classe 2 : utilisation faible, population concentrée et indice de pauvreté élevé (en cas de référence, les femmes de Sidi Kacem sont envoyées au CHR de Kénitra et/ou éventuellement au CHU de Rabat et celles de Boulmane CHU de Fès).

Au total 11 hôpitaux ont été inclus dans l'étude dont 5 hôpitaux provinciaux (1 dans chacune des provinces), 4 CHU de référence, et 2 CHR (Settat et Kénitra pour Sidi Kacem). A noter que plusieurs études sur les besoins obstétricaux non couverts ont été réalisées dans la province d'Al Haouz (1989, 2003, 2005, 2007) et que toutes les autres provinces ont des données de base BONC de 1989 ainsi qu'un monitoring des SOUC depuis 2004. A Tétouan et à Sidi Kacem, une étude sur les cas de near miss s'est déroulée de 1998 à 2001. Enfin, nous disposons aussi des travaux d'étudiants de maîtrise sur la perception de la gratuité par la population et les professionnels de la province de Settat (Bewili 2010) et sur le coût de la césarienne pour les familles dans 3 hôpitaux de Fès (Bennis 2010).

5.2. Durée de l'étude

La présente étude durera 36 mois, temps minimum nécessaire pour finir le programme de recherche incluant la préparation, le développement des outils, l'adaptation et la validation des outils (2011), la collecte des données (2012), l'analyse et la diffusion des résultats (2013).

Durant toute la durée de l'étude, nous participerons aux activités de la CdP et aux ateliers d'harmonisation et d'orientation de l'étude au niveau international.

5.3 Population à l'étude

Elle concerne:

- La population ciblée par la politique : les femmes ayant subi une césarienne et leurs nouveau-nés sans ou avec complication, pris en charge dans chacun des onze hôpitaux précédemment cités pendant la période de collecte;
- La population non ciblée par la politique:
 - Groupe Mère-enfant : les femmes enceintes, les femmes ayant accouché normalement et celles avec complication n'ayant pas nécessité de césarienne;
 - Autres groupes : Personnes ayant subi une intervention chirurgicale d'urgence pour appendicite, occlusion, traumatisme ; Personnes hospitalisées pour complication du diabète, cardiopathie ; consultations externes pour diabète, hypertension ; Personnes ayant subi une intervention chirurgicale non urgente (hernie inguinale, lithiase vésiculaire).
- Les prestataires de soins intervenant dans les structures sélectionnées (médecins et sages-femmes);
- Les membres de l'équipe de gestion et les chefs de services concernés de l'hôpital ;
- Les responsables administratifs et financiers des hôpitaux sélectionnés ;
- Les membres de l'équipe cadre de la province/préfecture ;
- Le Directeur Régional de la Santé, le chef de service santé publique au niveau régional (programme Santé de la Mère et de l'enfant) ;
- Les représentants de la communauté dans le comité technique local ;
- Les acteurs clés du financement du secteur santé (Ministère de l'Economie, des Finances et de la Privatisation, ONG, Ministère de la Santé, et Partenaires techniques et financiers) ;
- Les points focaux de la politique de gratuité (DHSA et DPRF).

5.4 Sources de données

Elles comprennent :

- Les personnes interviewées ;
- Les registres des services hospitaliers ;
- Les dossiers des patients appartenant à la population à l'étude ;
- Les rapports annuels des hôpitaux des DSP sélectionnées ;
- Les rapports financiers des hôpitaux des DSP sélectionnées ;
- Les rapports d'audits financiers (internes ou externes) ;
- Les banques de données secondaires nécessaires à l'étude de type EDS et SNIS ;
- Les documents nationaux ayant trait à la politique d'exemption des frais.
- Outils de collecte de données
- Les méthodes de collecte sont précisées au point 6 pour chaque paquet d'activité.

En résumé les outils sont :

- Le questionnaire pour les patientes ou accompagnants ;
- Le guide d'entretien pour le personnel de santé;
- Le guide d'entretien approfondi pour les informateurs clés (responsables administratifs et financiers, les responsables des organismes internationaux résidents, les ONGs etc.)
- Le guide d'entretien pour les acteurs clés du financement du secteur santé ;
- Les guides d'entretiens semi-structurés avec les points focaux en charge de la gestion de la gratuité (DHSA, DPRF);
- Les guides d'entretiens semi-structurés avec les informateurs clés ;
- Les grilles d'observation ;

- Les fiches d'extraction de données ;
- Les fiches de dépouillement/collecte pour les aspects coût, financement et épidémiologie.

6. Présentation détaillée des composantes de l'étude au Maroc

6.1. Politique de Santé, finance et économie

Ce paquet d'activités se partage en deux volets : le volet finance et économie et le volet politique de santé.

6.1.1. Volet finance et économie

Les objectifs de ce volet au Maroc sont:

1. Contribuer au développement des méthodes innovantes sur le financement de la santé au Maroc, en mettant l'accent sur les outils pratiques qui permettent d'évaluer l'impact de la politique de gratuite sur les structures de santé, les personnels de santé et les parturientes.
2. Mesurer l'évolution des coûts des services de santé et les dépenses des ménages, ainsi que les comportements des personnels de santé suite à la mise en œuvre de la politique de gratuité.

Les informations sur les coûts et le financement associées à celles recueillies par les autres PAS permettra d'obtenir des données sur le rapport coût-efficacité.

Quatre outils de recherche ont été développés. Il s'agit d'outils permettant :

1. le suivi des **flux financiers**
2. l'examen de l'**impact** de la politique sur les **dépenses des ménages**,
3. l'analyse de la **motivation** du personnel de la santé.

Pour la collecte des données sur l'économie et le financement, un dépouillement des registres, des dossiers des femmes reçues ayant accepté de participer à l'étude, des rapports annuels des hôpitaux et des DSP sélectionnées, et des rapports financiers et d'audits financiers des hôpitaux des DSP sélectionnés sera fait à l'aide de fiches de dépouillement respectivement élaborées à cet effet.

a. Le suivi des flux financiers

L'outil de suivi des flux financiers, qui s'appuie sur une étude développée par la Banque Mondiale sur la traçabilité des dépenses publiques permettra (a) d'analyser les flux financiers, d'identifier les sources de financement des soins dispensés afin d'évaluer si le financement est adéquat à l'utilisation des soins dispensés, et (b) d'identifier les obstacles ou les retards.

a.1 Objectifs

Le suivi des flux financiers (SFF) vise à analyser comment les ressources sont allouées et utilisées pour la politique, et comment ils affectent le fonctionnement des hôpitaux.

A cet effet, l'étude vise à répondre aux questions suivantes :

- Combien coûte la politique ?
- Comment est-elle financée ? Est-ce que les sources de financement sont pérennes ?
- Comment les fonds, les équipements et les autres ressources sont-ils alloués et distribués ?
- Sont-ils suffisants pour répondre aux besoins de la population ciblée ?
- Sont-ils parvenus aux hôpitaux comme prévu ?
- Quel est l'impact de la politique sur la performance financière de l'hôpital ?

a.2 Méthodes de collecte de données

L'outil de collecte des données sur le suivi des flux financiers utilise des questionnaires structurés (Annexe1) pour recueillir des informations provenant des dossiers conservés au niveau de l'administration centrale du ministère de la santé (DHSA, DPRF et DA) et au niveau de six établissements hospitaliers publics des sites sélectionnés afin d'évaluer :

- Les dépenses globales de la politique ;
- Le financement de la politique dans le contexte du financement globale de la santé ;
- Le respect des délais de virement de la subvention et de fourniture des équipements ;
- La répartition entre les différents types d'hôpitaux ;
- Les dépenses selon les différents types de structures;
- La logistique liée à la politique au niveau national et structurel ;
- La dépense moyenne pour chaque césarienne et accouchement par type d'établissement ;
- La contribution globale aux revenus des établissements de santé ;
- La comparaison entre le financement des services de santé maternelle avant et après la mise en œuvre de la politique de gratuité;
- Les changements dans les intrants de services (personnel, médicaments, etc.)

Ces données sur le suivi des flux financiers seront recueillies sur une période de deux mois. Elles porteront de façon rétrospective sur les années 2008, 2009, 2010 et 2011. Ceci permettra de retracer l'évolution temporelle des flux financiers alloués à la politique de gratuité, d'analyser les besoins de financement de la politique, ses sources de financement et sa durabilité à long terme.

La collecte et la saisie de données sera supervisée par le chercheur responsable du PA2 (CB). La collecte durera maximum deux mois et débutera en février. La saisie se fera en même temps que la collecte par le chercheur. Une vérification préliminaire et une analyse se fera lorsqu'ils seront sur le terrain afin de s'assurer que les anomalies et les erreurs sont corrigées au plus tôt.

a.3 Analyse des données

Les données seront saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel. Les résultats attendus de l'analyse des données sont :

- Les informations au niveau national
 - Dépenses spécifiquement liés à la santé maternelle par habitant et par année ;
 - Coût moyen par césarienne.
 - Coût moyen par accouchement.
 - Dépenses totales de santé par habitant, par année.
- Les informations au niveau des établissements hospitaliers
 - Les soldes des établissements de santé ;
 - Les tarifs pour les accouchements normaux et les césariennes, par établissement de santé, avant et après la politique ;
 - Recettes provenant des accouchements (avant la politique) en tant que % du total des recettes des établissements de santé ;
 - La relation, avant la politique de gratuité, entre les tarifs et les coûts réels (actes, médicaments), les accouchements normaux et césariennes (là où les informations relatives aux coûts sont disponibles) ;
 - Le % des revenus et des dépenses provenant de différentes sources, selon les établissements de santé, avant et après la politique ;

- Le changement au niveau des revenus totaux au cours du temps selon l'établissement de santé, avant et après la politique.
- La régularité de la distribution des équipements et des fonds au niveau des structures selon le type d'accouchement pour toutes les années de l'étude ;
- Les équipements par rapport au nombre d'accouchements, selon les établissements de santé (normal / césarienne), pour toutes les années de l'étude ;
- Pour les fonds : le montant total du financement pour toutes les années de l'étude.
- Pour les équipements : la dotation totale rapportée à la population ciblée par année.
- Les tendances de la couverture des accouchements, par année, selon l'établissement et la province ;
- Les tendances de la couverture des césariennes, par année, selon l'établissement et la province ;

b. Les entretiens de sorties

Une des questions importantes dans l'étude de l'impact d'une politique de gratuité est d'examiner ses effets sur le revenu des ménages en général et en particulier l'équité distributive des dépenses. Deux méthodes sont disponibles pour explorer cette équité. La première méthode est une méthode basée sur les dépenses, qui compare les dépenses des soins de santé au total des dépenses mensuelles de ménages. La seconde est une méthode basée sur les actifs qui compare les dépenses des soins de santé au statut socio-économique des ménages. Pour des raisons pratiques, nous allons suivre la deuxième méthode qui consiste à mener des enquêtes de sorties pour examiner l'impact de la politique de gratuité sur les dépenses des ménages et sur les tendances de la population ayant recours aux soins de santé et mesurer les changements qui ont eu lieu avant et après l'introduction de la politique et les stratégies d'adaptation.

Cependant, les enquêtes ménages étant coûteuses, le projet FEMHealth exclue une enquête auprès des ménages avant la mise en œuvre de la politique de gratuité des accouchements. Nous serons donc limités par l'absence des données de base permettant de faire des comparaisons « avant / après ». Cependant, l'étude permettra d'estimer les dépenses des femmes suite à son accouchement, et :

- de les rapporter aux dépenses totales des ménages
- de les combiner au coût du paquet permet le calculer le coût de la prestation « accouchement ».

b.1 Objectifs

L'objectif des entretiens de sortie est d'obtenir une image du comportement des patients par rapport à l'utilisation des services de santé et leurs expériences des soins liés aux accouchements. Cela nous permettra de comprendre le fonctionnement actuel de la politique du point de vue des patientes et les coûts auxquels ces dernières font face.

Cette enquête consiste à recueillir des informations sur les caractéristiques de base et les commodités des ménages ainsi que leur possession d'actifs sélectionnés. Ces données serviront à classer les ménages sur un axe de pauvreté / richesse par l'estimation d'un proxy de la richesse en utilisant l'analyse des composantes principales.

Des informations sur les caractéristiques de la femme qui a accouché et du ménage seront collectées, leur préférence pour l'établissement de santé, les différents retards connus, leur

perception de la qualité des soins reçus et les coûts des différents soins seront également recherchés.

b.2 Méthode de collecte de données

Les données seront collectées à l'aide d'un questionnaire structuré qui sera administré par des enquêteurs à la femme qui a d'accouché ou, si elle n'est pas en mesure de répondre, à son mari ou à un des accompagnants qui est membre de son ménage.

Le questionnaire, traduit en arabe dialectal, sera administré à la sortie de la patiente de l'hôpital pour avoir toutes les informations sur son séjour à l'hôpital.

L'enquêteur rencontre les clientes lorsqu'elles sont sur le point de quitter l'établissement de santé, après qu'une autorisation de sortie leur ait été accordée par le professionnel de santé et qu'elles aient voulu participer à l'étude en signant le consentement à y participer.

En effet, les patientes peuvent signaler une plus grande satisfaction que ce qui est effectivement le cas si elles craignent que les résultats de l'enquête soient partagés avec le personnel de l'établissement de santé. Cela peut être surmonté en rassurant chaque patiente que la confidentialité sera maintenue et en s'assurant que la conduite des entretiens se fait dans une totale discrétion.

L'enquêteur s'entretiendra avec la femme ou la personne répondante dans un endroit calme et discret pour les 30 à 45 minutes nécessaires au remplissage du questionnaire (annexe 2)

Par ailleurs, les patientes qui ont attendu longtemps pour être interviewée peuvent ne pas vouloir passer plus de temps à participer à ce sondage. Cela peut être surmonté en expliquant comment leur participation contribuera à l'amélioration des services (et à réduire les temps d'attente) dans le futur.

Dans un premier temps, une enquête pilote sera réalisée. Celle-ci a pour objectif de tester la validité du questionnaire. Elle permettra aussi d'estimer le temps moyen du remplissage d'un questionnaire. Ainsi, des changements jugés nécessaires seront apportés au questionnaire de base pour les adapter aux spécificités socio-culturelles du Maroc pour répondre aux besoins des utilisateurs.

En effet, certaines patientes peuvent avoir des difficultés à renseigner l'enquêteur sur les données concernant les revenus / dépenses et les paiements pour les services. Cela sera étudié en particulier dans le pré-test et les questions seront modifiées en conséquence. Nous devons peut être aussi recueillir des informations des partenaires/maris ou chef de ménage dans les situations où ce sont ces derniers qui ont payé les factures. L'enquête pilote sera effectuée à l'hôpital de Salé par les chercheurs nationaux et par les enquêtrices/enquêteurs lors de leur formation.

b.3 Organisation de la collecte des données

Pour l'enquête principale, six équipes d'agents de terrain seront recrutées pour les besoins de l'enquête principale. Chaque équipe sera composée d'un à trois enquêtrices/enquêteurs. Ces équipes visiteront les hôpitaux des sites sélectionnés et le deuxième CHR (Kenitra) ainsi que les deux CHU sélectionnés (Marrakech et Fez).

Ces enquêtrices/enquêteurs seront recrutés auprès des délégations provinciales du Haut-commissariat au Plan qui ont l'habitude de mener des enquêtes nationales auprès des ménages. En Effet, il est préférable que les enquêteurs soient recrutés hors de l'hôpital. L'étude peut introduire un

biais dans le comportement du personnel. Ils peuvent traiter les patients plus rapidement ou avec plus de soin car ils savent qu'ils sont évalués. Cela est difficile à contrôler.

Par ailleurs, deux cadres seront désignés comme coordonnateurs pour assurer la supervision des travaux sur le terrain. Il s'agit des chercheurs nationaux travaillant dans cette étude.

Toutes les personnes devant travailler à la collecte et à la saisie des données participeront à une formation consacrée aux différents aspects de l'enquête. La formation durera deux jours (elle intègre la formation aux entretiens avec le personnel). Des interviews proprement dites sur le terrain constitueront une partie de la formation. Chaque enquêtrice mènera au moins cinq interviews au cours de la période de formation.

L'INAS mettra à la disposition des superviseurs de l'enquête les locaux nécessaires. Le travail de collecte s'étalera sur 4 mois.

Il devra y avoir une communication étroite entre le coordonnateur / superviseur et le personnel de terrain pendant le travail sur le terrain. Les détails concernant la supervision et les communications seront discutés durant la formation.

b.4 Echantillonnage

La taille de l'échantillon est déterminée par la déviation standard autour de la moyenne des coûts de chacune des trois catégories d'accouchement (normal, compliqué, césarienne).

$$n = \frac{t^2 \cdot \sigma^2}{e^2}$$

Nous prenons comme niveau de confiance (t) 95% (soit t=1,96) et une marge d'erreur (e) de 2% pour les accouchements normaux et compliqués et 5% pour les césariennes. La seule étude dont nous disposons montrent les déviations standard suivantes : 30,93 pour la césarienne, 12,11 pour les accouchements compliqués et 5,34 pour les accouchements normaux. La taille d'échantillon pour chacune des trois catégories d'hôpitaux (HP, HR et CHU) sera alors de 147 césariennes, 141 accouchements compliqués et 27 accouchements normaux. A cela, on ajoute la catégorie de maison d'accouchement aussi avec une taille de 27 accouchements normaux.

Tableau 1. Taille des échantillons pour les entretiens de sortie (volet coût pour les familles)

Province	Nom de l'hôpital	Echantillon retenu			
		Accouch normaux	Accouch compliqué	Césarienne	Total
Settat	H Hassan II	14	71	74	159
Boulemane	H Marche Verte	5	28	29	62
Sidi Kacem	H Sidi Kacem	5	28	30	63
El Haouz	H Med VI	5	28	29	62
Ouarzazate	H Sidi HssainBenaceur	6	28	29	63
Tétouan	H Civil	6	29	30	65
Kenitra		13	70	73	156
CHU Fes		13	70	73	156

CHU Marrakech	14	71	74	159
CSMA 1	14			14
CSMA 2	13			13
Total	108	423	441	972

L'assurance qualité nationale et internationale est assurée par le comité technique pendant les étapes suivantes, particulièrement :

- Elaboration des questionnaires, pré-tests et finalisation des instruments de l'enquête ;
- Formation ;
- Planification de l'enquête sur le terrain et collecte des données ;
- Saisie et nettoyage des données et préparation de la base de données finale.

Le contrôle de qualité sera également assuré à travers la supervision et le suivi des équipes pendant les travaux sur le terrain. En effet, tous les questionnaires seront vérifiés par les superviseurs sur le terrain, avant la saisie. Chaque chef d'équipe est responsable de la qualité du travail de son équipe.

Tous les questionnaires seront vérifiés par les superviseurs sur le terrain, avant la saisie. Les données seront entrées en double afin de minimiser les erreurs de saisie.

Après vérification et correction sur le terrain, les questionnaires seront traités par l'équipe responsable de l'enquête pour enregistrement, codification et vérification supplémentaire avant la saisie. Après vérification, les questionnaires seront transmis pour être saisis. Ce travail sera effectué par une équipe de 4 opérateurs de saisie de données pendant une période de 40 jours environ.

Des séances de travail seront fréquemment organisées avec chaque équipe, l'objectif étant de renforcer la formation reçue et de corriger toutes les erreurs de collecte de données.

b.5 Analyse des données

Le nettoyage et l'analyse des données se feront sur SPSS.

L'édition des données comportera les vérifications de vraisemblance et de cohérence interne. Toutes les erreurs détectées pendant la procédure d'édition seront corrigées.

Les types d'analyse suivants seront générés :

- Les caractéristiques des participants.
- Le type d'accouchement.
- Les retards accusés pour arriver aux établissements pour les accouchements.
- Les dépenses mensuelles des ménages en général et alimentaires en particulier.
- Les dépenses pour les accouchements en absolu et en pourcentage des dépenses du ménage.
- Les dépenses par type d'accouchement, dans et en dehors de l'établissement.
- Les stratégies d'adaptation pour financer leurs accouchements.
- L'incapacité de payer par établissement et par type de service.
- La satisfaction à l'égard des services reçus pour les accouchements.

c. Les enquêtes sur l'incitation du personnel de santé

Les enquêtes sur les motivations du personnel de la santé sont intéressantes pour explorer les changements des modes de travail du personnel de santé et des revenus obtenus depuis que la

politique d'exonération des frais a été introduite. La motivation du personnel de la santé est un déterminant clé de la qualité des soins. L'outil analyse les sources de revenus auto-déclarées et les tendances au niveau des changements de rémunération.

c.1 Objectifs

L'objectif de cette composante (HWIS) sera d'évaluer l'impact financier individuel du personnel de santé par rapport à la politique d'exemption et comment cela a affecté les pratiques au travail. Les motivations du personnel de santé - à la fois financières et non financières - sont généralement reconnues comme un déterminant important du fonctionnement du système de santé (Franco et al. 2002).

c.2 Méthode de collecte de données

Il s'agit d'une étude rétrospective où la collecte se fera en un seul passage par site entre février et mai 2012.

Le HWIS utilise une enquête structurée (Annexe 3), divisée en sections portant sur :

1. Le personnel de santé et les caractéristiques de son ménage
2. Le temps de travail et la charge de travail
3. Les revenus du personnel de santé dans le secteur public
4. Les revenus du personnel de santé dans le secteur privé
5. Leur motivation et leurs points de vue à propos de la politique d'exemption

c.3 Organisation de la collecte des données

A partir des données recueillies sur les groupes professionnels dans chacun des 9 hôpitaux, le personnel de santé sera sélectionné au hasard en tenant compte du quota retenu par groupe socioprofessionnel. L'enquêteur procédera ensuite à une programmation des entretiens en tenant compte de la disponibilité du personnel ayant accepté de participer à l'étude.

c.4 Echantillonnage

Pour l'entretien de motivation du personnel, l'échantillonnage sera randomisé par rapport aux catégories professionnelles. Cependant, certaines catégories sont susceptibles d'être de petite taille (obstétriciens, pédiatres, médecins) et la majorité sinon l'ensemble de ces personnels sera inclus. D'autres sont plus grandes (sages-femmes et accoucheuses par exemple) et un échantillon représentatif sera sélectionné dont la taille est définie en fonction de la saturation et on peut a priori considérer par exemple que 3 sages-femmes tirées au hasard seront interviewées dans chaque hôpital.

Ainsi, pour cette enquête, la population cible est :

1. Gynécologue-obstétricien
2. Chirurgien
3. Médecin généraliste compétence en SONU
4. Médecin généraliste non formé en SONU
5. Médecin anesthésiste/réanimateur
6. Sage-femme et infirmière accoucheuse
7. Aide-soignant
8. Infirmier anesthésiste
9. Pédiatre

Tableau 2. DISTRIBUTION DU PERSONNEL DANS LES HOPITAUX DES SITES SELECTIONNES

	Boulemane	Sidi Kacem	El Haouz	Ouarzazate	Settat	Tétouan	CHR Kenitra	CHU Fes	CHU Marrakech	Total
Nom de l'hôpital	Marche Verte	Sidi Kacem	Med VI	Sidi Hssain Benaceur	Hassan II	Civil				
Gynécologue-obstétricien	2	3	2	4	6	6	8	24	16	71
échantillon gynécos	2	2	2	2	3	3	4	14	8	40
Chirurgien										0
échantillon chirurgiens										0
Médecin généraliste compétence ou non formé en SONU		1								1
échantillon MG SONU		1								1
Médecin anesthésiste/réanimateur	1	2	1			3	1	7		15
échantillon anesthésiste	1	2	1			2	1	4		11
Sage-femme et Infirmière accoucheuse	9	11	11	13	16	16	35	40	35	186
échantillon sages-femmes	5	6	6	7	8	8	15	20	20	95
Infirmier anesthésiste		9	5			4	6	18	19	61
échantillon infirmier anesthésiste		4	2			2	3	10	12	33
Pédiatre- néo	1	2	0	1	2	3	5	11	10	35
échantillon pédiatre	1	2		1	2	2	2	5	5	20
Total	13	28	19	18	24	32	55	100	80	369
échantillon total	9	17	11	10	13	17	25	53	45	200

Tous les questionnaires seront vérifiés par les superviseurs sur le terrain, avant la saisie. Les données seront saisies en double afin de minimiser les erreurs de saisie.

c.5 Analyse des données

L'analyse des données sera faite sur le logiciel SPSS.

Les tableaux de l'annexe 3, désagrégés selon la profession et/ou le type d'établissement, seront générés :

- Les caractéristiques socio-professionnelles
- La charge de travail de l'agent de santé
- Le gouvernement / Revenu principal
- Le revenu additionnel/privé
- Les caractéristiques économiques du ménage
- La motivation et perceptions de la politique de gratuité.

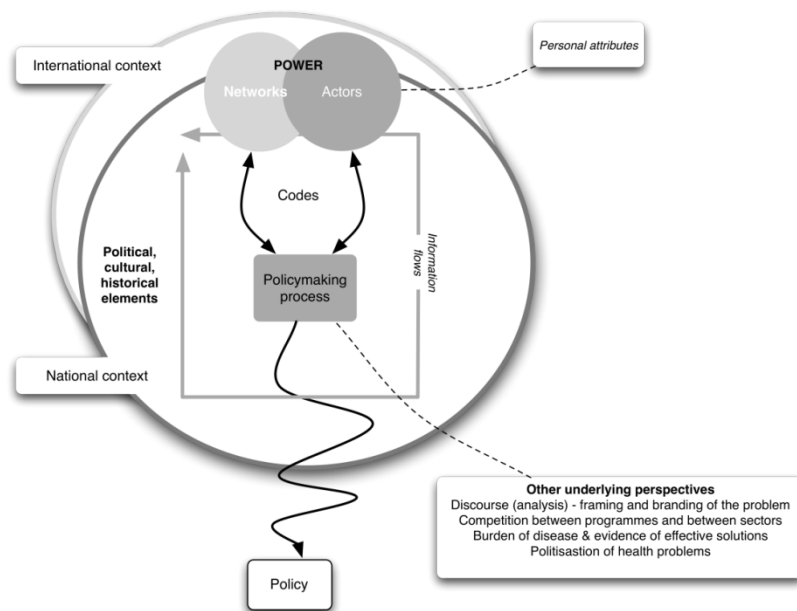
6.1.2 Volet 'politique de santé'

a- Objectifs

Les objectifs de ce volet du PA2 au Maroc sont:

- De retracer le processus qui a amené l'émergence de la politique de gratuité des soins en matière d'accouchement et de césarienne, à travers l'analyse des discours des divers acteurs qui ont participé à son élaboration.
- De saisir comment le transfert de cette politique s'opère entre le niveau régional, national et international

b- Modèle conceptuel



Une revue de la littérature au début du travail de terrain sera établie pour préparer les entretiens. Cet examen servira de base utile pour la phase d'analyse. Elle sera spécifique au contexte d'évolution de la politique.

c- L'examen des documents

Nous effectuerons un examen des rapports des organismes donateurs, des documents gouvernementaux et des évaluations externes afin de tenter de recouper le discours des interviewés et de le situer dans le contexte historique de l'introduction et la mise en œuvre de la politique de gratuité et des politiques connexes. Cela pourrait inclure des documents tels que des notes d'orientation, les ressources en ligne, des bulletins, la littérature grise et les rapports de recherche. Cet examen portera également sur les sources fréquemment citées par les interviewés.

d- Interviews et observations

Des entrevues seront réalisées avec des personnes qui ont travaillé au niveau national, régional et international et qui ont participé à l'élaboration de la politique d'exemption des frais. Ces informateurs comprendront des représentants des Nations Unies (tels que l'UNFPA, UNICEF), des organisations bilatérales telles que les donateurs et les groupes d'aide gouvernementales (par exemple l'USAID et la Banque mondiale), des agences gouvernementales comme le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé, les ONG, les universitaires et les chercheurs, les consultants indépendants.

Les entrevues seront enregistrées dans la mesure du possible et retranscrites.

d.1 Conduite des entretiens

Les informateurs seront choisis selon la technique boule de neige, sur la base d'une participation avérée à l'élaboration de la politique. Les informateurs seront invités à identifier d'autres acteurs directement ou indirectement impliqués dans le processus décisionnel. Le niveau international est également pris en compte dans cette démarche.

Des entrevues seront menées tout au long de l'année. Elles se dérouleront en face à face et seront menées par une sociologue (INAS). Elles seront semi-structurées à partir des axes suivants :

- Les déterminants du changement de politique
- Le rôle des bailleurs de fonds et des agences internationales dans ce processus
- Les dynamiques enclenchées autour de la question
- Les représentations en termes d'appropriation de la réforme
- Les problèmes identifiés dans la mise en œuvre
- Les suggestions

Ces thèmes ne sont pas exclusifs.

Les entretiens pourront faire l'objet de compléments par courriel ou par téléphone. Leur durée est estimée entre une et deux heures (Annexe 4)

d.2 L'observation participante

Les observations participantes se feront au cours des réunions nationales mettant l'accent sur la santé maternelle et celle des enfants ou sur l'accès financier, plus généralement, les débats sur les changements de politique. Elles permettront de comprendre la dynamique et les interactions entre les différents partenaires et participants y compris les influences des uns et des autres sur la prise des décisions ou sur les grandes conclusions. Ces réunions devraient comprendre des discussions sur l'évaluation de la mise en œuvre de la politique.

Les événements à observer seront sélectionnés compte tenu de leur importance et intérêt pour le projet. Ceci suppose un maintien de contact permanent avec les acteurs intervenant dans les domaines de la gratuité de la césarienne.

Confère grille d'observation des réunions, annexe 5

e. Méthode d'analyse

S'appuyant sur les documents et les entretiens menés, une chronologie des principaux événements menant à la décision politique et la mise en œuvre sera élaborée. Ceci permettra de retracer les événements, les influences, les acteurs et les décisions, tant au niveau contexte local et international, entrevus comme ayant influencé le processus décisionnel. Il s'agira également de prendre en compte les incidents qui auront eu un impact sur la politique, tant dans ses aspects d'élaboration que d'implantation.

L'analyse de contenu sur le matériel constitué par l'ensemble des transcriptions d'interviews, permettra de faire émerger les thèmes récurrents et de classer les données. Une première lecture attentive du matériel de recueil permettra de procéder à ce listing de thème clés et sur cette base de recourir au logiciel NVivo, pour tenter de générer des schémas explicatifs.

e.1 Confidentialité

La confidentialité sera maintenue à l'égard des données recueillies par le respect de l'anonymat des diverses identités sollicitées pour la conduite d'interviews.

Une fiche d'information écrite et un formulaire de consentement éclairé seront fournis aux personnes sollicitées pour entretien.

TABLEAU 3. OUTILS, SUJETS PRINCIPAUX A ABORDER ET SOURCES D'INFORMATIONS

Outil	Niveau	Sujets principaux
Suivi des flux financiers	National, district, établissements (dépendant des véhicules que nous utilisons)	<ul style="list-style-type: none"> Budget & dépenses Répartition du budget et des dépenses selon la province et structure Calendrier des paiements (et les équipements, le cas échéant) Concordance avec les activités enregistrées Régularité et suffisance des fonds arrivant dans les établissements
L'enquête de sortie	Clients	<ul style="list-style-type: none"> Dépenses liées à l'accouchement effectuées à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux. Dépenses en pourcentage de consommation des ménages Santé et Itinéraire thérapeutique Accès aux établissements Perceptions de la qualité des soins
L'enquête sur l'incitation du personnel	Personnel de santé	<ul style="list-style-type: none"> Personnel de santé et leur charge de travail Horaires de travail Sources de revenus Motivation au travail Changements dans les facteurs ci-dessus qui sont associés à la politique (si le commencement de la politique n'est pas trop éloigné) Perception sur la politique
Guide d'entretien auprès des acteurs/intervenants	National UNFPA, UNICEF, USAID, donateurs, Banque Mondiale, Ministère de la Santé, ONGs, consultants indépendants	<ul style="list-style-type: none"> Les déterminants du changement de politique Le rôle des bailleurs de fonds et des agences internationales dans ce processus Les dynamiques enclenchées autour de la question Les représentations en termes d'appropriation de la réforme Les problèmes identifiés dans la mise en œuvre Les suggestions
Grille d'observation des conférences, des ateliers et des événements	National (Evènements, Réunions formelles et informelles, ateliers et conférences)	<ul style="list-style-type: none"> Types de participants, lieu, effectif au début, durée, horaire, ordre du jour, thèmes, dynamique de groupe : qui fait quoi, qui dit quoi, participation, nature des échanges, influences, intérêt, type de décisions, satisfaction, effectif à la fin, conclusions consensuelles ou non.

Les outils du volet économie et finance de PA2 figurent en annexes 1, 2, 3.

f. Equipe de collecte

Elle est composée :

- Pour le volet finance et économie :

- Deux économistes de la santé impliqués dans l'élaboration du protocole, des outils, de la supervision des enquêtes 'terrain' et de l'analyse des données relatif au volet finance et économie.
- 16 enquêteurs/rices qui vont réaliser les interviews des femmes à la sortie et l'enquête de motivation du personnel.
- Pour le volet politique de santé :
 - Un sociologue chargé de l'observation des réunions nationales en rapport avec la politique de gratuité et impliqué dans l'analyse des données
 - Un transcripteur d'entretiens

6.2. Effets de la politique sur le Système Local de Santé (SLS)

Le PA3 comporte trois parties à savoir l'Évaluation de la Mise en Œuvre de la Politique (EMEP) de gratuité de la césarienne, la Cartographie des Effets de la Politique (CEP) et les études de cas réalistes. Cette évaluation réaliste sera faite au cours d'une deuxième phase dans seulement deux DSP pour explorer les mécanismes qui ont conduit à ces effets sur le système de santé local.

a. Objectifs

Pour l'Évaluation de la Mise En œuvre de la Politique (EMEP), les objectifs sont les suivants :

1. Participer au développement d'un outil d'analyse de mise en œuvre d'une politique nationale ;
2. Appliquer cet outil pour décrire le degré de mise en œuvre selon 3 dimensions: le paquet de services réellement offert gratuitement, la proportion de structures de santé offrant réellement les services gratuits tels que prévus par la politique et la couverture géographique de la politique ;

Pour la **Cartographie des Effets de la Politique** (CEP) nationale sur le Système Local de Santé, les objectifs se présentent comme suit :

1. Participer au développement d'un outil innovant pour évaluer l'impact des politiques nationales sur les Systèmes Locaux de Santé (SLS) ;
2. Utiliser cet outil pour évaluer les effets positifs et négatifs de la politique de gratuité de la césarienne sur les services ciblés et non ciblés au niveau opérationnel dans les DSP sélectionnées pour l'étude.

Enfin pour le volet des **études de cas réalistes**, les objectifs sont de:

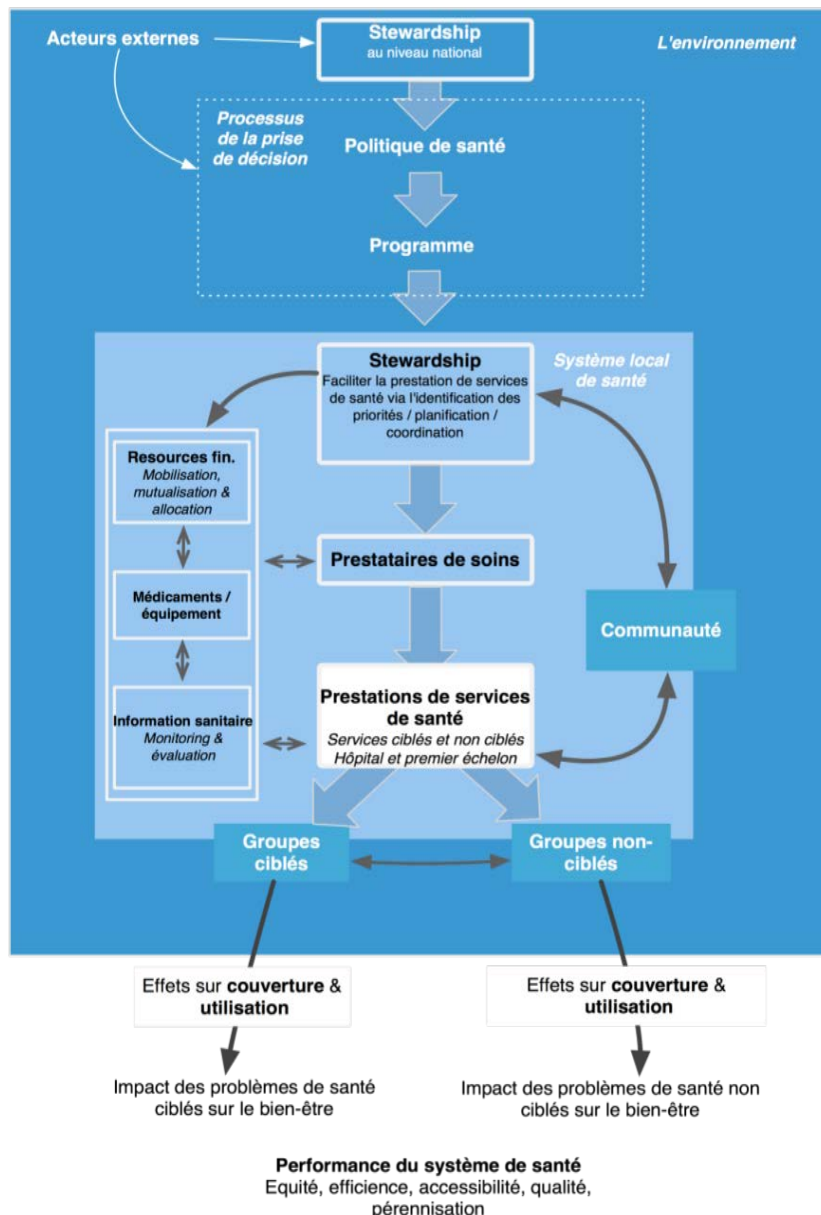
1. Raffiner l'hypothèse préliminaire (lien entre la prise de décision de la gratuité au niveau national et sa mise en œuvre au niveau opérationnel);
2. Analyser les raisons d'adhésion ou non à la politique et les conditions de réussite de la mise en œuvre.

b. Cadre analytique qui sous-tend la CEP et les études de cas réalistes

L'OMS définit 6 fonctions essentielles aux systèmes de santé : la gouvernance (stewardship), les prestataires de soins, la prestation de services, les ressources financières, l'information sanitaire, les médicaments et équipements. La figure 1 présente le cadre analytique qui sous-tend la CEP et les études de cas réalistes. Elle reprend les fonctions essentielles de l'OMS, y ajoute la communauté et organise la relation entre les fonctions au niveau opérationnel (carré intérieur).

Ce cadre analytique montre l'influence de l'environnement général et des acteurs externes sur la prise de décision et plus spécifiquement le lien entre la fonction de gouvernance au niveau central et le niveau opérationnel. Enfin ce modèle met en évidence les effets de la politique sur les prestations de service pour deux groupes de population : la population ciblée par la politique et la population non ciblée.

FIGURE 1 - LE CADRE ANALYTIQUE QUI SOUS-TEND LA CEP ET LES ETUDES DE CAS REALISTE



c. Méthodes

c.1 Devis d'étude

Le devis d'étude est mixte (quantitatif et qualitatif) et de type transversal pour les données qualitatives et rétrospectif, prospectif et transversal pour les données quantitatives.

c.2 Collecte de données

Les données seront recueillies par le biais d'entretiens semi-structurés avec des informateurs clés. Ces données seront complétées par une revue documentaire et une extraction des données hospitalières de routine.

Pour l'EMEP et la CEP, les données seront collectées dans les six DSP sélectionnées à cinq niveaux : les hôpitaux (2 niveaux : tous les hôpitaux provinciaux et les CHU de Fès et Rabat), 2 centres de santé avec module 'accouchement' par province, 1 représentant de la communauté par CSMA + 1 représentant de la communauté au comité technique provincial, 2 membres de l'équipe cadre des DSP et des six directions régionales de la santé.

Pour les études de cas réalistes, 2 DSP seront sélectionnées après analyse des résultats préliminaires de la CEP.

c.3 Sélection des personnes interviewées

Dans chaque DSP les informateurs clés seront sélectionnés par choix raisonné et dans chaque hôpital d'étude en fonction des thèmes, nous interviewerons les prestataires de soins et les gestionnaires des services de santé. La sélection sera composée comme suit :

Pour l'EMEP :

- Au niveau régional : 1 personne (DRS)
- Au niveau des DSP : 1 ou 2 membres de l'Equipe cadre de la DSP (médecin délégué de la DSP et/ou le Médecin-Chef de SIAAP)
- Au niveau de l'hôpital : 2 personnes (le directeur de l'hôpital et la sage-femme responsable à la maternité).

Pour la CEP :

- En plus des personnes interviewées pour l'EMEP, l'échantillon de la CEP sera composé de :
- Au niveau régional : 1 personne (Chef de service santé publique/programme SMI)
- Au niveau de l'hôpital : 3 personnes (le chef du pôle des affaires administratives, un réanimateur - ou s'il n'y a pas de réanimateur un chirurgien généraliste- et un gynécologue)
- Au niveau de 2 (sur 5) hôpitaux de référence : 2 personnes (le directeur de l'hôpital et l'infirmière chef de la maternité).
- Au niveau du centre de santé : 2 personnes (le médecin-chef ou la sage-femme du Centre de Santé avec module accouchement proche de l'hôpital et d'un médecin ou une sage-femme responsable d'un Centre de Santé avec module d'accouchement situé entre 30 et 45minutes en voiture de l'hôpital)
- Au niveau communautaire : 3 personnes dont au moins 1 femme (1 représentant de la communauté dans le comité technique provincial et 1 élu communal dans les deux centres de santé visités).

Pour l'étude de cas réaliste :

- Au niveau de la DSP : 2 membres de l'Equipe cadre de la DSP (médecin délégué de la DSP et le Médecin chef de SIAAP)
- Au niveau de l'hôpital :

- Administration : 2 (le directeur de l'hôpital et son chef de pôle des affaires administratives)
- Niveau intermédiaire : 2 personnes (le responsable du bloc opératoire et le chef du pôle des affaires médicales)
- Prestataires de soins : 5 personnes (1 gynécologue, 2 sages-femmes de la maternité, 1 pédiatre, un infirmier-major des urgences) ;

Tableau 4 : nombre de personnes à interviewer selon la partie PA3

PA 3 PERSONNES A INTERVIEWER	
Personnes à interviewer selon l'objet de l'étude et le site	Nombres de personnes à interviewer
EMEP/CEP	
Région : Directeur régional, Chef de service SP	6X2=12
DSP/P : Délégué ou médecin du SIAAP	2X6=12
Hôpital : Directeur de l'hôpital et sage femme, Chef de PAA, réanimateur ou chirurgien généraliste, gynécologue	6X6=36
CHR ou CHU : Directeur de l'hôpital, infirmière chef de la maternité	2X2=4
CSMA : médecin chef ou sage femme du Centre de santé avec maison d'accouchement proche de l'hôpital et médecin chef ou sage femme du CSMA loin de l'hôpital	2X6=12
Communautaire : 1 représentant de la communauté dans le comité technique provincial et 1 élu communal dans les deux centres de santé visités	3X6=12
	Total=40+48=88
Evaluation Réaliste	

DSP/P : 2 membres de l'Equipe cadre de la Délégation sanitaire provinciale (médecin délégué de la DSP/P et le Médecin chef de SIAAP)	2X2=4
Hôpital : Administration : 2 (le directeur de l'hôpital et son chef de pôle des affaires administratives) Niveau intermédiaire : 2 personnes (le responsable du bloc opératoire et le chef du pôle des affaires médicales) Prestataires de soins : 5 personnes (1 gynécologue, 2 sages-femmes de la maternité, 1 pédiatre, un infirmier-major des urgences) ;	(2+2+5)x 2 P/P= 18
	Total=22
	Grand total : 88+22=110

Soit un total de 11 personnes interviewées dans chacune des 2 DSP sélectionnées pour l'ER. Il faut noter qu'en fonction des résultats préliminaires de la CEP, cette liste est susceptible de modification.

Au total, 110 entretiens seront menés, dont 88 entre février et mai 2012 (voir tableau ci-dessus tableau n° 4)

c.4 Organisation pratique de la collecte

La collecte se fera en deux phases :

La première concernera l'application des outils EMEP et CEP (février à mai 2012);

La deuxième se déroulera après une période d'analyse des données de la première phase et se consacrera exclusivement à l'étude de cas réaliste (septembre à décembre 2012).

Deux binômes comprenant chacun un médecin et un socio-anthropologue ou deux médecins se partageront la collecte des données. Une partie des entretiens seront menés par le médecin chercheur de l'INAS et une autre partie par le/la socio-anthropologue. Les données quantitatives de ce volet seront collectées par les médecins chercheurs de l'INAS. Les binômes travailleront chacun dans 3 DSP. Ils passeront 10 jours ouvrables dans chaque DSP sélectionnées et un jour de plus dans l'hôpital de référence, soit au total 3 mois. Le cinquième mois sera consacré à l'apurement des données collectées.

Pour les **entretiens**, des rendez-vous seront obtenus à temps auprès des personnes sélectionnées et une programmation sera faite sur la base de leur disponibilité. Les personnes à interviewer seront invitées à participer à cette étude par lettre (annexe 6). Un formulaire de consentement éclairé sera

présenté et expliqué au début de l'entretien (annexe 7). Les guides d'entretien seront utilisés pour structurer l'entretien (annexes 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17). Si accepté par la personne, l'entretien sera enregistré. On s'attend à une moyenne de quatre entretiens par jour si possible enregistrés, sinon des notes seront prises.

Pour la **revue documentaire**, les documents à recueillir et à analyser comprennent les documents décrivant la politique et le système de financement des hôpitaux pour la césarienne, les rapports de suivi de la DPRF et de la DHSA ainsi que les rapports des hôpitaux (voir annexe 20).

Les **données quantitatives** rétrospectives seront extraites des rapports de routine du système d'information sanitaire et des documents tels que les rapports annuels de la DSP et de l'hôpital. Un formulaire de collecte de données de type Excel servira à guider la collecte de données (voir Annexes 19 à 23) Les données prospectives seront collectées par le membre du personnel le plus approprié et transmises régulièrement à l'INAS.

Limites

L'exactitude et la complétude des informations enregistrées dans les divers documents et registres seront une contrainte majeure. Différents formats de rapports et de documents peuvent causer des difficultés dans la comparaison des chiffres et nécessitera un temps complémentaire pour la collecte de données.

Assurance-qualité

Des fiches récapitulatives seront rédigées après chaque entrevue/contact avec un informateur clé afin de permettre l'enregistrement des premières impressions et des idées émergeant des entrevues/discussions. Chaque jour, les membres de l'équipe de recherche sur le terrain écriront leurs notes de terrain et le journal de bord de recherche sera conservé.

Ces notes seront discutées mensuellement avec la socio-anthropologue de l'INAS. Des réunions d'étude de cas EMEP se tiendront régulièrement dans les centres de recherche des partenaires FEMHealth sous la forme de réunions de rétroaction et de discussion. Ces réunions devraient permettre un examen critique par les pairs des observations, des résultats préliminaires et des conclusions issues de la recherche, par les paires.

Outils de recueil de données

Le Tableau 4 présente les outils, le niveau d'exécution, les principaux sujets à aborder et les méthodes de collecte de données pour tout le PA3.

Tableau 4. Résumé des outils PA3 et de leurs sujets principaux

Outils	Niveaux	Sujets principaux	Méthodes de récolte des données
Évaluation de la Mise en Œuvre de la Politique (EMEP)	DSP, Hôpitaux, Région	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	Entretien semi-structuré avec des informateurs clés Revue documentaire (pour la triangulation) Statistiques de routine

Cartographie des Effets de la Politique (CEP)	DSP, hôpitaux, centre de santé avec module accouchement, direction régionale, communauté	Gouvernance Prestataires de soins Prestation de services Ressources financières Médicaments et équipements Système d'information sanitaire Patients et la communauté	Entretiens avec des informateurs clés Revue documentaire Statistiques de routine Check-list/observation
Étude de cas réaliste	DSP, CHP	Mise en œuvre réelle de la politique comparée aux documents officiels Perception des gestionnaires (niveau DSP et hôpitaux) et 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 Éléments nécessaires du contexte pour que la politique soit effective	Entretiens semi-structurés avec des informateurs clés Revue documentaire Utilisations des données des autres PA pour la triangulation.

Les annexes 14 et 15 présentent les données à recueillir, les sources, et les questions à poser pour chaque dimension pour l'EMEP et de la CEP. Les tableaux précisent également comment les données issues des entretiens seront triangulées.

Personnes impliquées

- Trois médecins de santé publique (temps partiel, en tout 8 hommes-mois) dont un responsable du PA3 ;
- Un(e) sociologues/anthropologues (à mi-temps) ayant une expérience du secteur santé qui recevra une formation sur les objectifs et le contenu des outils. Elle sera également chargée de la transcription du matériel enregistré.

6.3 Les indicateurs de santé et la qualité des soins

Le paquet d'activité 4 (PA4) a pour objectif principal de documenter l'effet de la politique de gratuité sur la morbidité maternelle et néonatale grave et sur la qualité des soins ainsi que l'utilisation des services d'urgence. Nous avons choisi la morbidité grave car dans les DSP et sur le court-terme, le nombre des décès maternels et néonataux n'est pas suffisant pour tirer des conclusions statistiques. Dans notre étude, le concept de morbidité grave comprend principalement les cas de « *near-miss* » maternels et néonataux et de césariennes en urgence.

a. Objectifs

L'objectif général de ce PA est de déterminer l'effet de la gratuité des soins sur la morbidité maternelle aiguë sévère, les *near-miss* néonataux, la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce, et sur la qualité des soins d'urgence en utilisant une approche facilement adaptable à d'autres programmes visant à améliorer l'accès aux soins d'urgence. Cette approche va être centrée sur le concept d'événements *near-miss* et utilisera les informations en milieu hospitalier.

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer si la gratuité des soins a contribué à accélérer l'augmentation des accouchements en milieu surveillé et à rendre l'accès aux accouchements et les césariennes

plus équitables. Cela se fera en analysant les données secondaires tirées d'enquêtes à grande échelle et des informations de routine ;

2. Mesurer l'incidence des near miss maternels dans la communauté et son évolution dans le temps en se basant sur les études précédentes ;
3. Mesurer l'incidence des near miss néonataux dans l'hôpital ;
4. Documenter, dans un environnement de gratuité des soins, la qualité des soins donnés aux femmes admises en état de complication grave et ceux donnés aux autres femmes qui viennent pour un accouchement normal ou moins compliqué ;
5. Déterminer si la gratuité des soins a pour effet de réduire les besoins obstétricaux non couverts ;
6. Réaliser une étude approfondie de la perception des obstacles à la qualité des soins hospitaliers.

b. Cadre général d'analyse de l'étude

Cette recherche vise à i) comparer les résultats obtenus au niveau des provinces sélectionnées de contexte différent, afin de tirer des conclusions sur l'évolution dans le temps (avant-après) des cas de near miss maternels ; ii) documenter des cas de near miss néonataux et iii) analyser la qualité de prise en charge des cas de near miss maternels et néonataux.

Pour atteindre les objectifs de cette étude, nous proposons deux approches d'investigation :

b.1 Etude basée sur les données secondaires (historiques) :

Nous allons étudier l'évolution dans le temps du taux d'accouchements en milieu surveillé et du taux de césariennes en utilisant les données des EDS (1987-2010), les résultats de l'étude sur les besoins obstétricaux non couverts (données de 1989) et les résultats des études sur les near miss maternels menées au niveau des provinces de Sidi Kacem et de Tétouan (1998-2001).

Ces taux seront analysés par région et par groupe socioéconomique. Un ajustement des données analysées sera réalisé en fonction des changements socioéconomiques.

Les indicateurs concernant le nouveau-né comprennent le taux de mortalité et la mortalité périnatale. Les données pour mesurer l'évolution de ces indicateurs proviendront des données de routine (monitorage national).

b.2 Etudes basées sur la collecte des données du terrain

Ces études sont de deux types :

- Une étude sur les near miss et les décès maternels, les césariennes et les near miss et décès néonataux dans 3 sites: Sidi Kacem, El Haouz et Tétouan;
- Une étude sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts. cette étude sera réalisée dans les 6 sites choisis pour les années 2007 et 2011

c. Méthodes

c.1 Devis de la recherche

- L'étude sur les near miss et décès maternels et néonatales et les accouchements normaux et moins compliqués (le reste des accouchements non near miss ni décès), c'est une étude analytique, quantitative et qualitative, prospective
- L'étude des besoins obstétricaux non couverts est une analyse rétrospective des interventions obstétricales majeures qui sera pour les années 2007 et 2011.

c.2 Sites de l'étude

- Justification des sites sélectionnés (voir Protocole PA 3)
- Sites sélectionnés
 - Cinq CHP : Al Haouz – Tétouan –Sidi Kacem – Ouarzazate – Boulmane.
 - CHR (Settat et Kenitra) et CHU de référence (Marrakech, Rabat, Casablanca et Fès).

d. Population étudiée

Toutes les femmes near miss, tous les nouveau-nés near miss, les mort-nés, les décès néonataux intra-hospitaliers et toutes les femmes qui ont eu une césarienne (incluant les femmes qui ont une indication absolue à la césarienne (pour le calcul du besoin obstétrical non couvert)) au niveau des maternités hospitalières des sites sélectionnés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012.

Caractéristiques principales de la population étudiée (critères principaux de sélection)

- Near miss maternel : La morbidité maternelle aiguë sévère « near miss » ou « échappé belle », c'est toute 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 »
- Near miss néonatal : Le cas de near miss néonatal est un nouveau concept moins connu que celui de near miss maternel et dont la définition sera basée sur les critères préliminaires proposés par l'OMS (Annexe 24)
- Décès néonatal : décès d'un nouveau-né né vivant pendant la période néonatale
- (à partir de la naissance jusqu'à 28 jours de vie). Dans cette étude, la période d'enregistrement des décès est celle qui s'étend entre 24h et une semaine.
- Mort-né : un enfant mort entre la 28^{ème} semaine de gestation et la naissance.
- Indication maternelle absolue: indication d'une intervention chirurgicale majeure absolument nécessaire pour sauver la vie de la mère (hémorragies ante-partum sévères causées par un placenta praevia ou un hématome rétroplacentaire (encore appelé décollement prématuré du placenta normalement inséré); hémorragies du post-partum incoercibles ; disproportions foeto-pelviennes majeures (dus à un bassin étroit ou une hydrocéphalie) ; les positions transverses (épaules négligées) ; les présentations du front.

Critères d'exclusion : Les femmes et nouveau-nés hospitalisés au niveau des cliniques en secteur privé pour l'étude sur les near miss.

e. Stratégie d'échantillonnage

Etude near miss : Nous allons recenser tous les cas de la population cible pendant une période d'un an au niveau de trois sites : Sidi Kacem, Tétouan et Al Haouz. En partant de l'hypothèse que l'introduction de la gratuité peut doubler l'incidence des cas de near miss admis à l'hôpital, et en

sachant qu'au niveau de deux provinces (Sidi Kacem et Tétouan) qui ont été sites d'une étude précédente sur les near miss maternels en 1998, l'incidence était au moins de 3 pour mille naissances attendues, l'échantillon nécessaire est de 11.115NA pour mesurer un risque relatif de 2 avec une puissance de 80 % (Stata 11).

En 2008, le nombre de naissances attendues à Sidi Kacem était de 15.617 et à Tétouan de 12.230, il est donc nécessaire de faire un recueil des données sur une année pour atteindre l'échantillon nécessaire. L'autre site d'El Haouz ne sera pas sujet de comparaison dans le temps et le recueil de données sur une année permettra de connaître la situation épidémiologique de ce site.

Etude BONC : nous allons recenser tous les cas de femmes qui ont eu une intervention obstétricale majeure au niveau des maternités hospitalières de la zone de desserte des 6 sites sélectionnés.

f. Collecte des données

Définitions opérationnelles des indicateurs de santé et de la qualité des soins

Les indicateurs comprennent:

- Les indicateurs basés sur les résultats de la grossesse : mort-né (mort-né frais, mort-né macéré), décès néonatal à l'hôpital, near miss néonatal , near-miss maternel (avant et après admission), césarienne, besoins obstétricaux non couverts et décès maternels ;
- Les indicateurs basés sur la qualité des soins : délais de prise en charge des césariennes, critères/score de qualité pour les césariennes, critères/score de qualité pour les accouchements. Nous utilisons les critères de définition de l'OMS dans notre instrument, (Annexe 25) que ce soit pour l'identification des near-miss maternels ou néonataux. Pour les césariennes, nous les classerons à partir des indications développées durant une rencontre à Baltimore par C. Stanton et collaborateurs en 2008.
- Pour la qualité des soins, nous mesurerons les indicateurs les plus pertinents. Il ne s'agit pas de faire une évaluation complète de la qualité des soins obstétricaux. Nous nous focaliserons sur les indicateurs concernant les soins élémentaires avant et après les interventions ainsi que sur les incidents graves au cours des césariennes. Par ailleurs nous utiliserons 10 indicateurs pour les autres accouchements portant sur l'admission, le traitement et le suivi de la femme au cours de son séjour à l'hôpital et à la sortie.

Le dénominateur des near miss maternels et des besoins obstétricaux non couverts sont les naissances attendues dans la communauté (obtenues à partir des statistiques nationales). Le dénominateur des near miss et des décès néonataux est le nombre de naissances vivantes dans l'hôpital (obtenu par les registres de naissances des hôpitaux).

Pour trouver tous les cas de near miss maternels et néonataux, les décès néonataux et les césariennes, nous allons examiner les supports de données hospitaliers des femmes originaires des provinces d'étude admises au niveau des CHP des sites sélectionnés, des CHR et du CHU de référence. Pour les nouveau-nés, la collecte des données concernera aussi bien les services de néonatalogie que les services de pédiatrie. La collecte des données se fera en prospectif.

Les informations recueillies seront extraites des dossiers médicaux par les enquêteurs grâce à un questionnaire présenté en tableau. Les enquêteurs seront au nombre de 28 : deux enquêteurs par

CHP, deux enquêteurs par CHR et trois enquêteurs par CHU. Ces 28 enquêteurs seront formés en deux sessions de deux jours chacune, dont les objectifs sont :

- Connaître les critères de définition des cas à recruter ;
- Se familiariser avec les outils de collecte des données ;
- Faire des simulations de recueil des données ;
- Discuter les biais potentiels de l'étude et se mettre d'accord sur les pistes pour y remédier.

Nous allons insister lors de la formation des enquêteurs sur les principes d'éthique, en particulier le respect de la confidentialité.

Etude BONC : La collecte de données se fera rétrospectivement grâce à un questionnaire

(Annexe 26). Seront incluses toutes les femmes admises dans une structure sanitaire des sites concernés au cours de l'année 2007 et au cours de l'année 2011 pour une Intervention Obstétricale Majeure ainsi que toutes les femmes dont le décès en 2007 ou en 2011 dans une de ces structures est en rapport avec la grossesse ou les suites de couches.

Les principales données collectées sont

La province d'origine de la mère : cette information est donnée par la mère lors de l'admission à l'hôpital. Il convient d'être prudent vis-à-vis de cette information compte tenu du fait qu'il peut arriver que la mère déclare comme lieu de résidence non pas son domicile réel, mais un domicile provisoire, le plus souvent situé à proximité de la structure de santé et dans lequel elle réside pour la fin de sa grossesse.

Le type d'intervention : la liste des interventions retenues est celle proposée dans le protocole de base BONC¹.

L'indication de l'intervention : les indications retenues sont également celles proposées par le protocole BONC².

L'état de la mère à la sortie : Rien à signaler, mère décédée, complication, référée.

L'état de l'enfant à la sortie : Enfant né vivant et sorti vivant de l'hôpital, mort-né, décédé endéans les 24 h après la naissance.

Le moment et la cause du décès de la mère : avant, pendant ou après intervention - infection, hémorragie, maladie hypertensive.

¹ Césarienne, Laparotomie, Hystérectomie, Version-extraction, Crâniotomie. Plusieurs indications ont été ajoutées à la liste, mais uniquement pour un usage interne, elles n'ont pas été prises en compte lors de l'analyse réalisée pour l'étude BONC: Complication d'avortement, GEU, Séquelles d'excision, Col cicatriciel, présentation du siège associé à une dystocie.

² Césarienne, Laparotomie, Hystérectomie, Version-extraction, Crâniotomie. Plusieurs indications ont été ajoutées à la liste, mais uniquement pour un usage interne, elles n'ont pas été prises en compte lors de l'analyse réalisée pour l'étude BONC: Complication d'avortement, GEU, Séquelles d'excision, Col cicatriciel, présentation du siège associé à une dystocie.

Le matériel utilisé pour le recueil des données

Pour chaque cas retenu selon les critères (femme ayant subi une IOM en 2007 ou 2011 ou dont le décès de ces années est en rapport avec la grossesse), un questionnaire sera complété. Les sources d'informations sont les suivantes:

- le dossier de la patiente
- le registre d'hospitalisation
- le registre de décès maternels
- le registre de compte-rendu opératoire
- le registre postopératoire

Equipe de recherche

La collecte des données sera faite par une équipe composée du chercheur principal et de 2 membres du personnel de la structure de santé (de préférence des personnels rattachés au service de la maternité, du bloc opératoire et du système d'information sanitaire). Ces personnes se réuniront avec tous les supports d'informations et rempliront ensemble les questionnaires pour les femmes répondant aux critères de sélection.

g. Outil de collecte des données

Nous avons un seul outil divisé en sept parties. Cet outil s'inspire dans sa présentation et dans certaines parties (notamment pour les définitions *near-miss*) d'un instrument développé par l'OMS. Il complète l'instrument de l'OMS dans les sections sur la qualité des soins et par l'introduction de certaines questions qui sont pertinentes pour l'évaluation de la gratuité des soins (voir TABLEAU 5).

TABLEAU 5. CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL QUANTITATIVE DU PA4

Outil	Niveau	Sujet principal
Instrument quantitatif sur les near-miss, les césariennes et la qualité des soins	Dossiers médicaux et registres de femmes hospitalisées en maternité (accouchements normaux, near-miss, césariennes)	L'issue de l'hospitalisation Les caractéristiques démographiques L'histoire reproductive Les causes de complications Les définitions near-miss pour les femmes et pour les bébés Les indications de césariennes Les délais de prise en charge La qualité des soins pour les césariennes La qualité des soins pour toutes les femmes

h. Circuit de collecte des données

h.1 Volet quantitatif

Les données seront recueillies à partir de janvier 2012 jusqu'à décembre 2012 avec une équipe de 31 personnes (3 chercheurs, 28 enquêteurs). Les enquêteurs sont en partie les infirmiers chefs des maternités hospitalières, de la réanimation obstétricale et des unités de néonatalogie dans les hôpitaux sites de l'étude. Ces enquêteurs seront supervisés au rythme d'une fois par mois par site.

Nous allons suivre le circuit normal des parturientes lors de l'accouchement pour ne pas perturber l'organisation du travail. Suite à notre visite pour certains sites (Sidi Kacem, Al Haouz et CHU de

Marrakech), nous avons constaté que chaque site a un circuit bien défini que nous allons respecter lors de la collecte des données.

À partir des registres d'admission et des dossiers hospitaliers, une enquêtrice (coordinatrice de l'étude au niveau de l'hôpital) va procéder à l'enregistrement de tous les cas compliqués et non compliqués au sein de la maternité. Cette enquêtrice va mettre un autocollant rouge sur ces dossiers. Ensuite, dans chaque service où ces cas sont susceptibles d'être orientés (réanimation, bloc opératoire, salle d'accouchement), une enquêtrice du service concerné va procéder chez les cas compliqués au remplissage du questionnaire tous les signes cliniques tels qu'ils sont décrits dans le dossier médical de la patiente. Concernant les femmes qui ont eu une prise en charge au niveau d'un hôpital provinciale et elle est transférée au CHU, une collecte de ses données sera faite au niveau de l'hôpital d'origine et l'enquêtrice va mettre un numéro de référence sur son questionnaire et par la suite elle va le communiquer à l'enquêtrice de la maternité de CHU pour mettre le même numéro dans le questionnaire CHU afin de lier les deux dossiers (ces modalités seront précisées aux enquêteurs au moment de la formation)

Les étapes de cette collecte sont :

- Contacter les responsables des sites de l'étude pour obtenir l'autorisation à partir des registres d'admission et des dossiers hospitaliers
- Les enquêtrices identifieront l'adresse et le numéro de téléphone des femmes. Elles examineront les dossiers des parturientes afin d'obtenir des renseignements.

PS : nous allons vérifier combien des cas de near miss maternels /césariennes sont évacués directement au (CHU de Rabat pour Tétouan et Sidi Kacem; CHR Kenitra pour Sidi Kacem; si après 2 mois il n'y a pas de cas, on stoppe le suivi dans ces hôpitaux de référence.

Etude BONC : la collecte des données sera faite grâce à un questionnaire au niveau des maternités hospitalières des six sites

h.2 Volet qualitatif

Deux enquêteurs 'qualitativistes' vont mener des interviews en profondeur. Ceux-ci se dérouleront auprès des prestataires, des femmes qui ont reçu des soins d'urgence suite à un épisode near-miss, et de leur entourage. Ces entretiens devraient permettre de mieux saisir les obstacles financiers à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Ils seront complétés par des observations, et des focus groups qui vont porter sur la qualité de la prise en charge des femmes.

Les entretiens seront focalisés sur les thèmes suivants : (1) l'expérience chronologique de la grossesse et l'itinéraire de prise en charge (2) la perception de la qualité des soins (3) les obstacles financiers perçus (4) la connaissance du changement de politique concernant le coût des soins (5) la comparaison des expériences de démarche de soins avant et après l'introduction de la politique de gratuité, et (6) tous les effets inattendus qu'a entraînés la suppression des frais d'utilisation pour les usagers de soins.

La taille de l'échantillon sera d'environ 20 femmes par hôpital. Elles seront menées 7 à 21 jours après leur sortie de l'hôpital, à domicile. Les interviews se dérouleront en face à face (entre la femme et l'interviewer). Cependant, ils pourront se dérouler en présence des membres de sa famille s'ils insistent pour y participer ; des entrevues seront également menées avec les membres de la famille qui ont participé à la décision de recours hospitalier et qui y ont participé d'une façon ou d'une autre.

Le mode d'enregistrement audio sera favorisé sous condition d'autorisation des interviewés et sous couvert d'anonymat.

Confère grille d'entretiens avec les femmes et leur entourage, annexe 27

Les observations se concentreront sur (1) les modalités de prise en charge au niveau des différentes salles, de l'entrée à la sortie de la parturiente (2) les paiements, de diverses natures, effectués par la femme et /ou son entourage (3) la communication établie entre personnel, patients et familles (4) l'identification des retards éventuels de prise en charge (5) les audits, les réunions de staff consacrées aux parturientes (6) la description des lieux, des ressources matérielles par rapport à leur impact sur l'expérience de l'accouchement en structure hospitalière (7) l'examen des dossiers de patientes pour clarifier et documenter les pratiques cliniques menées (8) des observations qui se concentreront sur le nouveau-né. Les observations feront l'objet de prises de notes, rédigées hors des lieux.

Confère grille d'observations, annexe 28

Les interviews seront menées auprès de 8 profils de professionnels de santé. Les entretiens avec le personnel de santé permettront (1) d'identifier les femmes à interviewer et à observer (2) les circonstances de prise en charge (3) les éléments de changement induits par l'implantation de la politique (4) les représentations sur la qualité de soins.

Confère grille d'entretiens avec le personnel de santé, annexe 29

i. Analyse des données

i.1 Analyse quantitative

La saisie des données se fera en double entrée sur Epi info avec contrôle de cohérence (4 agents de saisie et un contrôleur de saisie). La gestion des données sera assurée par un personnel formé. Un statisticien procédera aux tests statistiques simples (Khi^2 , T-test). Ces tests seront utilisés pour comparer les incidences et les odd-ratios en utilisant le logiciel Stata 11.

i.2 Analyse qualitative

Les interviews seront retranscrits et traduits; un échantillon de transcriptions sera comparé aux enregistrements audio afin de vérifier leur adéquation et leur qualité. Toutes les données d'interviews et d'observations seront retranscrites, saisies, décryptées et codées à travers l'usage du logiciel d'analyse qualitative in vivo. L'analyse sera menée en fonction de la grille thématique qui sera élaborée à cet effet.

j. Éthique

Une autorisation des prestataires de soins et des responsables sanitaires est nécessaire pour accéder aux dossiers médicaux.

Nous allons veiller à obtenir le consentement éclairé des femmes éligibles et celui des parents des nouveau-nés (Annexe 3), c'est-à-dire que nous allons nous assurer que les femmes recrutées sont bien conscients i) que leur participation est volontaire ; ii) qu'elles peuvent poser toutes les questions qu'elles souhaitent et qu'elles recevront des réponses compréhensibles et utiles pour décider si elles participent ou non ; iii) des risques et des efforts à fournir en participant à l'étude ; iv) du bénéfice à

participer à l'étude ; v) qu'elles peuvent se retirer à tout moment de l'étude et reprendre les données de l'étude les concernant n'importe quand et sans conséquence pour elles.

Nous allons insister lors de la formation des enquêteurs sur les principes d'éthique, en particulier le respect de l'intimité des femmes et la confidentialité.

Les données avec les noms des femmes, nécessaires pour associer les données des différents dossiers (accouchement, hospitalisation...) seront gardées par une seule personne et copiées dans un seul disque dur avec un mot de passe complexe. Une fois les données complétées par toutes les sources, elles seront anonymisées et conservées par la coordinatrice du PA4.

k. Note : Interaction du projet FEMHealth et Doctorat en santé publique de Dr ASSARAG Bouchra

Notre recherche va se dérouler en même temps que le projet Femhealth, nous veillons à préciser ces points afin de ne pas avoir un conflit d'intérêts avec le projet :

k.1 Les objectifs communs avec le projet Femhealth :

- Définir et analyser l'incidence des cas de near miss maternels
- Réaliser une étude approfondie de la perception qu'ont les femmes des obstacles à l'accès aux soins

k.2 Les différences avec Femhealth :

Population de l'étude :

L'étude de doctorat va s'intéresser à l'identification de toutes les complications obstétricales et à l'analyse des cas de near miss maternelles et de témoins alors que le projet Femhealth va s'intéresser aux cas de near-miss maternels et néonatales sans témoins

Sites de l'étude et niveau d'analyse :

Le projet Femhealth va être implémenté dans six districts (dont Al Haouz) choisis en août 2011 alors que dans l'étude de doctorat est décidé depuis début 2010 que sera menée au niveau de Marrakech et El Haouz

Objectifs spécifiques :

L'étude de doctorat va comparer des femmes cas de near miss à d'autres femmes (témoins) qui ont la même complication et ne sont pas arrivées au stade near miss pour identifier les obstacles y compris les obstacles financiers, et les facteurs socio-économiques, démographiques et culturels constituant des facteurs de risque des cas de near miss en les comparant aux femmes non near miss des districts de Marrakech et d'Al Haouz, alors que Femhealth s'intéresse surtout à l'incidence des near miss et ne fait aucune comparaison avec des complications moins graves .

Pour surmonter tout conflit d'intérêts, nous allons participer :

- Mise à jour la revue de la littérature relative aux near miss maternels
- Élaboration d'un plan de travail détaillé des activités pour le projet Femhealth et pour les activités de PhD

- Au développement et au test des outils de collecte des données (surtout mettre en commun la partie concernant near miss maternels pour qu'il n'y ait pas de redondance pour les équipes du terrain)
- Coordination des activités sur le terrain

7. Gestion, traitement et analyse des données des PA2, PA3 et PA4

Toutes les données de terrain des trois volets seront conservées et stockées dans un endroit sécurisé à l'INAS. La sauvegarde adéquate des fichiers électroniques sera assurée par des systèmes de sauvegarde sécurisés sur au moins deux supports : des ordinateurs de bureaux, des disques durs externes et sur des DVDs. Les données électroniques seront centralisées par le coordinateur FEMHealth qui gardera une Copie des données sur un disque dur spécifique protégé par un mot de passe. De même, tous les dossiers imprimés seront stockés dans une armoire fermée à clé dans le bureau du coordinateur. Enfin, le fichier avec les codes et les identifiants sera conservé séparément des fichiers de données. Une attention particulière sera portée sur les clés USB et les enregistreurs afin de veiller à ce que toutes les données soient effacées après leur transfert sur un ordinateur ou un DVD.

Toutes les données quantitatives, une fois collectées feront l'objet d'une saisie double dans le Logiciel EPI INFO par deux agents de saisie formés à cet effet. Après cette double saisie, le gestionnaire de base de données va procéder à la validation. Les données seront ensuite exportées selon le besoin dans STATA ou SPSS pour analyse.

En ce qui concerne l'analyse des données financières et sur le coût, elle se fera avec le logiciel EXCEL.

Les entretiens du volet anthropologique du PA2 enregistrés seront retranscrits littéralement. Si l'entretien n'a pas été enregistré, les notes manuscrites prises feront l'objet d'un rapport et seront transmises pour saisie. Il en sera de même pour les notes d'observations.

Tous les entretiens semi-structurés du PA3 seront retranscrits littéralement.

Toutes les données qualitatives du PA2 et du PA3 saisies en Word seront ensuite transférées dans le Logiciel NVIVO pour la codification et l'analyse.

Pour l'analyse des données du PA3, nous nous concentrons sur la description et l'analyse de la phase d'adoption et de mise en œuvre. Nous commencerons par un codage thématique basé sur une liste initiale de codes *a priori* issus du cadre conceptuel. Dans les cycles subséquents de codage, la description des effets réels de la politique sur les services ciblés et non ciblés sera élaborée.

Des diagrammes "araignées" ou "radar" pourront être produits à partir des données de l'étude EMEP.

Une triangulation se fera en comparant les descriptions qualitatives et quantitatives de la mise en œuvre de la politique, son impact sur la prestation de services de santé (outputs) et son impact sur les ressources humaines.

La triangulation des conclusions de l'étude CEP sera réalisée en comparant les résultats de description et d'analyse entre les membres de l'équipe de recherche. L'analyse de l'étude CEP et les conclusions seront présentées dans les rapports de recherche.

8. Contrôle de qualité et limites de l'étude

Les outils de collecte de données seront pré-testés avant leur application dans les 6 DSP sélectionnées.

Dans les hôpitaux ne disposant pas de dossiers ou ayant des dossiers avec insuffisance dans la complétude des informations nous allons sensibiliser le personnel pour le remplissage et l'archivage de ces dossiers.

Des manuels d'enquêteur pour chaque volet seront élaborés pour servir de guide sur les règles, l'art de travail et la conduite à respecter.

Toute la collecte de données se fera sous la responsabilité scientifique des chercheurs en charge de chaque volet. Ces derniers assureront la supervision de tout le processus de collecte ainsi que la complétude et la qualité de toutes les données collectées aussi bien quantitatives que qualitatives. La vérification préliminaire sera faite tout en étant sur le terrain afin de s'assurer que les anomalies et les erreurs soient corrigées le plus tôt possible.

Il s'agira aussi d'une part, de répondre aux difficultés éventuelles de l'enquêteur en lui apportant des solutions appropriées pour le bon déroulement de la collecte. D'autre part, un échantillon des enregistrements sera réécouté au vu des transcriptions pour apprécier la fidélité. De même, une lecture d'un échantillon de transcriptions se fera au fur et à mesure pour apprécier le contenu par rapport aux thèmes à couvrir et en faire le feed-back à l'enquêteur pour l'amélioration du travail.

Quant aux données quantitatives extraites des dossiers, registres, rapports annuels des hôpitaux et des DSP, un échantillon de fiches sera sélectionné pour vérifier la conformité des données recueillies sur les fiches à celles figurant dans les dossiers et les registres.

Pour les données du PA4, toutes les fiches remplies seront vérifiées par un moniteur de données cliniques, une supervision de collecte sera faite. Un minimum de 5 fiches seront sélectionnées à chaque visite de supervision dans les hôpitaux pour vérification.

Par ailleurs, pour les entretiens de sortie, nous prévoyons des sources suivantes de biais et nous proposons des stratégies pour les limiter:

- Les patientes qui ont attendu longtemps pour être reçues / traitées peuvent ne pas vouloir passer plus de temps à participer à ce sondage économique. Cela peut être surmonté en expliquant comment leur participation contribuera à l'amélioration des services (et à réduire les temps d'attente) dans le futur.
- L'étude elle-même peut introduire un biais dans le comportement du personnel. Ils peuvent traiter les patients plus rapidement ou avec plus de soins car ils savent qu'ils sont évalués. Cela est difficile à contrôler, mais les chercheurs des PA2 et 4 devront être suffisamment discrets afin de minimiser l'attention qui pourrait leur être accordée.
- Les patientes peuvent signaler une plus grande satisfaction que ce qui est effectivement le cas, si elles craignent que les résultats de l'enquête soient partagés avec le personnel de l'établissement de santé. Cela peut être surmonté en rassurant chaque patiente que la confidentialité sera maintenue et l'assurer que l'entretien se fera dans l'anonymat et dans

une totale discrétion. En outre la patiente devrait être informée que l'enquêteur n'est pas un personnel de l'hôpital.

- Certaines patientes peuvent avoir des difficultés à renseigner l'enquêteur sur les données concernant les revenus / dépenses et les paiements pour les services. Cela sera étudié en particulier dans le pré-test et les questions seront modifiées en conséquence. Nous devons peut-être aussi recueillir des informations des partenaires/maris ou chef de ménage/accompagnants, dans les situations où ce sont ces derniers qui ont payé les factures.
- Pour limiter le biais d'interprétation (barrière linguistique) un effort sera fait en recrutant des enquêteurs parlant la langue du milieu (PA2 et PA3).

9. Dissémination des résultats

Les résultats de cette étude seront présentés en premier lieu au Ministère de la Santé lors d'une réunion avec les responsables concernés. Après cette réunion un atelier de dissémination des résultats sera organisé. Des abstracts seront rédigés et présentés aux conférences régionales et internationales dans le domaine de la santé maternelle, la politique de santé et le financement des soins de santé.

Les articles seront rédigés et soumis pour publication, notamment dans les journaux nationaux et internationaux à haut impact scientifique, comme le 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.

10. Plan du travail

Le plan du travail du projet par paquet d'activité sur 3 ans est présenté dans le tableau ci-dessous.

11. Considérations éthiques

11.1 Fiches

Deux fiches seront élaborées :

- La fiche de consentement éclairé qui sera présentée à tous les répondants au moment du premier contact.
- La fiche d'informations qui précisera les objectifs de la recherche, l'utilisation future des données et 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 (le cas échéant) et que les informations resteront confidentielles. Elle 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 préciseront aux participants la nature des questions qui peuvent surgir au cours des entrevues et qu'ils peuvent s'abstenir de répondre aux questions s'ils le souhaitent. Ces différentes fiches seront utilisées pour les patientes, les prestataires de soins, les représentants de la communauté et les décideurs politiques.

Après avoir lu la fiche d'information, les personnes qui accepteront de participer à la recherche seront invitées à prendre connaissance du formulaire de consentement éclairé et à le signer ou à y laisser leur empreinte digitale (en fonction de leur niveau d'instruction). Le consentement de la personne sera vérifié à chaque contact subséquent. L'interviewer fera en sorte que les conditions d'entretien soient appropriées.

11.2 Questions sur la sécurisation des données

Des procédures spécifiques seront élaborées et mises en œuvre pour s'assurer que les données primaires recueillies sont protégées contre d'éventuels abus d'utilisation par des personnes extérieures au projet. L'accès aux données sera restreint aux chercheurs 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. Néanmoins une page de garde comportant les coordonnées du participant sera remplie et retirée avant la transmission du questionnaire pour la saisie. En effet on a besoin du nom du participant pour faire la liaison dans la collecte de données entre les différents PA notamment le PA2 et le PA4.

Pour les données quantitatives, le coordonnateur national et le responsable des bases de données auront une copie du dossier d'enregistrement des noms et des numéros d'identification des enquêtés. Les données qualitatives utiliseront des codes 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.

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. 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 terrain ou les publications et que l'anonymat pourrait être involontairement compromis.

11.3 Minimisation des risques et de l'inconfort des participants

Il n'y a pas de risque physique associé à la recherche. Les risques émotionnels et sociaux pour les patientes et leurs accompagnants qui participent à l'étude pourraient être plus importants, puisque les questions portent sur des sujets tels que la perception de la qualité des soins ou les difficultés à gérer le coût des soins. Les entrevues seront organisées au moment et au lieu qui conviennent à la femme, de manière à ce que la confidentialité soit respectée et que les risques sociaux et la perte de revenus soient minimisés.

Étant donné que l'étude se focalise sur les urgences obstétricales, les chercheurs du PA4 en particulier 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. 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. Le besoin d'intervention pourrait, par exemple se produire si des médicaments doivent être achetés à l'extérieur de l'hôpital. Si un chercheur constate de la corruption ou des dysfonctionnements qui pourraient mettre en danger la vie de la femme, il en discutera, de manière discrète, 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 exorbitants, 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.

TABLEAU 6. TABLEAU DES CONSIDERATIONS ETHIQUES

Recherche sur les embryons humains / fœtus		OUI	Page
*	La recherche proposée implique-t-elle des embryons humains?		
*	La recherche proposée implique-t-elle des cellules ou tissus issus de fœtus humains?		
*	La recherche proposée implique-t-elle des cellules souches humaines?		
*	La recherche proposée implique-t-elle la culture de cellules souches humaines?		
*	La recherche sur les cellules souches humaines proposée implique-t-elle la dérivation de cellules embryonnaires?		
	JE CONFIRME QU' AUCUNE DES QUESTIONS ETHIQUES MENTIONNEES CI-DESSUS NE S'APPLIQUE A MA RECHERCHE	X	

Recherches sur les humains		OUI	Page
*	La recherche proposée implique-t-elle des enfants?	x	
*	La recherche proposée implique-t-elle des patients?	x	
*	La recherche proposée implique-t-elle des personnes incapables de donner leur consentement?		
*	La recherche proposée implique-t-elle des volontaires adultes sains?		
	La recherche proposée implique-t-elle du matériel génétique humain?		
	La recherche proposée implique-t-elle des échantillons biologiques humains?		
	La recherche proposée implique-t-elle le recueil de données humaines?	x	
	JE CONFIRME QU' AUCUNE DES QUESTIONS ETHIQUES MENTIONNEES CI-DESSUS NE S'APPLIQUE A MA RECHERCHE		

Vie privée		OUI	Page
	La recherche proposée implique-t-elle le traitement d'information génétique ou de données personnelles (par exemple la santé, les comportements sexuels, l'ethnicité, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques) ?	X	
	La recherche proposée implique-t-elle le suivi géographique ou l'observation de personnes?	X	
	JE CONFIRME QU' AUCUNE DES QUESTIONS ETHIQUES		

MENTIONNEES CI-DESSUS NE S'APPLIQUE A MA RECHERCHE		
--	--	--

Recherche sur les animaux		OUI	Page
	La recherche proposée implique-t-elle des animaux?		
	Ces animaux sont-ils des petits animaux transgéniques de laboratoires?		
	Ces animaux sont-ils des animaux d'élevages transgéniques?		
*	Ces animaux sont-ils des primates non-humains?		
	Ces animaux sont-ils des clones d'animaux d'élevage?		
	JE CONFIRME QU'AUCUNE DES QUESTIONS ETHIQUES MENTIONNEES CI-DESSUS NE S'APPLIQUE A MA RECHERCHE	X	

Recherche impliquant des pays en voie de développement		OUI	Page
	La recherche proposée implique-t-elle l'utilisation de ressources locales (génétique, animale, végétale, etc.)?		
	Les communautés locales bénéficieront-elles de la recherche (par exemple développement d'aptitudes, accès aux soins, éducation, etc.)?	X	
	JE CONFIRME QU'AUCUNE DES QUESTIONS ETHIQUES MENTIONNEES CI-DESSUS NE S'APPLIQUE A MA RECHERCHE		

Double usage		OUI	Page
	La recherche a-t-elle une utilité militaire directe?		
	La recherche est-elle à risque d'abus à des fins terroristes?		
	JE CONFIRME QU'AUCUNE DES QUESTIONS ETHIQUES MENTIONNEES CI-DESSUS NE S'APPLIQUE A MA RECHERCHE	X	

12. Budget

Le budget du FEMHealth est calculé et balancé selon les suppositions suivantes:

- Tous les partenaires sont éligibles pour les financements du FP9;
- Aucun des partenaires ne sous-contractera une part substantielle du travail à un tiers;
- Le FP9 rembourse 75% des coûts de recherche, et 100% des coûts du management et autres;
- Il n'y a que trois des partenaires qui ont un budget qui excède la limite des 375.000 Euros. Eux seuls devront présenter un certificat d'audit. Les frais d'audit sont estimés à approximativement 1,5% des budgets respectifs;
- Il n'y a pas, à ce jour, de budget complémentaire assuré pour le projet.

Le résumé du budget du programme et sa ventilation par catégories sont présentés dans le tableau ci-dessous.

13. Considérations de genre

L'égalité des sexes sera intégrée dans la gestion du consortium, qui s'engage à promouvoir et maintenir en son sein l'équilibre entre les sexes. Le consortium compte plusieurs chercheuses en charge de leurs PA respectifs et une femme à sa direction générale. Le maintien de l'équilibre entre les sexes des équipes sera une priorité, y compris dans le recrutement des partenaires de recherche dans les pays européens et africains participant. Au-delà de son objectif général d'améliorer la recherche et les capacités d'évaluation dans les pays africains, le consortium accordera une attention particulière à promouvoir les opportunités pour les chercheuses africaines. Chaque partenaire, en plus d'assurer l'égalité des chances dans la promotion et l'offre d'opportunités professionnelles, respectera la flexibilité du travail au sein de la structure du consortium.

L'orientation thématique du projet sur la santé maternelle est compatible avec les objectifs de maintien de l'égalité des sexes en santé internationale et dans le travail de développement en général. La mortalité maternelle est la cause majeure de décès prématuré des femmes en âge de reproduction dans les pays à faible ou moyen revenus. La discrimination des sexes dans l'autonomie sociale et économique et dans l'accès aux soins de santé est un facteur de risque bien établi pour la mortalité maternelle. Les politiques à l'étude dans ce projet visent à réduire les obstacles financiers qui contribuent à l'inégalité d'accès aux soins d'urgence. En améliorant l'accès aux soins qui les sauvent et en assurant leur santé, ces politiques pourraient permettre aux femmes de renforcer leurs capacités et de tirer parti des opportunités économiques et politiques. Il est donc essentiel de savoir si ces interventions politiques complexes sont efficaces et pourquoi elles le sont.

Les activités du consortium (comme la Communauté de Pratique) et la diffusion des résultats devraient contribuer à permettre de prendre conscience que la mortalité maternelle est indicative des limites physiques et financières à l'accès aux soins auxquelles les femmes sont confrontées dans les pays à faible et moyen revenus.

14. 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.
- Bennis I. 2010 " Gratuité de la césarienne au Maroc: Etude de cas de la province de Moulay Yacoub" INAS, Rabat
- Bewili E 2010 "Analyse de la filière de soins obstétricaux dans un nouveau contexte de gratuité des accouchements à l'hôpital : Cas de la province de Settat" INAS, Rabat
- 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 Bénin 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.
- 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.
- Pawson, R. & Tilley, N. 1997. *Realistic Évaluation*. Sage, London.
- Pawson, R. & Tilley, N. 2006. *Realist Évaluation*. DPRN Thematic Meeting 2006 Report on Évaluation, Development Policy Review Network.
- Pawson, R. 2006. *Evidence-based policy. A realist perspective*. Sage, London.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire pour l'analyse financière Maroc

Niveau national

1. Les dépenses générales liées à la politique				
	2008	2009	2010	2011
Budget de la politique (montant) :				
• Subvention				
• Kits				
• Médicaments				
•				
•				
•				
Dépenses :				
• Kits				
• Administration de la politique				
Autres :				
• Equipements				
• Transport				
• Formation				
• Recrutement de personnel additionnel				
Solde/manque budgétaire à la fin d'année				

Source : DPRF, DHSA, DA, DRH

2. Dépenses totales et activités du programme de gratuité											
Régions (ajouter les provinces et hôpitaux, si disponibles)	De 2008 à 2011										
	Ressources						Nombre d'accouchements		Nombre de césariennes		
	Kits			Subvention pour les EPS							
	Accouchement										
	Prévu	Reçu	Ecart	Prévu	Reçu	Ecart	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	
Chaouia Ouardigha											
El Gharb Chrarda											
Fes Boulmane											
Marrakech-Tensift-Elhaouz											
Souss-Massa-Draa											
Tanger-Tetouan											
Total											

Sources :

4. Données agrégées niveau national				
	2008	2009	2010	2011
Total des accouchements				
Total des accouchements à domicile				
Nombre total de césariennes				
Nombre de femmes échappées				
Nombre total de laparotomies faites (GEU, RU)				
Nombre total d'éclampsie/pré-éclampsie				
Nombre total d'accouchements dystociques				
Nombre de morts maternels				
Nombre de sages-femmes				
Nombre d'aides-soignants				
Nombre de gynécologues				
Nombre du personnel de santé				
Nombre total de soins intensifs aux nouveaux nés				
Morts nés frais				
Morts nés macérés				

Sources:

Niveau structure

5. Dépenses au niveau structure relatives à la gratuité						
Nom de la Structure:						
Année :						
Population Totale :						
Date de réception	Subventions reçues pour la gratuite	Nombre de kits reçus pour l'accouchement		Nombre d'accouchements	Nombre de césariennes	Naissances attendus
TOTAL						

Source : Pharmacie et bureau de statistique

Tableau 6 – Les sources financières et dépenses au niveau structure

Structures sanitaires de :						
.....	Ressources totales			Dépenses totales		
	Subvention de l'Etat	Paiements directs des ménages	Assurances et mutuelles	Médicaments	Consommables	Autre
2008						
2009						
2010						
2011						
Total						

Source: Administration de l'hôpital

7. Données agrégées par structure				
	2008	2009	2010	2011
Nombre de patients internes				
Nombre de patients externes				
Nombre d'accouchements				
Nombre d'accouchements à domicile				
Nombre total de césariennes				
Nombre de femmes échappées				
Nombre total de laparotomies faites (GEU, RU)				
Nombre total d'éclampsie/pré-éclampsie				
Nombre total d'accouchements dystociques				
Nombre de morts maternels				
Nombre de sages-femmes				
Nombre de femmes référées				
Nombre d'aides-soignants				
Nombre de gynécologues				
Nombre du personnel de santé				
Nombre total de soins intensifs aux nouveaux nés				
Nombre de morts nés frais				
Nombre de morts nés macérés				

Source : Administration de l'hôpital et le service de maternité

Tarif

1. Avant la politique, est-ce que les tarifs pour les césariennes étaient fixes ? Oui/non
2. Quels sont ces tarifs (différencier par type d'accouchement) ?

Tableau 8 : Tarif pour les services maternités (avant la politique et maintenant) dans votre établissement

Service	Les prix (avant la politique)	Les prix (après)
Les accouchements compliqués	<i>Précisez les sommes ; si c'était fixe ou non ; quelles éléments était compris dans ce prix</i>	
Les accouchements normaux		
Les césariennes		

Source:

Dettes et soldes

- 3. Y a-t-il des dettes du a la gratuite des accouchements normaux et des césariennes ?
- 4. Si oui, combien
- 5. Y a t-il des dettes actuelles pour l'établissement en générale a la fin de l'année financière?
 Oui=1 Non=0 → allez à Q3

(Par dettes, on veut dire les dettes que les établissements pourraient avoir envers les pharmacies, les créiteurs etc.)

- 6. Montant de la dette en Dirhams
- 7. Y a t-il un solde excédent pour l'établissement en générale a la fin de l'année financière ?
 Oui=1 Non=0

(Par soldes, on veut dire, l'épargne, les profits etc. des établissements de santé)

- 8. Montant des profits en Dirhams

Kits

A vérifier :

- 1. Est-ce qu'il y a des kits ? Oui/Non /_____/ Combien ? /_____/
- 2. Sont-ils bien stockés (avec le syntocinon au frigo, qui marche) ? Oui/Non /_____/
- 3. Est-ce qu'il y a une fiche de stock des kits ? Oui/non /_____/
- 4. Si oui, quelle est la fréquence des ruptures ? (*)

Tableau 9 : Nombre de jours par an de ruptures de stocks en kit de césarienne

Année	Nombre de jours par année de ruptures
2005	
2006	
2007	
2008	
2009	
2010	
2011	

Source:

5. les raisons de la rupture de stock (**).....

6. Quelles sont les difficultés (retard, paiement de l'intégralité du montant à percevoir, difficultés avec les pièces justificatives, etc.) rencontrées au niveau des remboursements et de l'approvisionnement en kits ***

*** Bien que les réponses à cette question soient subjectives il serait important de demander à l'interlocuteur ses impressions sur la politique depuis le début jusqu'à nos jours.

Annexe 2- Outils PA2 : Entretien sortie

Formulaire de consentement pour 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? Êtes-vous disposé(e) à participer?

Oui=1 Non=2→Remerciez l'enquêtée et arrêtez l'entretien

Signature du participant ou empreinte digitale.....

Code du répondant :

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

Date

Entretien de sortie pour chaque femme qui a accouché

Numéro du dossier médical de la femme / Numéro d'admission :

1. Date de l'entretien :	<input type="text"/>	2. Nom de l'enquêteur :	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	-------------------------	----------------------

3. Code du répondant :	.....	4. La relation du répondant par rapport à la femme :	La femme elle-même 01 Le conjoint .....02 Un ami 03 Un autre membre de la famille 04 Autre (à préciser).....05
5. Nom de l'établissement :	.....	6. Type d'établissement :	Centre hospitalier universitaire (CHU) 01 Centre hospitalier Régional (CHR) 02 Centre hospitalier Provincial (CHP) 03 Hôpital local.....04 Centre de Santé 04
7. Nom de la Province/Préfecture :		.....
8. Région :	Chaouia Ouardigha .....01 Doukalla Abda.....02 El Gharb Chrarda .....03 Fes Boulmane .....04 Grand Casablanca .....05 Guelmim Smara .....06 Laayoune-Boujdour-Sakia Lhamra .....07 Marrakech-Tensift-Elhaouz .....08 Meknes Tafilalet .....09 Orientale .....10 Oued Eddahab-Lagouira .....11 Rabat-Sale-Zemmour-Zaer .....12 Souss-Massa-Draa.....13		

	Tadla-Azilal.....14
	Tanger-Tetouan.....15
	Taza-Al Hoceima-Taounate.....16

9.	Quelle est votre date de naissance ?	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">JJ</td> <td style="text-align: center;">MM</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">AA</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>Ne sais pas=99/99/99</p> </div>							JJ	MM	AA			
JJ	MM	AA												
10.	Quelle est votre situation matrimoniale ?	<p>Mariée monogame 01</p> <p>Mariée polygame 02</p> <p>Célibataire 03</p> <p>Séparée/divorcée 04</p> <p>Veuve 05</p> <p>Autre (A précisez) 06</p>												
11.	Quelle est votre plus haut niveau d'étude ?	<p>Non scolarisé 01</p> <p>Scolarité niveau primaire 02</p> <p>Scolarité au niveau secondaire 03</p> <p>Scolarité au niveau universitaire 04</p> <p>Je ne sais pas 99</p>												
12.	Quel est votre statut d'emploi ?	<p>Employé dans le Secteur public.....01</p> <p>Employé dans le secteur privé 02</p> <p>Travailleur indépendant 03</p> <p>Employé du secteur informel04</p> <p>Au chômage.....05</p> <p>Retraitée.....06</p> <p>Inactive.....07</p> <p>Autre (A préciser).....08</p> <p>Je ne sais pas.....99</p>												
13.	Combien de personnes dans votre ménage sont sous votre responsabilité ?	<p>Nombre <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>Je ne sais pas 99</p>												
14.	Quel est le type de logement que vous occupez ?	<p>Villa ou étage villa 01</p> <p>Appartement dans un immeuble 02</p> <p>Maison traditionnelle 03</p>												

		<p>Maison moderne 04</p> <p>Chambre dans une institution ou un lieu non préparé au logement 05</p> <p>Baraque ou logement bidonville 06</p> <p>Maison rurale en Pisé ou en pierre 07</p> <p>Maison rurale en dur 08</p> <p>Autre logement (à préciser) 98</p>
15.	Quel est le statut d'occupation de votre logement ?	<p>Propriétaire ou copropriétaire 01</p> <p>Accédant à la propriété 02</p> <p>Locataire 03</p> <p>Locataire avec pas de porte 04</p> <p>Hypothèque avec ou sans location 05</p> <p>Logement de fonction 06</p> <p>Logement gratuit 07</p> <p>Autres cas (à préciser) 98</p>
16.	Vous habitez en zone rurale, semi-urbaine ou urbaine ?	<p>Zone urbaine.....01</p> <p>Zone peri-urbaine.....02</p> <p>Zone rurale.....03</p>
17.	D'où provient l'eau que la plupart des membres de votre ménage boivent ?	<p>Robinet à la maison.....01</p> <p>Robinet public .....02</p> <p>Puits traditionnels dans le ménage.....03</p> <p>Puits traditionnels public.....04</p> <p>Forage.....05</p> <p>Lac/ Rivière/ Bassin de Retenue/ Pluie .....06</p> <p>Eau embouteille.....07</p>
18.	Avez-vous de l'électricité à la maison ?	<p>Oui, avec un compteur individuel 01</p> <p>Oui, avec compteur collectif 02</p> <p>Non 03</p> <p>Je ne sais pas 99</p>
19.	Quel est le type de toilette qu'utilisent principalement les gens dans votre ménage ?	<p>Toilette individuelle avec chasse d'eau .....01</p> <p>Toilette publique.....02</p> <p>Latrines traditionnelles.....03</p> <p>Latrines avec ventilation.....04</p>

		Dans la nature, pas de toilette.....05
20.	Quel est le mode d'évacuation des eaux usées de votre maison ?	<p>Egouts 01</p> <p>Fosse septique 02</p> <p>Fosse d'aisance ou latrines 03</p> <p>Jetées dans la nature 04</p> <p>Autre moyen (à préciser) 98</p> <p>.....</p>
21.	Le mur principal de votre maison est fait de quelle matière ?	<p>Terre.....01</p> <p>Ciment/ béton.....02</p> <p>Feuilles de tôle.....03</p> <p>Paille/bois/Sécko.....04</p> <p>Autre (à préciser).....98</p>
22.	Combien y-a-t-il de chambres à coucher dans votre maison ?	Nombres de chambres <input type="text"/> <input type="text"/>
23.	Avez-vous les articles suivant dans votre ménage (il s'agit de bien en état de fonctionnement) ? Si oui, indiquez le nombre	<p>Radio Oui=01 Non=2 Nb |__|</p> <p>Télévision Oui=01 Non=2 Nb |__|</p> <p>Frigo Oui=01 Non=2 Nb |__|</p> <p>Téléphone fixe Oui=01 Non=2 Nb |__|</p> <p>Téléphone (portable) avec abonnement Oui=01 Non=2 Nb |__|</p> <p>Téléphone (portable) sans abonnement Oui=01 Non=2 Nb |__|</p>
24.	Votre ménage possède-t-il le ou les moyens de locomotion suivants? Si oui, indiquez le nombre	<p>Bicyclette Oui=01 Non=2 Nb |__|</p> <p>Moto Oui=01 Non=2 Nb |__|</p> <p>Voiture Oui=01 Non=2 Nb|__| Charrue Oui=01 Non=2 Nb |__|</p>

25.	Avez-vous des domestiques (c'est-à-dire un personnel que vous payé pour vous aider dans les tâches quotidiennes du ménage) ?	Oui.....01 Non.....02
26.	Votre ménage possède-t-il des terres agricoles ?	Oui.....01 Non.....02 → allez à question28 NSP.....99 → allez à question 28
27.	Combien d'hectares de terre agricoles le ménage possède-t-il ?	Terre irriguée <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (En hectares) Terre arboricole <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (En hectares) Terre bour <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (En hectares)
28.	A combien estimez-vous le montant des dépenses faites par votre ménage au cours des 30 derniers jours? <i>(pensez aux factures eau, électricité, téléphone, gaz, bois/charbon, logement, santé, vêtements, bijoux, pommades, savon, céréales huile, viande, poisson, légumes, etc.)</i>	Montant en DHs..... Je ne sais pas.....99
29.	De ce qui précède, à combien estimez-vous uniquement le montant des dépenses alimentaires c'est-à-dire huile, viande, poisson, légumes, etc. ?	Montant en DHs Je ne sais pas.....99
Nous aimerions vous poser quelques questions sur l'accouchement <i>(Enquêteur : à préciser que la question se réfère à la femme qui a accouché)</i>		
30.	Est-ce votre premier accouchement ?	Oui.....01 Non.....02
31.	Quelle est la date de votre accouchement précédent?	JJ MM AA/...../..... Ne sais pas=99/99/99
32.	Est-ce que vos accouchements précédents se sont soldés par des césariennes ?	Oui.....01 Non.....02
33.	Combien les accouchements précédents vous ont-ils coutés ?	Montant (en DHs).....

		Ne sais pas.....99
34.	Combien d'enfants vivant avez-vous ?	<input type="text"/> <input type="text"/> enfants vivants
35.	Avez-vous souffert d'une complication à l'accouchement pour le présent accouchement ?	Oui.....01 Non.....02 (allez à 37) Ne sais pas.....03 (allez à 37)
36.	De quel type de complication s'agissait-il ?	Eclampsie.....01 Hémorragie.....02 GEU.....03 Rupture utérine.....04 Infection/septicémie.....05 Dystocie.....06 Autre (A précisez) .....98 Je ne sais pas.....99
37.	Quelle assistance vous a été offerte lors de l'accouchement (le présent accouchement)?	Sans assistance.....01 Assistance manuelle.....02 Assistance instrumentale.....03 Opération (césarienne).....04 Autre (A préciser).....98
38.	L'hôpital dans lequel vous avez accouché était-il le premier hôpital où vous vous êtes rendu pour accoucher ?	Oui.....01 Non, j'ai été référée .....02 → aller à la question 40 Non, j'ai été évacuée .....03 → aller à la question 40
39.	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez choisie d'accoucher dans cet établissement ?	C'est l'établissement le plus proche.....01 C'est l'établissement le moins cher dans la région.....02 C'est le meilleur établissement dans la région .....03 C'est le seul établissement dans la région .....04 Je suis venue ici pour les accouchements précédents..... .....05

		Autre (à préciser).....98 Ne sait pas.....99
40.	Si vous avez été référée, vous avez été référée par quelle structure sanitaire ?	Maison d'accouchement 01 Hôpital local/Provincial 02 Clinique privée 03 Centre de santé 04 Autres (à préciser) .....98
41.	Combien de temps s'est écoulé entre le début du travail (utiliser équivalent dans la langue locale) et la prise de décision d'aller à l'hôpital ? Ici on cherche le premier retard qui est le retard dans la prise de décision. Si on doit poser la question jusqu'au moment où la personne arrive dans l'établissement alors on aura mis deux retard ensemble alors qu'il y a une question qui saisi déjà le deuxième retard	<i>Ecrire le temps écoulé en nombre de minutes, d'heures ou de jours</i> Minutes heures.....Jours Ne sait pas.....99
42.	Avant d'arriver à l'hôpital, avez-vous, pour quelque raison que ce soit, traîné à la maison?	Oui..... 01 Non.....02 (allez à 42) Ne sais pas.....99 (allez à 42)
43.	Quel était le motif du retard en arrivant à cet établissement ?	Partie à un autre établissement .....01 Manque d'argent.....02 Pas de transport.....03 Celui qui prend les décisions n'était pas présent .....04 Aucun besoin.....05 Je ne voulais pas accoucher ici mais dans un autre hôpital .....06 Je n'ai pas jugé nécessaire de par mon expérience précédente.....07 Autre (à préciser).....98

48.	Est-ce que votre ménage est membre d'une assurance de santé (mutuelle de santé) ?	Oui.....01 Non .....02 Je ne sais pas.....99	
49.	Si oui, quel est l'organisme d'assurance maladie ?	C.N.O.P.S.....1 C.N.S.S.....2 C.M.I.M.....3 Régime interne spécifique 4 Assurances privées...5 Autres (à préciser).....6 Je ne sais pas 99	
50.	Combien avez-vous payé pour les services suivants ? <i>Ecrivez le montant en monnaie locale ou 88 =le service n'était pas offert; 99 Je ne sais pas; 00 = le service était gratuit</i> <i>Enquêteur : si jamais la parturiente n'est pas en mesure de répondre aux questions suivantes sur les paiements, veuillez prendre son consentement pour l'appeler chez elle quand elle sera en possession des ordonnances et les couts des médicaments afin de compléter cette question</i>	A l'hôpital Totalemment payé .....1 Partiellement payé .....2 Pas du tout payé.....3 Service non disponible 88 Service gratuit.....00 Ne sait pas....99	A l'extérieur de l'hôpital Totalemment payé .....1 Partiellement payé .....2 Pas du tout payé.....3 Service non disponible 88 Service gratuit.....00 Ne sait pas....99
	A) L'enregistrement (frais de dossier/carnet) B) Les analyses de laboratoire/ radio/échographie C) Médicaments D) Consommables médicaux E) Les frais de la consultation F) Les frais d'opération/intervention G) Les honoraires du personnel de santé (y compris les cadeaux) H) Le transport (les aller - retours à l'établissement)	A) |__|__| B) |__|__| C) |__|__| D) |__|__|	A) |__|__| B) |__|__| C) |__|__| D) |__|__|

	<p>I) La nourriture</p> <p>J) Autre (à préciser)</p> <p>K) Total (si le détail n'est pas connu)</p>	<p>E) |_|_|</p> <p>F) |_|_|</p> <p>G) |_|_|</p> <p>H) |_|_|</p> <p>I) |_|_|</p> <p>J) |_|_|</p> <p>K) |_|_|</p>	<p>E) |_|_|</p> <p>F) |_|_|</p> <p>G) |_|_|</p> <p>H) |_|_|</p> <p>I) |_|_|</p> <p>J) |_|_|</p> <p>K) |_|_|</p>
51.	Avez-vous eu un ou des accompagnants lors de votre séjour à l'hôpital ?	<p>Oui.....01</p> <p>Non .. 02→allez à question 55</p>	
52.	Combien de personnes vous ont accompagnés à l'hôpital ?	Nbre de personnes |_|_|	
53.	A combien estimez-vous les dépenses alimentaires des accompagnants durant votre séjour à l'hôpital (à l'exclusion de celles faites pour la femme) ?	<p>Nourriture.....(en DHs)</p> <p>NSP.....99</p>	
54.	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) ?	<p>Transport.....(en DHs)</p> <p>NSP.....99</p>	
55.	Avez-vous été en mesure d'assurer tous les paiements qui vous ont été demandés?	<p>Oui.....01</p> <p>Non .....02</p> <p>Je n'ai rien eu a payer.....03</p> <p>Je ne sais pas.....99</p>	
56.	Qui a payé les frais occasionnés par cette hospitalisation ? (Plusieurs réponses sont possibles. Notez toutes les réponses fournies par l'enquêtée.)	<p>Hospitalisée elle-même 01</p> <p>Epoux 02</p> <p>Autres membres de la famille 03</p> <p>Relations 04</p> <p>L'hôpital a fourni le service gratuitement 05</p>	

		Autres (à préciser) 98
57.	Comment vous et/ou ceux qui vous ont aidé à payer ont-ils réuni les sommes nécessaires ? (Plusieurs réponses sont possibles. Notez toutes les réponses fournies par l'enquêtée.)	Sur revenus réguliers.....01 Sur épargne.....02 Réduction des dépenses du ménage.....03 Aide (de la famille, amis)..... 04 Emprunt auprès des amis et de la famille...05 Emprunt auprès des prêteurs sur gage .....06 Vente de biens..... 07 Vente de produits agricoles.....08 Vente d'animaux..... 09 Vente de terrain.....10 N'a pas pu se procurer tous les Soins.....11 Il n'y avait aucun frais à payer.....12 Autres (à préciser) .....98 Je ne sais pas 99

Est-ce que je peux voir votre prescription? (Enquêteur : à préciser que la question se réfère à la femme qui a accouché)

Enquêteur : demandez à la parturiente si vous pouvez la contacter quand elle est chez elle quand elle sera en possession des ordonnances et les couts des médicaments.

Nombres.....

Je n'ai pas d'ordonnances.....

58.Combien de produits ont été prescrits ? Listez des médicaments	59.Le médicament était-il en stock à la pharmacie de l'hôpital dans lequel vous avez accouché ?	60.Si oui, avez-vous été facturée par l'hôpital pour les médicaments ?	61.Si les médicaments n'étaient pas en en stock à la pharmacie de l'hôpital, les allez-vous acheter à l'extérieur ?	62.Combien allez-vous acheté les médicaments à l'extérieur de l'hôpital ?
A..... ...	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas.....99	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas.....99	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas.....99	Ecrivez le montant: Ne sais pas.....99
B..... ...	Oui .....01 Non .....02 Ne sais pas .....99	Oui .....01 Non .....02 Ne sais pas .....99	Oui .....01 Non .....02 Ne sais pas .....99	Ecrivez le montant: Ne sais pas.....99
C..... ...	Oui.....01 Non.....02 Ne sais pas .....99	Oui.....01 Non.....02 Ne sais pas .....99	Oui.....01 Non.....02 Ne sais pas .....99	Ecrivez le montant: Ne sais pas.....99
D..... ...	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas .....99	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas .....99	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas .....99	Ecrivez le montant: Ne sais pas.....99
E.....	Oui.....01	Oui.....01	Oui.....01 Non.....0	Ecrivez le montant:

	Non.....02 Ne sais pas.....99	Non.....02 Ne sais pas.....99	2 Ne sais pas.....99	..... . Ne sais pas.....99
F.....	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas.....99	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas.....99	Oui.....01 Non .....02 Ne sais pas.....99	Ecrivez le montant: Ne sais pas.....99

63.	Combien de temps avez-vous attendu entre le moment où vous êtes arrivé et le moment où vous a été prise en consultation ?	...jours .....heures ...minutes Ne sais pas.....99
-----	---	---

<p>64.</p>	<p>Pour chaque élément mentionné ci-dessous, dites-moi si vous étiez satisfait ou pas.</p> <p>Très satisfait.....01</p> <p>Assez satisfait..... 02</p> <p>Pas satisfait .....03</p> <p>Très déçue.....04</p> <p>Je ne sais pas.....99</p>	<p>A) Le temps d'attente <input type="checkbox"/></p> <p>B) Possibilité de discuter des problèmes ou vos inquiétudes avec un personnel <input type="checkbox"/></p> <p>C) La qualité de l'examen ou du traitement reçu <input type="checkbox"/></p> <p>D) Transparence au niveau de la structure des couts <input type="checkbox"/></p> <p>E) La Confidentialité : Le respect de votre l'intimité..... <input type="checkbox"/></p> <p>F) Disponibilité des Médicaments dans l'établissement <input type="checkbox"/></p> <p>G) Heures d'ouverture de l'établissement <input type="checkbox"/></p> <p>H) Propreté dans l'établissement..... <input type="checkbox"/></p> <p>I) La qualité de votre relation avec les agents de santé..... <input type="checkbox"/></p> <p>J) Autre (à préciser)..... <input type="checkbox"/></p>
<p>65.</p>	<p>Dans l'ensemble, quelle appréciation avez-vous à propos des services reçus au sein de cet hôpital.</p>	<p>Bonne.....01</p> <p>Passable .....02</p> <p>Mauvaise.....03</p>
<p>66.</p>	<p>Recommanderez-vous cet hôpital?</p>	<p>Oui.....01</p> <p>Non.....02</p> <p>NSP.....99</p>
<p>67.</p>	<p>Est-ce qu'on vous a expliqué pourquoi c'était nécessaire de faire une césarienne ?</p> <p><i>Enquêteur : Posez cette questions aux enquêtées si elles ont fait une césarienne</i></p>	<p>Oui.....01</p> <p>Non.....02</p> <p>Autres commentaires.....</p>

		..... NSP.....99
68.	<p>Est-ce qu'on vous a expliqué pourquoi votre accouchement fut compliqué ?</p> <p><i>Enquêteur : Posez cette question si l'enquêtée a eu un accouchement compliqué.</i></p>	<p>Oui.....01</p> <p>Non.....02</p> <p>(Allez à la ques. 71)</p> <p>NSP.....99</p> <p>(Allez à la ques. 71)</p>
69.	<p>Est-ce que toutes vos questions ont été répondues ?</p>	<p>Oui.....01</p> <p>Non.....02</p> <p>NSP.....99</p>
70.	<p>Est-ce que vous avez donné un rendez-vous pour les soins post-nataux pour avoir des conseils pour vos futures grossesses et accouchements ?</p>	<p>Oui.....01</p> <p>Non.....02</p> <p>NSP.....99</p>
71.	<p>Etes-vous sortie plus tard que prévu de l'hôpital à cause des couts ?</p>	<p>Oui.....01</p> <p>Non.....02</p> <p>NSP.....99</p>
72.	<p>Commentaires de l'enquêteur :</p> <p>(Veuillez noter tous les points pertinents que la femme soulevé pendant l'entretien)</p>	

--	--

Merci beaucoup pour votre participation !

Annexe 3 - Outils PA2 : Questionnaire Mesures incitatives personnel de santé

Consentement à participer à l'enquête du personnel de santé

Bonjour/bonsoir. Je m'appelle Je travaille pour le projet FEMHealth, piloté au Maroc par l'institut National d'Administration Sanitaire. Nous entreprenons une étude sur la politique d'exemption des frais d'accouchement. Voici la lettre du ministère de la santé autorisant cette étude.

Nous voudrions nous entretenir avec vous sur votre travail et sur ce qui a changé ces trois dernières années. Cette entrevue va durer environ une demi-heure. Nous vous assurons du respect de l'anonymat des informations que vous donnerez. Aucune information personnelle vous concernant n'apparaîtra dans le rapport de cette enquête.

Y-a-t-il des questions que vous voudriez me poser sur cette enquête ? Etes-vous disposé(e) à participer ?

Oui=1 Non=2 →**Remerciez l'agent de santé et arrêtez l'entretien**

Signature de l'agent de santé.....

Code du répondant :

Date : /...../...../...../

Enquête sur les mesures incitatives centrées sur les personnels de santé au Maroc

Nom de l'enquêteur	
No. de l'interviewé	
Date de l'entretien	____/____/2012__
Durée de l'entretien	De : __:__ à __:__
Direction départementale de la Santé	
DSP/P	
Hôpital/Service de santé	

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

1.0 Code du répondant :

Section I : Caractéristiques socioprofessionnelles du personnel de santé

No.	QUESTION	CODES/INSTRUCTIONS	RÉPONSES
1.0	Sexe ? (Enquêteur, précisez le sexe de l'agent)	Homme Femme	<input type="checkbox"/>
1.1	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"/>
1.2	Quel âge avez-vous ?	Écrire en nombre 98=Refus	<input type="checkbox"/>
1.3	Quel est votre niveau d'étude ?	1=Primaire 2=Secondaire premier cycle 3=Secondaire second cycle 4=Universitaire	<input type="checkbox"/>
1.4	Quel est votre fonction ?	1= Gynécologue-obstétricien 2= Médecin compétence en SONU 3= Médecin généraliste non formé en SONU 4= Médecin anesthésiste/réanimateur 5= Sage femme 6= Infirmière obstétricienne 7= Infirmier anesthésiste 8= Autres	<input type="checkbox"/>
1.5	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"/>
1.6	Où travaillez-vous ?	1. Centre Hospitalier Universitaire	

		(CHU) 2. Centre Hospitalier Régional (CHR) 3. Centre Hospitalier Provincial (CHP) 4. Hôpital Local (HL) avec différents capacités litières 5. Autre (préciser) 98= Aucune réponse	<input type="checkbox"/>
1.7	Quel poste occupez-vous au sein de cet établissement ?	1= Sans poste de responsabilité 2= Chef de service 3= Sage femme maitresse 4= Infirmier chef 5= Responsable d'unité de soin 6= Professeur d'université 9= Autre (à préciser)	<input type="checkbox"/>
1.8	Pendant combien d'années et/ou mois au total avez-vous travaillé dans le secteur de santé ?	<i>Remplir en nombre d'années et/ou mois</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> AA MM
1.9	Depuis combien de temps travaillez-vous à ce poste ?	<i>Remplir en nombre d'années et/ou mois</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> AA MM

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=99	<input type="text"/> <input type="text"/> HH
2.2	Est-ce que votre nombre d'heures de travail hebdomadaire a changé au cours de ces deux dernières années ?	1=Oui 2=Non → Allez à q. 2.5 3=Ne sait pas → Allez à q. 2.5	<input type="checkbox"/>
2.3	S'agit-il d'une hausse du nombre d'heures de travail ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	<input type="checkbox"/>
2.4	A combien d'heures estimez-vous cette hausse ou baisse ?	Remplir en nombre d'heures	<input type="text"/> <input type="text"/> HH
2.5	Combien de patients voyez-vous en moyenne par semaine dans votre fonction principale ?	Remplir en nombre de patients Refus=98 NSP=99	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.6	Est-ce que le nombre de patients que vous traitez (voyez) en moyenne par semaine a changé au cours de ces deux dernières années ?	1=Oui 2=Non → Allez à q. 2.9 3=Ne sait pas → Allez à q. 2.9	<input type="checkbox"/>
2.7	S'agit-il d'une hausse du nombre de patients vus ou au contraire d'une baisse ?	1=Hausse 2=Baisse	<input type="checkbox"/>

2.8	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 NSP/ Refus=98/98	|_|_| |_|_| Semaine Mois
2.10	Est-ce que le nombre d'accouchements moyen par semaine a changé au cours de ces deux dernières années ?	1=Oui 2=Non → Allez à q. 2.13 3=Ne sait pas → 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	|_|
2.12	A combien estimez-vous la variation du nombre d'accouchements faits ?	Remplir en nombre d'accouchements	Nombre d'accouchements |_|_|
2.13	Exercez-vous votre profession dans des cliniques ou structures privées ?	1=Oui 2=Non → Allez à q. 2.22	|_|
2.14	Combien de patients voyez-vous en moyenne par semaine dans votre structure privée dans laquelle vous exercez ?	Remplir en nombre de patients NSP/ Refus=98/98	|_|_|
2.15	Est-ce que le nombre de patients que vous traitez (voyez) en moyenne par semaine a changé au cours de ces deux dernières années ?	1=Oui 2=Non → Allez à q. 2.18 3=Ne sait pas → 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	|_|
2.17	A combien estimez-vous la variation du nombre de patients ?	Remplir en nombre de patients	Nombre de patients |_|_|
2.18	Combien d'accouchements faites-vous en moyenne par semaine dans l'exercice de votre fonction en structure privée ?	Remplir en nombre d'accouchements NSP/ Refus=98/98	|_|_| |_|_| Semaine Mois
2.19	Est-ce que le nombre d'accouchements moyen par semaine a changé au cours de ces deux dernières années ?	1=Oui 2=Non → Allez à q. 2.22 3=Ne sait pas → 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	|_|

2.21	A combien estimez-vous la variation du nombre d'accouchements?	Remplir en nombre d'accouchements	Nombre d'accouchements |_|_|
2.22	Exercez-vous d'autres activités génératrices de revenus (activité non-médicale telle que le commerce et l'agriculture...)?	1=Oui 2=Non	|_| →Si code 2 allez à q.3.1
2.23	Précisez le type d'activité	1=Agriculture, élevage 2=Commerce 3=Artisanat 4=Enseignement 5=Autre (précisez.....)	|_|
2.24	Combien d'heures consacrez-vous en moyenne par semaine à cette activité privée génératrice de revenu?	Remplir en nombre d'heures	HH |_|_|
2.25	Le nombre d'heures consacré aux activités génératrices de revenu a-t-il changé durant les deux dernières années ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	|_| →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	|_|
2.27	A combien d'heures estimez-vous la variation ?	Remplir en nombre d'heures	HH |_|_|

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 DHs (par mois) NSP/ Refus=98/98	|_|_|_|_|_|_|_|
3.2	Ce revenu a-t-il changé au cours de ces deux dernières années ?	1=Oui 2=Non NSP/ Refus=98/98	|_|_| →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	|_|_|

3.4	A combien estimez-vous cette variation du revenu ?	Complétez le montant en DHs	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.5	Recevez-vous d'autres rémunérations autres que votre salaire de base? Lesquelles? 	1=Oui 2=Non NSP/ Refus=98/98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →Si code 2 allez à q.3.12 →Si code 98 allez à q.3.12
3.6	A combien s'élèvent-elles ?	Compléter le montant en DHs NSP/ Refus=98/98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> →Si code 0 allez à q.3.9 →Si code 98 allez à q.3.9
3.7	Sont-elles fixes ou variables ?	1=Fixe 2=Variable	<input type="text"/> <input type="text"/>
3.8	Recevez-vous votre rémunération additionnelle de manière régulière ou non ?	1=Oui 2=Non	<input type="text"/> <input type="text"/>
3.9	Ces allocations ont-elles changées au cours de ces deux années précédentes ?	1=Oui 2=Non 3=Ne sait pas	<input type="text"/> <input type="text"/> →Si code 2 allez à q. 3.12 →Si code 3 allez à q. 3.12
3.10	S'agit-il d'une hausse ou au contraire d'une baisse	1=Hausse 2=Baisse	<input type="text"/> <input type="text"/>
3.11	A combien de Dirhams estimez-vous cette hausse ou baisse ?	Compléter le montant en DHs	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.12	Veillez 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 Formation/ voyage d'étude Oui=1 Non=2 Carburant Oui=1 Non=2 Autre Oui=1 Non=2 précisez.....	<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"/> <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"/>
3.13	Si vous bénéficiez d'un atelier de travail ou un cours sur demande de votre employeur, recevez-vous des perdiems ?	1=Oui 2=Non NSP/ Refus=98/98	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

			→Si code 2 allez à q.4.1 →Si code 98 allez à q.4.1
3.14	Si oui, quel est le montant du perdiems que vous recevez habituellement ?	Compléter le montant en Dhs	_|_|_|_|_|_|_|_|
3.15	Combien de jours par mois ou par an en moyenne, recevez-vous ce perdiems ?	Compléter en nombre de jours par mois	_|_|

Section 4. Revenu additionnel/privé

Enquêteurs, 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 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 a une pratique privée. 5=Aller au domicile du patient/client 6=Autre (préciser.....)	_|
4.2	Qui est le propriétaire du cabinet privé ?	1= l'interviewé-lui-même 2=Copropriété 3=Quelqu'un d'autre en est propriétaire 4=Autre (Précisez.....) 98/98= NSP/ Refus	_|
4.3	Combien d'argent gagnez-vous par mois dans l'exercice privé de votre fonction?	Compléter le montant en DHs 98/98= NSP/ Refus	_|_|_|_|_|_|_|_|
4.4	Ce niveau de revenu a-t-il changé au cours de ces deux dernières années ?	1=Oui 2=Non 98/98= NSP/ Refus	_|_| →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	_|
4.6	De combien de dirhams ces revenus ont-ils varié ?	Compléter le montant en DHs	_|_|_|_|_|_|_|_|
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 DHs Refus=98	_|_|_|_|_|_|_|_|
4.8	Ce niveau de revenu a-t-il changé au cours de	1=Oui	_|_|

	ces deux dernières années ?	2=Non 98/98= NSP/ Refus	→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 DHs	<input type="text"/>

Section 5 : caractéristique économique du ménage

No.	QUESTION	CODES/INSTRUCTIONS	RÉPONSES
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.....)	<input type="checkbox"/>
5.2	Combien de personnes dans votre ménage dépendent de votre revenu pour leur subsistance?	Écrire en nombre	<input type="text"/>
5.3	Combien de personnes en dehors de votre ménage dépendent de votre revenu pour leur subsistance et pour leur éducation?	Écrire en nombre	.....
5.4	Combien votre ménage a-t-il dépensé en consommation de nourriture le mois passé ? (pensez à toute dépense alimentaire, vivres, condiments, boissons, céréales huile, viande, poisson, légumes, etc. ...) ?	Écrire le montant en DHs 98/98= NSP/ Refus	<input type="text"/> <input type="checkbox"/>
5.5	Combien votre ménage a-t-il dépensé en consommation non-alimentaire le mois dernier (habits, loyers, domestiques, frais scolaires, santé, des loisirs, etc..) ?	Écrire le montant en DHs 98/98= NSP/ Refus	<input type="text"/> <input type="checkbox"/>
5.6	Combien votre ménage a-t-il dépensé au total le mois dernier ?	Écrire le montant en DHs	<input type="text"/>

No.	QUESTION	CODES/INSTRUCTIONS	RÉPONSES
		98/98= NSP/ Refus (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)	<input type="checkbox"/>
5.7	Quel était le revenu total du ménage le mois dernier? (pensez aux différentes sources de revenus : salaires, commerce, transfert reçu...)	Écrire le montant en DHs 98/98= NSP/ Refus	<hr/> <input type="checkbox"/>
5.8	Avez-vous économisé de l'argent le mois dernier ?	1= Oui 2= Non 98/98= NSP/ Refus	<input type="checkbox"/> Si 2 ou 98 aller à q 5.10
5.9	Combien avez-vous économisé ?	Écrire le montant en DHs 98/98= NSP/ Refus	<hr/> <input type="checkbox"/>
5.10	Le ménage a-t-il dû emprunter de l'argent le mois dernier ?	1= Oui 2= Non 98/98= NSP/ Refus	<input type="checkbox"/> Si 2 ou 98 aller à q 5.10
5.11	Combien avez-vous (votre ménage) a-t-il emprunté ?	Écrire le montant en DHs 98/98= NSP/ Refus <input type="checkbox"/>
5.12	Quel est le type de logement occupé ?	01 Villa ou étage villa 02 Appartement dans un immeuble 03 Maison traditionnelle 04 Maison moderne 05 Chambre dans une institution ou un lieu non préparé au logement 06 Maison rurale en Pisé ou en pierre 07 Maison rurale en dur 08 Autre logement (à préciser) 98/98= NSP/ Refus	<input type="checkbox"/>
5.13	Quel est le statut d'occupation du logement ?	01 Propriétaire ou copropriétaire 02 Accédant à la propriété 03 Locataire	

		<ul style="list-style-type: none"> • Statut social • Droits de pension • Opportunité de servir la communauté • Aucune meilleure option n'est disponible ailleurs • Autre (à préciser) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.2	Etes vous au courant de la politique nationale pour la gratuite de la césarienne ?	1=Oui 2=Non 98/98= NSP/ Refus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.3	Comment avez vous entendu parler de cette politique?	(résumer la source principale)	
6.4	Est-ce que la gratuité des accouchements est en vigueur dans votre établissement de santé ?	1 = Oui; 2 =Non (Enquêteur arrêtez l'entretien) 98/98= NSP/ Refus (Enquêteur arrêtez l'entretien)	
6.5	Avez-vous reçu des guides pour mieux appliquer la politique ?	1=Oui 2=Non 98/98= NSP/ Refus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.6	Avez-vous reçu ou participer à des formations afin de mieux appliquer la politique ?	1=Oui 2=Non 98/98= NSP/ Refus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 ?	<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 gratuite 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 gratuité 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 98/98= NSP/ Refus	<input type="checkbox"/>
6.11	Les pauvres ont-ils bénéficié de cette politique ?	1=Oui 2=Non 98/98= NSP/ Refus	<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 98/98= NSP/ Refus	<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 98/98= NSP/ Refus	<input type="checkbox"/>
6.14	La qualité des soins a-t-elle augmenté, diminué ou est-elle reste au	1=Oui	<input type="checkbox"/>

	même niveau en conséquence de la politique?	2=Non 98/98= NSP/ Refus	
6.15	D'après-vous, la politique de gratuité 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"/>
6.16	D'après-vous, la politique de gratuité 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"/>
6.17	D'après-vous, la politique de gratuité 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"/>
6.18	D'après-vous, la politique de gratuité 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	<input type="checkbox"/>
6.19	Y'aurait-il un autre effet que la politique de gratuité 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	<input type="checkbox"/>
6.20	Auriez-vous des recommandations à formuler dans le sens de l'amélioration de la politique de gratuité ?		

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

Durée de l'entretien (HH : MN)

Merci d'avoir participé à cet entretien.

Annexe 4 : Guide d'entretien avec les informateurs, user-fee removal policies

Pour le chercheur

Il s'agit d'un guide thématique qui oriente la conduite d'entretiens ouverts à mener avec les parties prenantes qui sont impliquées dans divers aspects relatifs à l'introduction et la mise en œuvre de la politique de l'abolition du paiement des soins de santé maternelle, aux niveaux nationaux et régionaux.

Ce guide constitue un simple point de départ pour les thèmes qui devraient être couverts, veuillez donc approfondir ces questions et en poser d'autres lorsque des points pertinents sont soulevés. Les questions peuvent nécessiter d'être posées dans un autre ordre que celui préétabli et ce pour ne pas rompre le cours naturel de l'entrevue. Veuillez adapter les questions complémentaires au profil de l'interviewé et aux commentaires qu'il fera, et ne poser les questions que sur des sujets dont il / elle aura connaissance.

Si la personne interrogée émet des déclarations pertinentes, veuillez poursuivre, même si elles réfèrent à des thèmes qui ne sont pas mentionnés par le guide. Vous découvrirez souvent des questions que vous auriez du poser au cours de l'entrevue— celles-ci peuvent être introduites dans les interviews suivants. Ainsi, les points importants soulevés par une personne donnée peuvent être proposés sous forme de questions à l'interviewé suivant, pour qu'il y réagisse, suivant le cas, en termes de commentaire, d'approbation ou de désaccord.

Assurez-vous de discuter de tous les sujets, certains susciteront plus de réactions que d'autres, et donc ne vous inquiétez pas si les personnes interviewées réagissent peu par rapport à d'autres questions. Il est utile de prendre des notes d'entretien, bien que toutes les entrevues doivent en principe être enregistrées une fois le consentement est accordé.

Introduction pour l'informateur:

Expliquez le but de l'étude FEMHealth, informez sur les partenaires, les motifs de sélection de l'informateur pour cet entretien, les objectifs de cet entretien et les thèmes qui doivent être couverts, et présentez le formulaire de consentement éclairé pour accord.

Background information:

Veillez demandez le nom, la profession et le poste occupé au moment de l'interview. Assurez-vous de bien saisir les responsabilités tenues par l'informateur dans son poste actuel. Questionnez-les sur leur itinéraire professionnel. S'il ya eu un changement de poste, informez-vous sur la fonction assumée durant la phase où la politique d'abolition de paiement des soins de santé était débattue et mise en place.

Contexte d'émergence de la formulation/implantation de la politique

Pouvez-vous nous dire comment la politique de gratuité des accouchements s'est manifestée dans votre pays? Quels étaient ses objectifs (qu'est-ce qu'elle prévoyait de faire)? Comment a été prise la décision d'introduire la gratuité des accouchements/pour toutes/SONU) en particulier?

(Approfondissements: Pouvez vous nous relater chronologiquement les événements et discussions qui ont eu lieu en temps et place? Sur le plan politique qu'est-ce qui se passait à cette époque? D'autres politiques, similaires, se sont-elles mis en place ou sont apparues par la suite?)

Etiez-vous impliqué personnellement? Si oui, en qualité de? . . .

Informations sur la politique (selon la pertinence par pays)

En quels termes la politique se décline-t-elle?

Comment les fonds sont-ils alloués à cette politique ?

Comment les kits sont-ils attribués (si les kits sont utilisés) ?

Quelle est la composition des kits accordés? Sont-ils adéquats?

Quel mécanisme instauré pour verser les fonds? Est-ce qu'il fonctionne bien ?

La distribution des kits est elle effective ?

Traduction en programme

Pouvez-vous expliquer comment la politique, une fois décidée, a été traduite en pratique?

Qui, au ministère de la santé est-il responsable de l'implantation du programme ?

Comment la politique a-t-elle été adaptée aux réalités du terrain ?

Suivant le processus d'implantation de la politique, quel type de changement, selon vous, a-t-il été généré, à la fois au niveau des établissements et de la communauté ?

Opinions sur les politiques d'abolitions des frais et leur mise en œuvre

Quelle est votre perception sur la politique de gratuité de l'accouchement?

Quels en sont les facteurs de succès et d'échecs, de votre point de vue?

Quelles sont selon vous, les principales contraintes pour mettre en œuvre cette politique? Comment y faire face?

Quel devenir voyez-vous pour la politique d'exemption des frais? Dans quelle mesure cette politique constitue une priorité nationale? Combien de fonds pourront ils y être consacrés et provenant de quelles sources?

Estimez-vous que la poursuite de cette politique constitue une priorité? Pourquoi? (*Approfondissements: jusqu'à quel point cela répond à un besoin important? Est-ce qu'il y répond efficacement? D'une façon rentable?*)

Avez-vous des suggestions sur la façon dont la mise en œuvre de cette politique pourrait être améliorée ?

Qui bénéficie de ce programme? Qui peut en pâtir ?

Ce programme est-il durable?

Selon vous, de quoi dépend la pérennité de ce programme? Quelles sont les mesures à mettre en place, ou qu'est ce qui nécessiterait d'être adapté pour assurer la pérennité ?

Changement de politique

Quels sont les facteurs qui, selon vous, ont induit un changement dans la politique?

Sont-ils différents de ceux qui ont induit des changements dans d'autres politiques?

Quelles sont les priorités établies? Qui (en termes d'individus ou d'organisations) influence le processus de prise de décisions ?

Selon vous, quel poids le leadership a-t-il provoqué un changement? Pouvez-vous expliquer et/ou donner quelques exemples?

A quel degré, l'opinion publique a-t-elle été impliquée dans cette décision? Le public a-t-il été informé durant le processus? La presse a-t-elle communiqué sur l'élaboration de la politique? Comment ? Qu'est-ce qu'ils ont dit ?

Pensez vous que de nombreuses voix se sont exprimés durant la phase de débat ?

Les gestionnaire des services de santé au niveau du district ou des prestataires de services ont ils été impliqués dans la concertation ou la prise de décision ?

La communauté a-t-elle été représentée?

Pouvez vous nous dire si vous avez le sentiment que la communauté internationale, c'est-à-dire les agences ou bailleurs de fonds (ou autre), ont influencé, le processus ce changement de politique ? Veuillez, SVP, donner des exemples.

Avez vous l'impression que les soubassements moraux, conceptuels ou autres (eg financiers) ont conduit ce changement au-delà de votre pays, et si c'est le cas, comment et de quel manière ?

Quel rôle, le cas échéant, les groupes de plaidoyers jouent ils dans le changement de politique ? De quels groupes s'agit-il ?

Entrevoyez-vous les forces et faiblesses du processus de prise de décision dans votre pays?

Approfondir si nécessaire : donnez un exemple d'une autre politique et à quoi c'est du ? Qu'est-ce qui a bien fonctionné, mal fonctionné ou pas du tout ?

Commenta été établi la comparaison avec la politique d'exemption de la CS ?

Communication:

Comment communiquez vous entre différent groups (disciplinaires, organisationnels, de champs d'intérêts) ?

Est-ce une priorité et/ou une facilité dans votre gestion du travail ?

Quels types d'activités influencent positivement la promotion d'une bonne communication ? (i.e., régional, réunions, synthèses, articles de journaux, meetings nationaux, etc.)

Est-ce une priorité pour vous? Qu'aimeriez-vous voir advenir ?

Quelles suggestions proposez-vous pour améliorer le processus?

A votre avis, la communication ça se déroule sans problèmes ?

Avez-vous beaucoup de contacts avec les représentants d'autres pays? Dans quels domaines/organisations?

Pensez vous que les autre pays tireront des enseignements de l'expérience de votre pays en matière d'exemptions des frais et /ou tireront profit de votre expérience ? Comment ? La dissémination se déroule-t-elle de façon adéquate ? Que souhaitez-vous verrez de plus ?

Communauté de pratique

Avez-vous jamais participé à une communauté de pratique? Laquelle? Comment en avez-vous entendu parler ? Vos collègues y sont ils impliqués ? Qu'est-ce que vous appréciez à ce sujet ? En quoi cela peut vous servir ? Pensez vous que c'est utile ? En quoi ?

Connaissez-vous la **CoP Financial Access to Health Services**? Y êtes vous inscrit ? Y participez-vous ? Pourquoi, sinon, pourquoi vous n'y participez pas ? Comment ça se passe pour vous ? Est-ce que c'est utile ? De quelle manière ? Etc.

Rôle et nature de la preuve :

Pour l'interviewer : Comme pour beaucoup de questions thématiques, quand on pose ces questions, certaines nécessitent que l'on soit sur d'essayer de ne pas influencer les réponses de l'informateur. Pour cette raison, elles doivent être posées plus tard au cours de l'interview, dans le but de ne pas biaiser l'information et le discours, ou de mettre l'accent sur des preuves non existantes.

Quel est le rationnel sous jacent derrière la décision d'introduire cette politique en particulier?

Y avait-il une compétition entre les différentes stratégies?

Pensez vous que les expériences des autres pays ont joué un rôle pour influencer le débat national autour de l'adoption de la politique ?

La politique fondée sur des preuves (évidence) constitue-t-elle un sujet de discussion parmi vos collègues? A-t-on eu recours à cette pratique dans les discussions autour de la mortalité/morbidité maternelle et les soins de santé au moment du débat sur l'exemption des frais ?

Des "évidences scientifiques" étaient elles exposées durant le débat?

Quelle preuve (évidences scientifiques) était donnée une estrade dans les débats? Sous quelle forme? A partir de quelles sources? Pouvez-vous donner des exemples ?

Ressentez-vous que la preuve a été discutée et contestée, ou présentée clairement et rationnellement? Par qui?

Au cours de votre expérience, la preuve scientifique et les études expérimentale sont-elles influencées la formulation de la politique nationale ?

Pensez vous que la preuve peut jouer un rôle plus ou moins grands sur d'autres questions de soins de santé ou de politique de santé ?

Pensez vous que la recherché scientifique est importante pour informer la reforme politique? Vos collègues ont-ils une opinion similaire à la votre ?

Donne-t-on plus de poids aux résultats d'une recherche locale dans votre pays ? Pouvez vous donner des exemples de changements de politique qui ont été mis en œuvre (ou discutés) en tant que résultat d'une recherche localement produite ?

Boule de neige:

Qui, selon vous, serait en mesure de fournir des informations additionnelles sur ce sujet? *Approfondissement : qui pourrait nous aider à mieux comprendre le processus, en raison de son éventuelle participation l'élaboration de la politique.*

Avez-vous autre chose à ajouter?

Merci pour votre disponibilité.

Annexe 5 : Guide d'observation des réunions /conférences /ateliers de travail

B - S C A L A cadre

Documenter les aspects suivants tout au long de l'événement

grâce à l'observation participante, avant, pendant et après.

Les sous-questions sont des exemples pour orienter;

Les thèmes devraient être précisés afin de s'adapter au contexte.

NB: Un journal des événements chronologiques devrait également être tenu tout au long des séances afin de conserver les détails.

Contexte

Donner quelques informations sur le contexte de cette réunion. Quelle est sa justification? Qui l'a organisée? Qui l'a financé? Qui collabore à la fois la planification et l'exécution de l'événement? Quelles négociations se sont tenues en amont de la réunion? Fait-elle partie d'une série de réunions connexes? Comment en avez-vous entendu parler? Où étaient diffusées les informations sur cette réunion? Quelle correspondance relative à cet événement avez-vous reçu, avant d'y assister?

Structure

Choix contextuels: Quel type d'espace (le local, ses fonctions, ses missions)? Comment ce lieu a été choisi? Quelle impression dégage-t-il? Son emplacement est-il facilement accessible? Quelles dispositions préparatoires ont été

prises pour susciter l'intérêt et l'accueil des participants ont-elles été prises? Dans quelle langue la manifestation est tenue? D'autres langues peuvent elles s'y exprimer? Quel genre d'image est représenté sur l'affiche de la conférence? S'agit-il d'un logo, cadeaux donnés, etc.?

Contenu

Qu'est ce qui est inclus dans le calendrier? Quels sont les sujets abordés? Sur quels sujets est l'accent mis? Est-ce que le contenu du programme (décisions organisationnel) correspond-t-il aux attentes des participants et des objectifs? Qui a été invité pour intervenir? Quelles organisations sont représentées? Quelles sont les preuves présentées? Sont-elles débattues? Elles proviennent de quels domaines, disciplines et sources? Des exemples provenant de différents pays / contextes / périodes historiques sont ils présentés? Quels types de questions sont débattues par les participants? (Préoccupations, questionnements, les ressources, les thèmes, la résolution de problèmes – par qui, quelles solutions?)

Acteurs

Les profils et sources d'intérêt des participants: Qui a été invité? Qui est participant? Tout le monde peut il assister? Y a t-il différents «niveaux» d'implication des participants? Est-ce que de nombreux participants semblent connaître d'autres fonctions et travaux? Quels sont les rôles, prérogatives, postes des personnes? Les personnes communiquent elles entre elles au-delà de leurs appartenances disciplinaires et hiérarchiques? Comment les personnes communiquent elles entre elles? Qui prend la parole lors des séances publiques? Y a t-il des relations de pouvoir non manifestes que vous pouvez faire ressortir?

(Mener un court entretien avec les participants): Quel est le motif de leur présence? Qu'attendent-ils de l'issue de cette réunion? Pourquoi ont-ils choisi de participer à cet événement? Qui a financé leur participation? Quels sont les rôles, prérogatives, postes des personnes? Communiquent ils avec les personnes appartenant à d'autres disciplines et situées à d'autres niveaux hiérarchiques.

Interactions: Comment les personnes communiquent elles entre elles? Qui parle lors des séances publiques? Y a t-il des relations de pouvoir non manifestes que vous pouvez faire ressortir?

Liens

Networking: Comment se connecter avec d'autres initiatives? Les participants assistent à d'autres événements similaires? Ya t-il un cloisonnement ou est ce qu'il se produit un réseautage avec d'autres événements? Comment les informations générées à partir de cette rencontre seront-elles diffusées?

Partage d'expérience: Quel type de matériaux sont produits et distribués? Y a t-il un lien avec les médias? Quel est le plan de communication adopté pour accompagner la rencontre et aborder les questions traitées?

Plus tard: Suivi des résultats de cette réunion et de toutes les actions qui en découlent, réalisées dans les semaines et mois qui suivent. Qu'est-ce que les personnes conservent de cette réunion et qu'est ce qu'elles ont fait par la suite.

Atmosphère

Quels commentaires les personnes émettent-elles sur cet événement ? Quelle est leur évaluation de cet événement en termes de succès et d'utilité? Pensent-elles qu'il a atteint ses buts? Quelle discussion a été générée à partir de cet événement? Autour de quels sujets? Formellement durant les séances ou aussi informellement lors des pauses café et repas? Peut-on noter un esprit de collaboration?

Annexe 6 - Invitation à participer à l'étude PA 3

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Institut National d'Administration
Sanitaire



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المعهد الوطني للإدارة الصحية

INVITATION POUR PARTICIPER A L'ETUDE

Rabat, le jeudi 20 octobre 2011

Cher collègue,

Nous réalisons une étude au sein de votre Délégation Sanitaire provinciale / de votre hôpital pour décrire comment fonctionne la gratuité de la césarienne. 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 et aussi avec des représentants de la communauté.

Par cette lettre, nous aimerions vous inviter à un entretien. Il durera maximum une heure et comprendra des questions telles que : Que pensez-vous de la gratuité des césariennes ? Quels sont les

problèmes que vous rencontrez avec cette action? Quels effets positifs ou négatifs cette action 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 à la fin de l'étude – en 2013 - une réunion de restitution avec le personnel de l'hôpital et de la DSP/P et le rapport final sera disponible à votre niveau.

Cette étude fait partie d'une grande étude multicentrique financée par la Commission Européenne. Elle s'appelle FEMHealth et comprend le Bénin, Burkina Faso, Mali, Maroc. Elle a été proposée par l'Université d'Aberdeen, la London School et l'Institut de Médecine Tropicale (Belgique). Cette étude comprend plusieurs volets et celui pour lequel nous demandons cet entretien a été conçu par l'Institut de Médecine Tropicale, Anvers (Belgique) en collaboration avec l'INAS et en partenariat avec la DHSA. Les chercheurs sur le terrain comprennent les docteurs Essolbi, Abaacrouche, Hachri.

Veillez noter que votre participation à cette étude est volontaire. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement éclairé durant 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 : Amina Essolbi, INAS, Rabat

Tél. : 0661351377 ou 0537 683 162

Rue Lamfadel Cherkaoui, Madinat Al Irfane, Rabat
Tél : 05 37 68 31 62 – Fax 05 37 68 31 61 – BP : 6329 Rabat – Email : inas@sante.gov.ma
Site web : www.sante.gov.ma/Departements/inas/index.asp



Annexe 7 – Formulaire de consentement éclairé PA 3

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Institut National d'Administration
Sanitaire



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المعهد الوطني للإدارة الصحية

CONSENTEMENT À PARTICIPER À LA RECHERCHE

Vous avez reçu une invitation pour participer à une étude menée au Maroc par l'INAS. Vous avez été sélectionné-e comme participant (e)potentiel(le) parce que vous appartenez à l'équipe cadre de la Délégation Sanitaire Préfectorale 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 gratuité de la césarienne. 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 gratuité de la césarienne ? Quels sont les problèmes que vous rencontrez avec cette action ? Quels effets positifs ou négatifs cette action peut-elle avoir ?

Gênes possibles occasionnées par la recherche

Les entrevues seront réalisées au cours des heures normales de travail.

Avantages potentiels pour les participants et/ou la société

Votre participation à la recherche nous aidera à mieux comprendre comment l'équipe cadre gère la politique de gratuité de la césarienne 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 mise en œuvre de la politique localement et à une meilleure compréhension sur la façon dont l'accès aux soins de santé pour les femmes et les enfants peut être amélioré. Les leçons apprises pourront s'appliquer au Maroc ou ailleurs.

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 :
noms :Dr Amina Essolbi, INAS, Tél. 0661351377

Droits des personnes interviewées

Vous pouvez retirer à tout moment et cesser de participer à l'étude sans conséquence.

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

Rue Lamfadel Cherkaoui, Madinat Al Irfane, Rabat
Tél : 05 37 68 31 62 – Fax 05 37 68 31 61 – BP : 6329 Rabat – Email : inas@sante.gov.ma
Site web : www.sante.gov.ma/Departements/inas/index.asp



Annexe 8- Guide d'entretien pour les membres de l'équipe cadre de la DSP/P

Le présent guide d'entretien énonce les questions principales auxquelles nous toucherons dans les entretiens avec les informateurs clés de l'équipe cadre de la DSP/P. Des modifications peuvent être faites en fonction des résultats de la revue documentaire

Eléments	Actions / Questions	Codes
Arrivée et installation	S'installer dans un endroit calme, couper le téléphone	
Introduction	<p>Se présenter (Nom, Prénom, Qualification, Institution, Objet de la visite)</p> <p>Expliquer l'objectif de l'interview</p> <p>Garantir la confidentialité et l'anonymat (éviter qu'une autre personne assiste à l'entretien. Si impossible de faire autrement, lui présenter et faire signer un document de consentement informé)</p> <p>Présenter un consentement éclairé et le faire signer avant ou à la fin de l'entretien</p> <p>Demander la permission d'enregistrer l'entretien (l'enregistrement et les notes)</p>	
Vérifiez (installez) le matériel d'enregistrement	S'assurer que le matériel fonctionne comme il faut et qu'on se trouve dans un milieu tranquille.	
Partie générale	<p>Obj.: Obtenir une idée du contexte général de la personne interrogée et la mettre à l'aise</p> <p>Question: Quelles sont vos responsabilités (comme XXXX adapter selon la fonction)?</p> <p>Q: Depuis combien de temps êtes-vous dans cette fonction?</p> <p>Q: Depuis quand travaillez-vous dans ce DSP/P/?</p> <p>Q: Où avez-vous travaillé avant ?</p>	
Thèmes	Transition vers les questions principales	
La politique	Q: Est-ce que vous pourriez me parler de la gratuité des césariennes?	Paquet de soins

Eléments	Actions / Questions	Codes
	<p>Q: Quand est-ce que cette action a été décidée au Maroc?</p> <p>Q: Quand a-t-elle été instaurée dans cette DSP/P?</p> <p>Q: Existe-t-il une subvention dans le cadre de la gratuité ?</p> <p>Q :Quand avez-vous reçu la première subvention annuelle ?</p> <p>Q: Comment ce processus de gratuité de la césarienne a été introduit par le niveau national/régional?</p> <p style="padding-left: 40px;">C: Est-ce qu'il a été accompagné d'instructions ? Si oui lesquelles ? Est-ce que les instructions étaient claires ? Y a-t-il eu des séances d'information ou des ateliers de formation?</p> <p>Q: Est-ce que le processus d'accompagnement de la mise en œuvre de la gratuité était suffisant ? expliquez</p> <p>Q : Est-ce que vous pourriez me dire quelles prestations sont couvertes par cette action ?</p> <p style="padding-left: 40px;">Clarification : les césariennes, médicaments et consommables, accouchement, transfusion sanguine, transport à l'hôpital, autres ?</p>	<p>EMEP Paquet</p> <p>(comparer avec la liste officielle donnée dans le document politique, prévoir cette liste avec l'enquêteur)</p> <p>Introduction de la politique</p> <p>Information</p> <p>Formation</p> <p>EMEP début de la mise en œuvre</p>
<p>Mise en œuvre de la politique</p>	<p>Q: Est-ce que vous pourriez expliquer comment vous et votre équipe avez mis cette action en pratique?</p> <p>Q: Est-ce que vous avez introduit toutes les mesures telles que prévues par la circulaire?</p> <p>Q: Est-ce que vous avez connu dans la DSP/P un problème au démarrage ou des interruptions de la subvention</p> <p>Q : Et vous souvenez-vous d'avoir eu une rupture de stock de kits et à quel moment ? Si oui, dans quels hôpitaux de la DSP/P et pour quelle période ?</p> <p>Q: D'après vous, est-ce que les femmes de certaines zones géographiques ou catégories sociales de votre DSP/P n'ont pas vraiment accès à la césarienne ? Y en a-t-il d'autres qui en bénéficient davantage?</p> <p>Q: Est-ce que vous pouvez nous expliquer comment le système de financement fonctionne ?</p> <p>Q : Est-ce qu'il existe des documents officiels qui expliquent la manière dont la gratuité doit être mise en œuvre dans votre DSP/P ? Si oui, de quel type de document s'agit-il ? Pouvez-vous nous montrer une copie ?</p> <p style="padding-left: 40px;">C : Est-ce que vous trouvez que ces instructions sont claires ?</p>	<p>Mise en œuvre</p> <p>Démarrage</p> <p>Fourniture</p> <p>Portée</p> <p>EMEP Offre</p> <p>EMEP Couverture</p> <p>Aborder les zones reculées si pas exprimé spontanément</p> <p>Système de financement</p>

Eléments	Actions / Questions	Codes
	<p>Q : Est-ce que vous pouvez nous décrire les différents rapports et documents à envoyer pour le suivi ?</p> <p>Q : Qu'est-ce que vous pensez de la charge de travail que cela représente à votre niveau ?</p> <p>C : Est-ce que vous pouvez y faire face ? Qu'est-ce que vous avez fait pour y faire face ?</p> <p>Q : Est-ce que les fonds reçus couvrent le coût réel de la césarienne et de l'accouchement? Dans quelle mesure ?</p> <p>Q : Comment cette politique a-t-elle influencé le revenu de l'hôpital ?</p> <p>C : Si le revenu a augmenté, comment est-il utilisé ? Si non, comment avez-vous fait face aux dépenses supplémentaires ?</p> <p>Q : D'après vous y aurait-il un meilleur mécanisme de financement de la gratuité ?</p>	<p>Rapportage</p> <p>Efficacité du subside</p>
	<p>Q : Avec la mise en place du RAMED, pensez-vous que cela va changer quelque chose pour la gratuité de la césarienne ?</p>	
<p>L'impact de la politique sur la gouvernance</p> <p>Définition de priorités locales</p>	<p>Q : Est-ce que vous croyez que la gratuité est pertinente pour votre DSP/P ? Si oui, expliquez pourquoi ?</p> <p>C : Dans quelle mesure, cette action répond à un besoin dans votre DSP/P ?</p> <p>Q : Est-ce que cette gratuité a nécessité une réorganisation des ressources internes (financement, personnel, consommables, médicaments) d'autres services ou unités vers la maternité et la salle d'opération ? Est-ce que cela posait des problèmes ?</p>	<p>Autonomie, définition des priorités locales</p> <p>Réorientation des ressources</p>
<p>L'impact de la politique sur la gouvernance – coordination</p>	<p>Q : Est-ce que la gratuité facilite ou rend plus difficile la coordination avec les autres acteurs du domaine de la santé dans votre DSP/P?</p> <p>C : avec le directeur de l'hôpital, avec le personnel de la maternité et des autres services ?</p>	<p>Coordination</p>
<p>Et un dernier thème...</p>		
	<p>Q : De quelle façon avez-vous participé au processus de la décision ou dans les procédures de mise en œuvre?</p> <p>C : Est-ce qu'on vous a invité à une réunion de consultation ?</p>	<p>Motivation-participation</p>
	<p>Q : En résumé, globalement, que pensez-vous que cette gratuité a apporté pour votre DSP/P, les hôpitaux et la communauté ?</p> <p>C : Charge de travail, conflits, résistances, impacts sur d'autres programmes</p>	
<p>Après l'entretien</p>	<p>On explique à la personne interrogée que la confidentialité des données sera respectée et la</p>	

Eléments	Actions / Questions	Codes
	<p>façon dont cet entretien sera utilisé par l'équipe de recherche.</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'un rapport sera rendu disponible et une réunion de restitution organisée (si possible).</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'il peut toujours et à tout moment se retirer de l'étude sans aucune conséquence.</p>	

Annexe 9 - Guide d'entretien pour les membres de l'équipe gestionnaire de l'hôpital (PA 3 – EMEP/CEP)

Ce guide d'entretiens thématiques énonce les thèmes et questions principaux sur lesquels on discutera avec les informateurs clés de l'équipe cadre de l'hôpital.

Si plusieurs hôpitaux appliquent la gratuité dans le même DSP/P, mener les entretiens dans chaque hôpital.

Eléments	Actions / Questions	Codes
Arrivée et installation	S'installer dans un endroit calme, couper le téléphone	
Introduction	<p>Se présenter (Nom, Prénom, Qualification, Institution, Objet de la visite)</p> <p>Expliquer l'objectif de l'entretien</p> <p>Garantir la confidentialité et l'anonymat (éviter qu'une autre personne assiste à l'entretien. Si impossible de faire autrement, lui présenter et faire signer un document de consentement informé)</p> <p>Présenter un consentement éclairé et le faire signer avant ou à la fin de l'entretien</p> <p>Demander la permission d'enregistrer l'entretien (l'enregistrement et les notes)</p>	
L'équipement d'enregistrement	S'assurer que le matériel fonctionne comme il faut et qu'on se trouve dans un milieu tranquille	
Partie générale	<p>Obj.: Obtenir une idée du contexte général de la personne interrogée et la mettre à l'aise</p> <p>Q : Question : Quelles sont vos responsabilités (comme XXXX adapter selon la fonction)?</p> <p>Q : Combien de temps êtes-vous dans cette fonction?</p>	

	<p>Q : Depuis quand travaillez-vous dans cet hôpital?</p> <p>Q : Où avez-vous travaillé avant et quelle était votre fonction?</p>	
Thèmes	Transition aux questions principales	
La politique	<p>Q: Est-ce que vous pourriez me parler de la gratuité des césariennes?</p> <p>Q: Quand est-ce que cette action a été décidée au Maroc?</p> <p>Q: Quand a-t-elle été instaurée dans cet hôpital?</p> <p>Q: Existe-t-il une subvention dans le cadre de la gratuité ?</p> <p>Q :Quand avez-vous reçu la première subvention annuelle ?</p> <p>Q: Comment ce processus de gratuité de la césarienne a été introduit par le niveau national/régional?</p> <p>C: Est-ce qu'il a été accompagné d'instructions ? Si oui lesquelles ? Est-ce que les instructions étaient claires ? Y a-t-il eu des séances d'information ou des ateliers de formation?</p> <p>Q: Est-ce que le processus d'accompagnement de la mise en œuvre de la gratuité était suffisant ? expliquez</p> <p>Q : Est-ce que vous pourriez me dire quelles prestations sont couvertes par cette politique ?</p> <p>Clarification : les césariennes, médicaments et consommables, accouchement, transfusion sanguine, transport à l'hôpital, autres ?</p>	<p>Introduction de la politique</p> <p>EMEP début de la mise en œuvre</p> <p>Information</p> <p>Formation</p>
Mise en œuvre de la politique	<p>Q : Pouvez-vous expliquer comment vous et votre équipe mettez cette action en pratique ?</p> <p>Q : Est-ce que vous pouvez énumérer les services couverts par cette gratuité dans votre hôpital ?</p> <p>C : les césariennes, les médicaments et consommables, les frais de consultation de première ligne, transport à l'hôpital, autres</p> <p>C : Est-ce que vous avez introduit toutes les mesures telles que prévues par la circulaire?</p> <p>Q: Est-ce que vous avez connu dans la DSP/P un problème au démarrage ou des interruptions de la subvention</p> <p>Q : Et vous souvenez-vous d'avoir eu une rupture de stock de kits et à quel moment ?</p> <p>C : Si oui pourquoi et sur quelle période vous avez dû modifier la 'gratuité' ?</p> <p>Q: Est-ce que les femmes viennent de toute la DSP/P dans votre hôpital ?</p> <p>C : Est-ce qu'il y des zones géographiques qui ne sont pas représentées parmi les admissions obstétricales (montrer ces zones sur la carte de la DSP/P).</p>	<p>Mise en œuvre – introduction</p> <p>EMEP Paquet</p> <p>(comparer avec la liste officielle donnée dans le document politique, prévoir cette liste avec l'enquêteur)</p> <p>EMEP Offre</p> <p>Aborder les zones reculées si pas exprimé spontanément</p> <p>EMEP Couverture</p>

	<p>Q : Recevez-vous des femmes venant d'autres provinces/préfectures ? Combien par mois ? Que faites-vous ?</p>	
	<p>Q : En général quels sont selon vous les effets (positifs et négatifs) de cette gratuité pour votre hôpital ?</p> <p>Q : Quels sont les problèmes pratiques auxquels vous faites face ?</p> <p>C : Est-ce que l'information/les lignes directrices sont claires ? C : Est-ce que vous disposez de toute l'infrastructure et du matériel dont vous avez besoin ? C : Est-ce que vous disposez des ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre cette action ? C : Est-ce que votre personnel est qualifié pour exécuter tous les soins prévus par l'action ?</p>	<p>Mise en œuvre</p> <p>Effets positifs/négatifs</p> <p>Lignes directrices</p> <p>Infrastructure</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Conditions</p>
<p>Impact de la politique sur la gouvernance de l'hôpital</p> <p>Définition des priorités locales</p>	<p>Q : Est-ce que vous croyez que cette gratuité est pertinente pour votre hôpital ?</p> <p>C : Si oui, expliquez-vous ?</p> <p>Q : Est-ce que cette gratuité a nécessité une réorientation des ressources internes ?</p> <p>C : Financement, personnel, consommables, médicaments d'autres services vers la maternité ou le bloc opératoire ? C : Est-ce que cela posait des problèmes ?</p>	<p>Autonomie – Définition des priorités</p> <p>Réorientation des ressources</p> <p>Changement dans le revenu</p>
<p>L'impact de la politique sur la gouvernance de l'hôpital</p> <p>Coordination</p>	<p>Q : Est-ce que cette gratuité facilite la coordination avec les services ou prestataires de santé avec lesquels vous travaillez ?</p> <p>C : Est-ce que les services de référence entre les différents niveaux sont meilleurs maintenant ?</p>	<p>Coordination</p>
<p>Impact de la politique sur la gouvernance de l'hôpital</p> <p>Administration</p>	<p>Q : Est-ce que vous pouvez nous expliquer comment le processus de financement pour la gratuité fonctionne ?</p> <p>Q : Est-ce qu'il existe des documents officiels qui expliquent la manière dont la gratuité doit être mise en œuvre dans votre hôpital ? Si oui, de quel type de document s'agit-il ? Pouvez-vous nous montrer une copie ?</p> <p>Q : Est-ce que vous trouvez que ces lignes directrices sont claires ?</p>	<p>Remboursement</p> <p>Rapportage</p>
	<p>Q : Est-ce que vous pouvez nous décrire les différents rapports et documents pour le suivi ?</p> <p>Q : Qu'est-ce que vous pensez de la charge de travail que cela représente ?</p> <p>C : Est-ce que vous pouvez y faire face ? Qu'est-ce que vous avez fait pour y faire face ?</p>	<p>Rapportage et charge de travail</p>
	<p>Q : Est-ce que les fonds reçus couvrent le coût réel de la césarienne et de l'accouchement? Dans quelle mesure ?</p> <p>Q : Comment la gratuité a-t-elle influencé le revenu de l'hôpital ?</p> <p>C : Si le revenu a augmenté, comment est-il utilisé ? Si non, comment avez-vous fait face aux dépenses supplémentaires ?</p>	<p>Efficacité du remboursement</p>

	Q : D'après vous y aurait-il un meilleur mécanisme de financement de la gratuité ?	
	Et un dernier thème...	
Impact de la politique sur la gestion des services de l'hôpital	Q : De quelle façon avez-vous participé au processus de la décision ou dans les procédures de mise en œuvre? C : Est-ce qu'on vous a invité à une réunion de consultation ?	Motivation – participation des gestionnaires de services de santé
	Q : Que pensez-vous que cette action de gratuité a apporté pour votre hôpital et à la communauté ? C : Charge de travail, conflits, résistances, impacts sur d'autres services de l'hôpital.	Effets de la politique
Après l'entretien	On explique à la personne interrogée que la confidentialité des données sera respectée et la façon dont cet entretien sera utilisé par l'équipe de recherche. On rappelle à l'interviewé qu'un rapport sera rendu disponible et une réunion de restitution organisée (si possible). On rappelle à l'interviewé qu'il peut toujours et à tout moment se retirer de l'étude sans aucune conséquence.	

Annexe 10 - Guide d'entretien pour le cadre intermédiaire (prestataires de soins) (PA 3 - EMEP/CEP)

Ce guide d'entretiens thématiques énonce les thèmes et questions principaux dont on discutera avec les informateurs clés du cadre intermédiaire (chef de services, chef d'unité : maternité, bloc opératoire).

Eléments	Action/Questions	Codes
Arrivée et installation	S'installer dans un endroit calme, couper le téléphone	
Introduction	<p>Se présenter (Nom, Prénom, Qualification, Institution, Objet de la visite)</p> <p>Expliquer l'objectif de l'entretien</p> <p>Garantir la confidentialité et l'anonymat (éviter qu'une autre personne assiste à l'entretien. Si impossible de faire autrement, lui présenter et faire signer un document de consentement informé)</p> <p>Présenter un consentement éclairé et le faire signer avant ou à la fin de l'entretien</p> <p>Demander la permission d'enregistrer l'entretien (l'enregistrement et les notes)</p>	
L'équipement d'enregistrement	S'assurer que le matériel fonctionne comme il faut et qu'on se trouve dans un milieu tranquille	
Partie générale	<p>Obj.: Obtenir une idée du contexte général de la personne interrogée et la mettre à l'aise</p> <p>Question : Quelle sont votre fonction et vos responsabilités?</p> <p>Q : Depuis combien de temps êtes-vous dans cette fonction?</p> <p>Q : Depuis quand travaillez-vous dans cet hôpital et dans ce service?</p> <p>Q : Où avez-vous travaillé avant ? Quelle fonction occupiez – vous ?</p>	
Thèmes	Transition aux questions principales	

La politique	<p>Q: Est-ce que vous pourriez me parler de la gratuité des césariennes?</p> <p>Q: Quand est-ce que cette action a été décidée au Maroc?</p> <p>Q: Quand a-t-elle été instaurée dans cette DSP/P?</p> <p>Q: Existe-t-il une subvention dans le cadre de cette action de gratuité ?</p> <p>Q : Savez-vous quand l'hôpital reçu la première subvention annuelle ?</p> <p>Q: Comment ce processus de gratuité de la césarienne a été introduit par le niveau national/régional?</p> <p>C: Est-ce qu'il a été accompagné d'instructions ? Si oui lesquelles ? Est-ce que les instructions étaient claires ?Y a-t-il eu des séances d'information ou des ateliers de formation?</p> <p>Q: Est-ce que le processus d'accompagnement de la mise en œuvre de la gratuité était suffisant ? expliquez</p> <p>Q : Est-ce que vous pourriez me dire quelles prestations sont couvertes par cette politique ?</p> <p>Clarification : les césariennes, médicaments et consommables, accouchement, transfusion sanguine, transport à l'hôpital, autres ?</p>	Introduction de la politique EMEP début de la mise en œuvre
--------------	--	--

<p>Mise en œuvre de la politique</p>	<p>Q: Est-ce que vous pourriez expliquer comment cette action de gratuité a été mise en pratique dans votre hôpital?</p> <p>Q: Est-ce que vous pensez que toutes les mesures ont été introduites telles que prévues par la politique au niveau de votre service?</p> <p>Q: Est-ce que vous avez connu à l'hôpital un problème au démarrage ou des interruptions de la subvention</p> <p>Q: Et vous souvenez-vous d'avoir eu une rupture de stock de kits? Si oui, pour quelle période ?</p> <p>Q: Est-ce que les femmes viennent de tout la DSP/P dans votre service? Est-ce qu'il y des zones géographiques qui ne sont pas représentées parmi les admissions obstétricales (monter ces zones sur la carte de la DSP/P).</p> <p>Q: En général quels sont selon vous les effets (positifs et négatifs) de cette gratuité pour votre hôpital ?</p> <p>Q: Quels sont les problèmes pratiques auxquels vous faites face ?</p> <p>C: Est-ce que l'information/les instructions sont claires ?</p> <p>C: Est-ce que vous disposez de toute l'infrastructure et du matériel dont vous avez besoin ?</p> <p>C: Est-ce que vous disposez des ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre cette politique ?</p> <p>C: Est-ce que votre personnel est bien qualifié pour exécuter tous les soins prévus par la gratuité ?</p>	<p>Mise en œuvre</p> <p>EMEP Offre</p> <p>EMEP Couverture</p> <p>Aborder les zones reculées si pas exprimé spontanément</p> <p>Mise en œuvre Effets positifs/négatifs</p> <p>Lignes directrices</p> <p>Infrastructure</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Conditions</p>
<p>Impact de la politique sur la gouvernance</p>	<p>Q: Est-ce que vous croyez que la gratuité est pertinente pour votre service?</p> <p>C: Si oui, expliquez-vous ?.</p> <p>C: Dans quelle mesure cette politique répond à un besoin dans votre service ?</p> <p>Q: Est-ce que l'instauration de la gratuité a nécessité une réorientation des ressources internes ?</p> <p>C: Financement, personnel, consommables, médicaments d'autres services vers la maternité ou le bloc opératoire ?</p> <p>C: Est-ce que cela posait des problèmes</p>	<p>Autonomie – Etablissement des priorités</p> <p>Réorientation des ressources</p>

<p>Impact de la politique sur la gestion des services de santé</p>	<p>Q: Que pensez-vous des informations concernant la gratuité dans votre service?</p> <p>C: Disponibilité des instructions, réunions d'information, ateliers de formation</p> <p>Q: Est-ce que la charge de travail a augmenté de façon significative ? Expliquez</p> <p>C: Est-ce que la charge de travail clinique a augmenté ? Expliquez</p> <p>C: Est-ce que les tâches administratives ont augmenté à cause de la gratuité ?</p> <p>Q: S'il y a eu une charge de travail plus lourde, quel est alors l'impact sur vos</p>	<p>Information hôpital</p> <p>Charge de travail</p>
--	--	---

	<p>autres responsabilités ?</p> <p>Q : Est-ce que vous pouvez y faire face ?</p> <p>C : Qu'est-ce que vous avez fait pour y faire face ?</p>	
	<p>Q : Est ce que vous vous sentez soutenu ou appuyé par l'administration de l'hôpital ou la DSP/P dans la mise en œuvre de la gratuité au niveau de votre service ?</p> <p>C : Est-ce qu'il y a eu des réunions (fréquence, contenu) ?</p> <p>C : Est-ce que vous recevez des équipes de supervision (fréquence, contenu) ?</p>	Soutien de la direction
	Et le dernier thème	
Motivation	Q : Comment la gratuité influence votre motivation ou l'engagement des membres de votre équipe ?	Motivation – engagement
	<p>Q : Que pensez-vous que la gratuité a apporté pour vous, votre service et pour les femmes ?,</p> <p>C : Charge de travail, conflits, résistances, impacts sur d'autres services de l'hôpital.</p>	Effets de la politique
Après l'entretien	<p>On explique à la personne interrogée que la confidentialité des données sera respectée et la façon dont cet entretien sera utilisé</p> <p>par l'équipe de recherche.</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'un rapport sera rendu disponible et une réunion de restitution organisée (si possible).</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'il peut toujours et à tout moment se retirer de l'étude sans aucune conséquence.</p>	

Annexe 11 - Guide d'entretien pour les chefs de centre de santé (PA 3 – EMEP/CEP)

Ce guide d'entretien thématique énonce les thèmes et questions principaux dont on discutera avec les informateurs clés qui font parti du cadre de chefs de centre de santé.

Eléments	Action/Questions	Codes
Arrivée et installation	S'installer dans un endroit calme, couper le téléphone	
Introduction	<p>Se présenter (Nom, qualification, institution)</p> <p>Expliquer l'objectif de l'entretien</p> <p>Garantir la confidentialité et l'anonymat (éviter qu'une autre personne assiste à l'entretien. Si impossible de faire autrement, lui présenter et faire signer un document de consentement informé)</p> <p>Présenter un consentement éclairé et le faire signer avant ou à la fin de l'entretien</p> <p>Demander la permission d'enregistrer l'entretien (l'enregistrement et les notes)</p>	
L'équipement d'enregistrement	S'assurer que le matériel fonctionne comme il faut et qu'on se trouve dans un milieu tranquille	
Partie générale	<p>Obj.: Obtenir une idée du contexte général de la personne interrogée et la mettre à l'aise</p> <p>Question : Quelle sont votre fonction et vos responsabilités?</p> <p>Q : Combien de temps êtes-vous dans cette fonction?</p> <p>Q : Depuis quand travaillez-vous dans ce centre de santé ?</p> <p>Q : Où avez-vous travaillé avant ?</p>	
Thèmes	Transition aux questions principales	
La politique	<p>Q: Est-ce que vous pourriez expliquer la gratuité de césarienne?</p> <p>Q: Quand a-t-elle été instaurée dans le pays?</p> <p>Q: Quand a-t-elle été instaurée dans votre DSP/P?</p>	<p>EMEP Début de la mise en œuvre</p> <p>EMEP Paquet</p> <p>(comparer avec la liste officielle donnée dans le document</p>

		politique, prévoir cette liste avec l'enquêteur)
	<p>Q: Comment a-t-elle été introduite par le niveau national?</p> <p>C: Est-ce qu'elle a été accompagnée d'instructions? Y a-t-il eu des séances d'information ou des ateliers de formation?</p> <p>C: Est-ce que c'était adéquat?</p> <p>Q: Est-ce que vous pourriez me dire quels services sont couverts par la gratuité ?</p> <p>Clarification: les césariennes, médicaments et consommables, transfusion, transport à l'hôpital, autres ?</p>	Introduction
Mise en œuvre de la politique	<p>Q: Est-ce que vous pouvez expliquer quel rôle votre centre de santé joue dans la gratuité?</p> <p>C: En quoi le CSMA bénéficie de la gratuité ? bilan ? transferts gratuits ? facilité de communication avec l'hôpital ?</p> <p>Q: Est-ce que vous avez introduit toutes les mesures telles que prévues par la gratuité?</p> <p>C: Bilan ? Transferts/évacuations ?</p> <p>Q: Est-ce que vous avez connu dans votre centre de santé des interruptions de l'application de la gratuité ?</p> <p>C: Si oui pourquoi et sur quelle période vous avez du arrêter d'appliquer la gratuité ?</p> <p>C: Est-ce que les femmes viennent de tous les secteurs ou villages dans votre centre de santé? Est-ce qu'il y des secteurs/villages qui ne sont pas représentés parmi les admissions pour accouchement (monter ces zones sur la carte du district).</p>	<p>Mise en œuvre</p> <p>EMEP Offre</p> <p>EMEP Couverture</p> <p>Aborder les zones reculées si pas exprimé spontanément</p>
	<p>Q: En général, quels sont selon vous les effets (positives et négatives) de cette politique pour les femmes de votre commune/arondissement?</p> <p>C: plus de femmes viennent accoucher pour bénéficier des bilans CPN gratuits, de l'évacuation ? Tendances à référer plus facilement ? Moins de femmes viennent parce qu'elles vont directement à l'hôpital ?</p> <p>Q: Quels sont les problèmes pratiques auxquels vous faites face ?</p> <p>C: Est-ce que l'information/les instructions sont claires ?</p> <p>C: Est-ce que ça a facilité pour vous le transfert des femmes ?</p>	<p>Effets positives / négatives</p> <p>Barrières locales</p> <p>Information</p> <p>Ressources humaines</p> <p>Matériel/infrastructure</p>
Impact de la politique sur la gouvernance	<p>Q: Est-ce que vous croyez que cette politique est pertinente pour vous, pour votre centre et pour la communauté?</p> <p>C: Dans quelle mesure cette politique répond à un besoin dans votre communauté ?</p>	Autonomie – Etablissement des priorités

	<p>Q : Est-ce que cette gratuité des césariennes a nécessité une réorientation des ressources internes ?</p> <p>C : Financement, personnel, consommables, médicaments, d'autres services vers la maternité ou le bloc opératoire de l'hôpital ? C : Est-ce que cela posait des problèmes?</p>	<p>Réorientation des ressources</p> <p>Changement dans le revenu</p>
Impact de la politique sur la gestion des services de santé	<p>Q : Est-ce que la charge de travail a augmenté de façon significative ? Expliquez</p> <p>C : Est-ce que la charge de travail clinique a augmenté ? Expliquez C : Est-ce que les tâches administratives ont augmenté à cause de cette politique ?</p> <p>Q : S'il y a eu une charge de travail plus lourde, quel est alors l'impact sur vos autres responsabilités ?</p> <p>Q : Est-ce que vous pouvez y faire face ? Qu'est-ce que vous avez fait pour y faire face ?</p>	<p>Information hôpital</p> <p>Charge de travail</p>
	<p>Q : Comment l'équipe cadre soutient-elle cette action de gratuité ?</p> <p>C : Est-ce qu'il y a eu des réunions (fréquence, contenu) ? C : Est-ce qu'il y a plus de supervisions (fréquence, qualité, par qui) ?</p>	<p>Soutien de la direction</p>
	<p>Q : Est-ce que vous avez tout le matériel nécessaire :</p> <p>C : Disponibilité de matériel d'accouchement, perfusions, etc.</p>	<p>Conditions de travail</p>
	Et le dernier thème	
Motivation	<p>Q : Comment la gratuité influence votre motivation ou l'engagement des membres de votre équipe ? votre relation avec la communauté ?</p>	<p>Motivation – engagement</p>
Après l'entretien	<p>On explique à la personne interrogée que la confidentialité des données sera respectée et la façon dont cet entretien sera utilisé par l'équipe de recherche.</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'un rapport sera rendu disponible et une réunion de restitution organisée (si possible).</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'il peut toujours et à tout moment se retirer de l'étude sans aucune conséquence.</p>	

Annexe 12 - Guide d'entretien pour les représentants de la communauté (PA 3 – EMEP/CEP)

Ce guide d'entretien thématique énonce les thèmes et questions principaux dont on discutera avec les informateurs clés des représentants de la communauté.

Eléments	Action/Questions	Codes
Arrivée et installation	S'installer dans un endroit calme, couper le téléphone	
Introduction	<p>Se présenter (nom, prénom, qualification, institution)</p> <p>Expliquer l'objectif de l'entretien</p> <p>Garantir la confidentialité et l'anonymat (éviter qu'une autre personne assiste à l'entretien. Si impossible de faire autrement, lui présenter et faire signer un document de consentement informé)</p> <p>Présenter un consentement éclairé et le faire signer avant ou à la fin de l'entretien</p> <p>Demander la permission d'enregistrer l'entretien (l'enregistrement et les notes)</p>	
L'équipement d'enregistrement	S'assurer que le matériel fonctionne comme il faut et qu'on se trouve dans un milieu tranquille	
Partie générale	<p>Obj.: Obtenir une idée du contexte général de la personne interrogée et la mettre à l'aise</p> <p>Q : Depuis quand êtes-vous représentant de la communauté?</p> <p>Q : Quel est votre métier ?</p>	
Thèmes	Transition aux questions principales	
Représentation communautaire	<p>Q : Quelles sont vos responsabilités comme représentant de la communauté ?</p> <p>Q : Faites-vous partie du Comité technique ?</p> <p>Q : Comment la communauté est-elle représentée dans la gestion de l'hôpital/la P/P sanitaire ?</p> <p>Q : Est-ce que vous pouvez expliquer le rôle du Comité technique vis-à-vis des services de santé ?</p> <p>Q : Combien de fois vous réunissez-vous avec les responsables des structures sanitaires ? L'hôpital ? Le CS?</p>	Rôle de la communauté
La politique	<p>Q: Vous souvenez-vous quand la gratuité a été introduite au Maroc?</p> <p>Q: Quand a-t-elle été instaurée ?</p>	Introduction de la politique

	<p>Q : Comment le public/la communauté ont été informés sur la gratuité ?</p> <p>Q : Est-ce que vous croyez que le public a été suffisamment informé ?</p> <p>C : Est-ce que l'information spécifiait clairement quels services étaient gratuits ? Pour qui ? Et où ?</p> <p>Q : Est-ce que vous pouvez expliquer comment fonctionne la gratuité de la césarienne?</p> <p>Q : Est-ce que vous pouvez nommer les services couverts par cette action :</p> <p>C : les césariennes, les médicaments et consommables, transfusion, transport à l'hôpital, autres</p>	<p>Information</p> <p>Paquet de services</p>
<p>Mise en œuvre de la politique</p>	<p>Q : Pouvez-vous expliquer comment l'équipe de la DSP/P ou l'hôpital met cette gratuité en pratique ?</p> <p>C : Est-ce que les frais à payer par l'utilisateur ont été abolis partout et pour tous ?</p> <p>Si non, pourquoi pas ?</p> <p>C : Est-ce que les frais à payer par l'utilisateur ont été abolis une fois pour toute ?</p> <p>Si non, pourquoi on les a réintroduits?</p> <p>Q : Quels sont les problèmes pratiques avec la gratuité de la césarienne?</p> <p>C : Est-ce que l'infrastructure et le matériel nécessaires sont présents ?</p> <p>C : Est-ce que les ressources humaines nécessaires sont disponibles?</p> <p>C : Est-ce que le personnel a la capacité de fournir tous les services prévus par cette action ?</p>	<p>Mise en œuvre - introduction</p> <p>Mise en œuvre Infrastructure</p> <p>Ressources humaines</p>
<p>Impact de la politique sur la gouvernance à l'hôpital</p> <p>Etablissement des priorités locales</p>	<p>Q: Est-ce que vous croyez que la gratuité est pertinente pour votre communauté?</p> <p>C : Si oui, expliquez-vous.</p> <p>C : Dans quelle mesure cette gratuité répond à un besoin dans votre communauté ?</p> <p>Q : Est-ce que la gratuité a nécessité, à votre connaissance, une réorientation des ressources internes (financement, personnel, consommables, médicaments) d'autres services vers la maternité ou le bloc opératoire ? Est-ce que cela posait des problèmes?</p> <p>Q : Savez-vous si la gratuité a influencé le revenu de l'hôpital ?</p> <p>C : Si le revenu a augmenté, comment il a été utilisé ?</p>	<p>Pertinence pour la communauté</p> <p>Réorientation des ressources</p> <p>Changement dans le revenu</p>
<p>Efficacité de la politique</p>	<p>Q : Est-ce que la gratuité atteint son objectif ? Est-ce que cela marche ?</p> <p>C : Est-ce que plus de femmes utilisent les services de santé pour accoucher?</p>	<p>Efficacité</p> <p>Obstacles aux services</p>

	C : Est-ce qu'il reste des obstacles ? Si oui, lesquels ?	
Impact sur le système entier	<p>Q : Est-ce que vous pensez que la gratuité a certains effets négatifs? Veuillez expliquer.</p> <p>C : Est-ce que l'accès ou la prestation de services ont diminué pour les autres patients ?</p>	Effets sur services et populations non ciblés
	Et le dernier thème	
Impact de la politique sur la gestion des services hospitaliers	<p>Q : Pouvez-vous expliquer comment la communauté a été impliquée dans la gratuité?</p> <p>C : Est-ce que vous en êtes correctement informé ? Consulté ? Est-ce que vous y avez activement participé ?</p>	Participation de la communauté (représentants)
	Q : Avez-vous encore des commentaires au sujet de la gratuité ?	
Après l'entretien	<p>On explique à la personne interrogée que la confidentialité des données sera respectée et la façon dont cet entretien sera utilisé par l'équipe de recherche. On rappelle à l'interviewé qu'un rapport sera rendu disponible et une réunion de restitution organisée (si possible).</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'il peut toujours et à tout moment se retirer de l'étude sans aucune conséquence.</p>	

Annexe 13 - Guide d'entretien pour les membres de direction départementale de la santé

Le présent guide d'entretien énonce les questions principales auxquelles nous toucherons dans les entretiens avec les informateurs clés de l'équipe cadre de la région sanitaire. Des modifications peuvent être faites en fonction des résultats de la revue documentaire

Eléments	Actions / Questions	Codes
Arrivée et installation	S'installer dans un endroit calme, couper le téléphone	
Introduction	<p>Se présenter (Nom, qualification, institution)</p> <p>Expliquer l'objectif de l'interview</p> <p>Garantir la confidentialité et l'anonymat (éviter qu'une autre personne assiste à l'entretien. Si impossible de faire autrement, lui présenter et faire signer un document de consentement informé)</p> <p>Présenter un consentement éclairé et le faire signer avant ou à la fin de l'entretien</p> <p>Demander la permission d'enregistrer l'entretien (l'enregistrement et les notes)</p>	
Vérifiez (installez) le matériel d'enregistrement	S'assurer que le matériel fonctionne comme il faut et qu'on se trouve dans un milieu tranquille.	
Partie générale	<p>Obj.: Obtenir une idée du contexte général de la personne interrogée et la mettre à l'aise</p> <p>Question: Quelles sont vos responsabilités (comme XXXX adapter selon la fonction)?</p> <p>Q: Depuis combien de temps êtes-vous dans cette fonction?</p> <p>Q: Depuis quand travaillez-vous dans cette région?</p> <p>Q: Où avez-vous travaillé avant ?Et dans quelle fonction ?</p>	
Thèmes	Transition vers les questions principales	
La politique	<p>Q: Est-ce que vous pourriez expliquer la gratuité de la césarienne?</p> <p>Q: Est-ce que vous pourriez me dire quels services sont couverts par cette action ?</p> <p>Clarification : les césariennes, médicaments et consommables, transfusion, transport à l'hôpital, autres ?</p>	<p>Paquet de soins</p> <p>EMEP Paquet</p> <p>(comparer avec la liste officielle donnée dans le document</p>

Eléments	Actions / Questions	Codes
	<p>Q: Quand a-t-elle été instaurée dans cette région ?</p> <p>Q: Quand est-ce que les premiers subventions ont été octroyées aux hôpitaux ?</p> <p>Q: Comment a-t-elle été introduite par le niveau national?</p> <p>C: Est-ce qu'elle a été accompagnée d'instructions? Y a-t-il eu des séances d'information ou des ateliers de formation?</p> <p>Q: Est-ce que c'était suffisant ?</p>	<p>politique, prévoir cette liste avec l'enquêteur)</p> <p>Introduction de la politique</p> <p>Information</p> <p>Formation</p> <p>EMEP début de la mise en œuvre</p>
<p>Mise en œuvre de la politique</p>	<p>Q: Est-ce que vous pourriez expliquer comment vous et votre équipe avez contribué en pratique à la mise en place de la gratuité de la césarienne?</p> <p>Q: Est-ce que toutes les mesures telles que prévu par la gratuité ont été introduites?</p> <p>Q: Est-ce que tous les hôpitaux ont démarré la gratuité à la même période ?</p> <p>Q: Est-ce que vous avez connu dans la région des interruptions de l'application de la gratuité (kits, subvention) ? Si oui, dans quelles structures et pour quelle période ?</p> <p>Q : Pourriez-vous indiquer sur la carte régionale les zones non couvertes ? (prévoir une carte de la région)</p>	<p>Mise en œuvre</p> <p>Démarrage</p> <p>Fourniture</p> <p>Portée</p> <p>EMEP Offre</p> <p>Aborder les zones reculées si pas exprimé spontanément</p> <p>EMEP Couverture</p>
	<p>Q : Pouvez-vous expliquer comment le processus de subvention fonctionne ?</p> <p>Q : Est-ce qu'il existe des documents officiels qui expliquent la manière dont la gratuité devrait être mise en place ?</p> <p>C : Si oui, de quel type de document s'agit-il ? (Pouvez vous nous montrer ces documents ?)</p> <p>Q : Est-ce que vous trouvez que ces instructions sont claires?</p>	<p>Le système de financement</p>
	<p>Q : Est-ce que vous pouvez nous décrire les différents rapports et documents à envoyer pour recevoir la subvention ?</p> <p>C : Expliquez le système de rapportage pour ce processus ?</p> <p>Q : Qu'est-ce que vous pensez de la charge de travail que le système de rapportage représente ?</p> <p>C : Est-ce que vous pouvez y faire face ? Qu'est-ce que vous avez fait pour y faire face ?</p>	<p>Rapportage</p>
	<p>Q : Est-ce que la subvention couvre les coûts réels de la césarienne?</p>	<p>Efficacité du</p>

Eléments	Actions / Questions	Codes
	<p>C: De quel mesure ? Expliquez-vous?</p> <p>Q : D'après vous, y aurait-il une meilleure façon de procéder ?</p> <p>Q : Comment la gratuité a-t-elle influencé le revenu des hôpitaux ?</p>	remboursement
<p>L'impact de la politique sur la gouvernance</p> <p>Définition de priorités locales</p>	<p>Q : Est-ce que vous croyez que la gratuité est pertinente pour votre région? Si oui, expliquez pourquoi ?</p> <p>C : Dans quelle mesure, cette gratuité répond à un besoin dans votre région ?</p> <p>Q : Est-ce que la gratuité a nécessité une réorganisation des ressources internes au sein de votre direction pour faciliter la mise en place de la politique ?</p> <p>Q : Est-ce que cela a posé des problèmes ?</p>	<p>Autonomie, définition des priorités locales</p> <p>Réorientation des ressources</p>
<p>L'impact de la politique sur la gouvernance – coordination</p>	<p>Q : Est-ce que la gratuité de la césarienne facilite ou rend plus difficile la coordination avec les autres acteurs du domaine de la santé dans votre région?</p>	Coordination
	Et un dernier thème...	
	<p>Q : De quelle façon avez-vous participé aux décisions concernant la gratuité des césariennes ?</p> <p>C : Dans le processus, la définition des procédures de mise en œuvre ?</p> <p>Q : Que pensez-vous que la gratuité a apporté pour votre région, les délégations sanitaires et la communauté ?</p> <p>C : Charge de travail, conflits, résistance, impact sur d'autres programmes ?</p> <p>Q : Quelles sont vos propositions pour améliorer la mise en œuvre de la gratuité ?</p>	<p>Motivation - participation</p> <p>Effets de la politique</p>
<p>Après l'entretien</p>	<p>On explique à la personne interrogée que la confidentialité des données sera respectée et la façon dont cet entretien sera utilisé par l'équipe de recherche.</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'un rapport sera rendu disponible et une réunion de restitution organisée (si possible).</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'il peut toujours et à tout moment se retirer de l'étude sans aucune conséquence.</p>	

Annexe 14 - Dimensions, indicateurs et sources d'information PA3 – EMEP

EMEP		Source de données	Questions	Résultats	
				A/ Lignes directrices officielles	B/ Situation réelle dans le district
Début de la mise en œuvre	Démarrage de la politique sur le terrain comparé à la date officielle	Entretiens avec le directeur de l'hôpital et le médecin chef de district Triangulation avec les données de la revue documentaire (lignes directrices du Ministère, rapports annuels du district, etc.)	Q: pourriez-vous nous dire quels sont les hôpitaux qui appliquent la politique dans votre district? Q: Pourriez-vous nous dire quand la politique a été mise en œuvre dans chaque hôpital (si plusieurs) ?	Décision politique (décret) de l'exemption du paiement direct par les usagers à l'échelle nationale Date du décret: --/--/-- Démarrage officiel de la mise en œuvre de la politique décrété au niveau national : --/--/-- Type d'hôpitaux concernés par la politique selon les documents officiels: - public <input type="checkbox"/> - privé lucratif <input type="checkbox"/> - confessionnel <input type="checkbox"/> Niveau des hôpitaux: - district <input type="checkbox"/> - régional <input type="checkbox"/> - national <input type="checkbox"/> Sources de données (auteur, titre, date) 1. _____ 2. _____ 3. _____ _____	Arrivée des premiers fonds au niveau du <u>district</u> : --/--/-- Hôpital 1 _____ met en œuvre la politique: Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Date de démarrage : --/--/-- Hôpital 2 _____ met en œuvre la politique: Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Date de démarrage : --/--/-- Sources de données (auteur, titre, date) 1. _____ 2. _____ 3. _____ _____

EMEP		Source de données	Questions	Résultats	
				A/ Lignes directrices officielles	B/ Situation réelle dans le district
Offre	Permanence de l'offre	Entretiens avec le directeur de l'hôpital et le médecin chef de district Triangulation avec les données de la revue documentaire (rapports du Ministère, rapports annuels du district, etc)	Q: Pourriez-vous nous dire si chacun des hôpitaux a connu des interruptions de l'application de la politique d'exemption (ou de subvention) Si c'est le cas, pour combien de temps ? et pourquoi ?	Tous les hôpitaux inclus dans la politique sont censés fournir le paquet de soins couvert 24h/24	Hôpital 1 _____: Permanence : oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/>
				Existent-ils des restrictions dans le document officiel de la politique ? Par exemple en cas de rupture de médicaments à l'hôpital ? (est-ce que les médicaments achetés en pharmacie privée sont remboursés par le système ?) Expliquer : _____ _____ _____ _____	<ul style="list-style-type: none"> • Si non, pour combien de temps le paquet de soins n'a pas été gratuit? ____ mois • Raison pour l'interruption _____ _____ Hôpital 2 _____: Permanence : oui <input type="checkbox"/> / non <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> • Si non, pour combien de temps le paquet de soins n'a pas été gratuit? ____ mois • Raison pour l'interruption _____ _____ (à compléter si autres hôpitaux)
				Sources de données (auteur, titre, date)	Sources de données (auteur, titre, date)
				1. _____	1. _____
				2. _____	2. _____
				3. _____	3. _____

EMEP		Source de données	Questions	Résultats	B/ Situation réelle dans le district
				A/ Lignes directrices officielles	
Paquet	Comparaison du paquet de soins officiellement couvert par la politique avec le paquet réellement offert	Entretiens avec le directeur de l'hôpital et le médecin chef de district Triangulation avec les données de la revue documentaire (rapports du Ministère, rapports annuels du district, etc)	Q: Pourriez-vous lister les services actuellement couvert dans le paquet de soins fournis gratuitement? <i>(comparer avec la liste officielle fournie dans les lignes directrices des documents officiels du Ministère de la santé)</i>	Le paquet officiel tel que définit dans les documents du Ministère de la santé: <i>(voici un exemple qui peut vous aider, mais chaque pays doit adapter le questionnaire)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Acte accouchement normal: <input type="checkbox"/> • Acte césarienne <input type="checkbox"/> • Acte pour les autres interventions obstétricales majeures: <input type="checkbox"/> • Médicaments: totalement gratuits <input type="checkbox"/> partiellement subsidiés <input type="checkbox"/>: ___% du total • Soins infirmiers pour la mère: <input type="checkbox"/> • Hospitalisation pour la mère: <input type="checkbox"/> • Soins aux nouveau-nés: <input type="checkbox"/> • Traitement des complications: <input type="checkbox"/> • Consultations au 1er échelon: <input type="checkbox"/> • Transport vers l'hôpital: <input type="checkbox"/> • Gratuité au niveau de l'hôpital de référence si référée: <input type="checkbox"/> <p>Sources de données (auteur, titre, date)</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>	Le paquet tel que mis en œuvre dans chaque hôpital du district Reprendre la liste officielle de gauche comme référence et cocher si cela est présent ou non dans la réalité. On aura un % de complétude du paquet Hôpital 1 (reprendre la liste de gauche et cocher) % paquet offert Hôpital 2 (reprendre la liste de gauche et cocher) % paquet offert Hôpital 3 (reprendre la liste de gauche et cocher) % paquet offert Sources de données (auteur, titre, date)

EMEP		Source de données	Questions	Résultats	
				A/ Lignes directrices officielles	B/ Situation réelle dans le district
Couverture	Couverture géographique de la politique	Entretiens avec le médecin chef de district, le responsable du SIS, le gestionnaire de l'hôpital et les chefs de service de la maternité et du bloc opératoire Triangulation avec les données de la revue documentaire (rapports du Ministère, rapports annuels du district, etc)	Q: Est-ce que toutes les femmes enceintes du district sont couvertes par la politique ? Pourriez-vous indiquer sur une carte quelles sont les aires de santé qui ne sont pas couvertes par la politique ?	Noter ici la répartition urbain/rural de la population du district en fonction des estimations officielles données par le responsable du SIS Pop urbaine : nombre habitants, nombre naissances attendues, % du total Pop rurale : nombre habitants, nombre de naissances attendues, % du total Noter ici la répartition de la population par par aires de santé (zone de responsabilité des centres de santé) ou autre découpage sanitaire équivalent. Aire de santé A : nombre habitants, nombre naissances attendues, % du total Aire de santé B : nombre habitants, nombre de naissances attendues, % du total Etc. Joindre une carte du district avec les aires de santé qui sont théoriquement couvertes selon les directives officielles Sources de données (auteur, titre, date) 1. _____ 2. _____ 3. _____	Comparaison avec l'utilisation réelle des services : Accouchements en centres de santé Accouchements à l'hôpital Césariennes Par milieu (urbain/rural) Par aire de santé (A, B, C...) Joindre une carte de district avec les zones de santé réellement couvertes par la politique S'il y a une différence avec les directives officielles, expliquer pourquoi : _____ _____ _____ Sources de données (auteur, titre, date) 1. _____ 2. _____ 3. _____

Annexe 15 - PA 3 - CEP : Dimensions, indicateurs et sources d'information

Dimensions CEP		Indicateurs/ information	Outils de recueil et source de données	Résultats	
STEWAR DSHIP Gouvernance	Établissement des priorités locales	Déplacement de ressources des priorités locales à cause de la nouvelle politique	PA3 entretiens avec des membres de l'équipe de gestion de l'hôpital	Réaffectation du personnel au sein de l'hôpital	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
				Réallocation de fonds au sein de l'hôpital	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
				Réaffectation de médicaments et consommables vers le bloc opératoire	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
				Réaffectation de médicaments et consommables vers le service maternité	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
			PA3 entretiens avec les membres de l'EEDSP/P	Réaffectation du personnel au sein du district	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
Coordination des acteurs externes		Effet de la politique sur la capacité de l'ECD à coordonner les autres acteurs	PA3- entretiens avec les membres de l'EEDSP/P	Perception de la perte de la capacité de coordonner les autres acteurs	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
			PA3 entretiens avec l'équipe de gestion de l'hôpital	Perception de la perte de la capacité de coordonner les autres acteurs	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
Administration		Lignes directrices sur la mise en œuvre	PA3 Examen des documents de la politique	Lignes directrices disponibles au bureau de district	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si non : pourquoi ? _____ _____ _____ _____
				Les lignes directrices stipulent-elles clairement les responsabilités de chacun des acteurs ?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>

Dimensions CEP	Indicateurs/ information	Outils de recueil et source de données	Résultats
	Remboursement	PA3 entretiens avec les gestionnaires de l'hôpital	Combien de temps faut-il pour se faire rembourser ? _____ semaines
			Cette vitesse de remboursement entraîne-t-elle des problèmes ? _____ _____ _____
	Système de rapportage de la politique		Système de rapportage : avez-vous l'autorisation d'utiliser l'information pour la prise de décisions locale ? Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si non : pourquoi ? _____ _____ _____

STEWARDSHIP	Information	Présence et qualité de l'information au sujet de la politique (disponibilité des lignes directrices, réunions d'information, atelier de formation)	PA3 Entretiens avec l'EEDSP/P	Lignes directrices adéquates	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si non : pourquoi ? _____ _____
Gestion des services de santé				Information accompagnant les lignes directrices adéquates	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si non : pourquoi ? _____ _____
	Motivation	Participation au processus de l'élaboration de la politique et aux		Participation au processus menant à un meilleur engagement	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si non : pourquoi ? _____ _____

		réunions programmatiques		_____
		Effet de la politique sur la motivation	PA2 Enquêtes Personnels de santé PA3 Entretiens avec l'EEDSP/P	La politique a un impact négatif sur la motivation des gestionnaires et les prestataires de soins.
				Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si non : pourquoi ? _____ _____

Dimensions CEP		Indicateurs/	Outils de recueil	Résultats	
		information	et sources de données		
PRESTAT ION DES SERVICE S DE SANTÉ Services ciblés <i>(efficacité de la politique)</i>	Volume	Nombre de césariennes, accouchements normaux, accouchements instrumentaux Tendances dans le temps (5 dernières années) Taux d'occupation des lits en maternité	PA3 Revue de registres Statistiques hospitalières	Il y a eu une augmentati on du volume et de l'utilisation dans le temps	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si oui: existe-t- il d'autres explicati ons que l'introdu ction de la politique
	Équité géographiqu e	Utilisation par zone de résidence ou par milieu urbain/rural	PA3 Revue des registres Statistiques hospitalières Etude UON	L'augmentat ion de l'activité a profité à tout le monde quelque soit son milieu de résidence	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	Coût	Frais directs restant à la charge de la patiente pour un accouchement, une césarienne, une hémorragie du post- partum, une éclampsie	PA2	Les frais directs ont diminué	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	Disponibilité	Disponibilité des services Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) efficaces - permanence de services SONUC - disponibilité de l'assistance qualifiée à l'accouchement - disponibilité du sang, des sets IV, des sutures	PA3 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	Qualité des soins	Intra-hospitalière: délais entre l'indication et la	PA4 Critères de qualité	Quel est le niveau	Bon <input type="checkbox"/> Moyen

	<p>césarienne pour les patientes hospitalisées ; délai entre l'arrivée et la césarienne pour les patientes transférées.</p> <p>Qualité du suivi d'un accouchement normal, d'une césarienne</p> <p>Qualité de traceurs hors césarienne comme les hémorragies du post-partum ou l'éclampsie</p>	<p>: grille avec des normes de qualité (accouchements, césariennes)</p>	<p>actuel de qualité des soins ?</p> <p>Est-ce que le personnel a perçu une détérioration, une amélioration de la qualité des soins ?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Mauvais</p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p>Attitudes du personnel</p>	<p>PA4</p> <p>Entretiens de sortie avec les patients</p>	<p>Est-ce que les patientes sont satisfaites de l'accueil et de la prise en charge par le personnel ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si non : pourquoi ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Durée moyenne du séjour pour les césariennes</p> <p>Taux de létalité des césariennes, des hémorragies du post-partum, des éclampsies (si info disponible)</p> <p>Indication des césariennes</p> <p>Durée moyenne de séjour des accouchements normaux</p> <p>Taux de mortalité maternelle intra-hospitalière</p> <p>% de femmes transférées à l'hôpital régional ou national</p>	<p>PA3</p> <p>Extraction des données de routine</p> <p>Fichier Excel</p> <p>Etudes UON</p>	<p>Est-ce que les césariennes sont faites pour les bonnes indications ?</p> <p>Il y a-t-il un impact sur les DMS et les mortalités intra-hospitalières ?</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/></p>

Dimensions CEP		Indicateurs/information	Outils de recueil et sources de données	Résultats	
Prestations des services de santé Effets sur les services non ciblée (Effets sur le SLS)	Volume	Hospitalisation en médecine, chirurgie et pédiatrie : nombre d'admissions, % par rapports aux autres services Taux d'occupation moyen des lits dans chaque département	PA3 – 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> 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	PA3 – Revue documentaire 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si oui: existe-t-il des explications ?
	Disponibilité / Permanence	Volume des opérations électives et urgentes Tendances sur les 5 dernières années	PAA3 – 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> 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)	PA3 – Revue documentaire Registres des hospitalisations.	Quel est le niveau actuel de qualité des soins ? Est-ce que le personnel a perçu une détérioration,	Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/>

	Taux de mortalité dans les différents départements		une amélioration de la qualité des soins ?	
	Durée moyenne de séjour dans les différents départements			

Dimensions CEP		Indicateurs/Informations	Outils de Recueil de données	Sources	Resultats
LES PRESTATAIRES DE SOINS	Information	Présence et qualité de l'information au sujet de la politique (disponibilité des lignes directrices, réunions d'information, atelier de formation)	PA2 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	Compétence technique	Compétences techniques et capacité d'effectuer tous les services couverts par la politique Formation organisée après l'introduction de la politique.	PA3 Entretiens avec les gestionnaires de services de santé Revue documentaire PA2 Enquête prestataires		Les prestataires ont pu bénéficier de formations afin d'acquérir ou maintenir leur compétences techniques Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	Environnement de travail facilitant	Soutien de l'équipe de gestion pour l'application de la politique : - réunions d'équipe (fréquence, contenu) - 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)	PA2 Enquête prestataires PA3 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	Disponibilité des prestataires	Changements dans la répartition du personnel à la maternité et du bloc opératoire en raison de la politique	PA3 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>

Charge de travail	de	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 césariennes /chirurgien	PA3 Revue documentaire Triangulation avec l'étude prestataire du PA2 Entretiens avec les prestataires	Est-ce que la charge de travail a augmenté?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
Motivation		Effet de la politique sur la motivation	PA3 Entretien avec les prestataires Triangulation avec PA2 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	PA3 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)	PA3 Revue de documents du département ressources humaines de l'hôpital Triangulation avec l'étude prestataires du PA2	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 PA2	Comment le personnel perçoit-il la politique?	

Dimensions CEP		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	PA3 Entretien avec l'équipe de gestion de l'hôpital PA2 HF	Est-ce que le montant du financement et le système de remboursement permettent la réalisation des activités ?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	Services non-ciblés <i>(Effets sur le système de santé local)</i>	Changement du revenu pour chaque département (médecine, pédiatrie, chirurgie)	PA3 Entretien avec l'équipe de gestion de l'hôpital PA2 HF	Est-ce que le financement des autres services permet la réalisation des activités ?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	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 PA3 – registres de la Banque de pharmacie et de bloc Observation de la PA3	Est-ce que tous les médicaments et équipements nécessaires à la prise en charge des autres urgences non obstétricales sont disponibles 7j/7 ?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>

Dimensions CFP		Indicateurs/information	Outils de	Résultats
			recueil et source de données	
Services non-ciblés <i>(effets sur le SLS)</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	PA3 - 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si oui : pourquoi ? _____ _____ _____

Institut National d'Administration Sanitaire (INAS)02 12 2011

Dimensions CEP	Indicateurs/information	Outils de récolte et sources de données	Resultats		
SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS)	Système d'enregistrement des activités liées à la politique	Charge de travail supplémentaire	PA3 Interviews avec l'EEDSP/P PA3 Discussion avec des informateurs clés dont le responsable SIS	La politique a augmenté la charge de travail du rapportage	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si non : pourquoi ? _____
MÉDICAMENTS, CONSOMMABLES ET EQUIPEMENTS	Services ciblés (efficacité de la politique)	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 césariennes réalisées par an/nombre de boîtes chirurgicales pour césarienne en circulation, état d'usure des équipements <i>Organisation de la pharmacie</i> : système de délivrance des produits médicaux pour les SONUC	PA3 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 <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
		Degré d'intégration avec le système existant	PA 3 Revue documentaire	Le système de rapportage est intégré dans le système de routine du SIS	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
		Utilitaire dans le suivi et la prise de décision au niveau local	PA3 Interviews avec l'EEDSP/P	Le système de rapportage pour la politique	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/> Si non :

				utilisé par les gestionnaires pour la surveillance de la mise en œuvre de la politique pourquoi ?	
Dimensions CEP		Indicateurs/information	Outils de recueil et source de données	Résultats	
LES PATIENTS ET LA COMMUNAUTÉ 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 PA2 Exit interview PA4 Focus group PA3 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 femmes ont-elles connaissance de la politique ?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	Efficacité des politiques	Obstacles perçus ou observés à l'accès aux soins de santé	- les patientes ciblées par la politique (PA2 Exit interview) et les patients non ciblés	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 ?)	- les patientes ciblées par la politique (PA2 Exit interview) et les patients non ciblés	Est-ce que les patientes ont été impliquées dans la mise en œuvre de la politique au niveau local ?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
	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	y-a-t-il une utilisation des services équitables ?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
Femmes ayant accouché à domicile	Motifs pour ne pas aller à l'H/C ou l'hôpital	- des membres de la communauté.	Quels sont les motifs donnés par les femmes pour accoucher à la maison ?	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>	

Annexe 16 – Guide d'entretien pour les membres des équipes gestionnaire de la DSP/P

PA3- Etudes de cas réalistes

Le présent guide d'entretien donne une indication sur les questions principales figurant dans les entretiens avec les cadres des services de santé du district et de l'hôpital et avec les cadres intermédiaires – chefs des maternités et du bloc opératoire

Éléments	Actions / Questions	Codes
Arrivée et installation	S'installer	
Introduction	Se présenter (Nom, qualification, institution) But de l'interview Garantir la confidentialité et l'anonymat Présenter un consentement éclairé Demander la permission d'enregistrer (l'enregistrement et les notes)	
Vérifiez le matériel d'enregistrement	S'assurer que le matériel fonctionne comme il faut et qu'on se trouve dans une pièce tranquille	
Partie générale	Obj.: Obtenir une idée du contexte général de la personne interrogée et la mettre à l'aise Question: Quelles sont vos responsabilités? Q: Depuis combien de temps êtes-vous dans cette fonction? Q: Depuis quand travaillez-vous dans ce district/cet hôpital? Q: Où avez-vous travaillé avant ? Dans quel fonction ?	
Thèmes	Transition vers les questions principales	
La politique	Q: Est-ce que vous pourriez expliquer la politique d'exemption de frais pour les femmes enceintes? Q: Quand a-t-elle été introduite dans ce pays? Q: Quand a-t-elle été instaurée dans ce district? Q: Comment a-t-elle été introduite? <i>Clarification: est-ce qu'elle a été accompagnée d'instructions? Y a-t-il eu des séances d'information ou des ateliers de formation?</i> Q: Pourriez-vous expliquer quels services sont couverts par cette politique? C: césarienne, médicaments et consommables, prix d'une consultation de première ligne, transport à l'hôpital, autres.....?	Connaissance de la politique nationale Initiation au niveau du district
Résultats voulus	Q: Quel est l'objectif de cette politique? C: Quel problème traite-t-elle?	Résultats

Eléments	Actions / Questions	Codes
Pertinence pour le contexte local	<p>Q: Pensez-vous que cette politique soit appropriée dans votre contexte ? Si oui, pouvez-vous expliquer ?</p> <p>C: Dans quelle mesure cette politique correspond à un besoin pour votre district / hôpital?</p> <p>Q: Est-ce que cette politique a nécessité un transfert de ressources internes (financement, personnel, consommables, médicaments) d'autres services vers la maternité ou le bloc opératoire ?</p> <p>Q : Est-ce que cela a posé un problème?</p>	Pertinence locale
Processus de prise de décision politique	<p>Q: Pourquoi cette mesure a-t-elle été introduite?</p> <p>C: Sous pression des bailleurs de fonds? Sous pression des autorités locales ou nationales? Des patients/communauté?</p> <p>Q: Avez-vous des informations sur la façon dont cette politique a été décidée?</p>	<p>La conception politique</p> <p>Information Participation dans le processus politique</p>
Mise en œuvre effective	<p>Q: Pourriez-vous expliquer comment vous et votre équipe avez mis cette politique en pratique ?</p> <p>C: Avez-vous introduit cette politique dans toutes les unités en même temps ?</p> <p>C: Est-ce que toutes les unités de votre district ont rendu les soins gratuits?</p> <p>C: Ont-ils été abolis définitivement? Si non, pourquoi on les a réintroduits?</p> <p>C: Est-ce qu'ils couvrent toute la population ou est-ce qu'il existe des zones géographiques où les services ne sont pas (encore) gratuits?</p> <p>C: Avez-vous eu besoin d'ateliers locaux de formation? Si oui, expliquez pourquoi?</p> <p>C; Comment les prestataires de services ont-ils réagi à cette décision?</p>	Mise en oeuvre
Efficacité	<p>Q: A votre avis, est-ce que cette politique est efficace?</p> <p>C: Avez-vous constaté une augmentation de césariennes?</p> <p>C: Y-a-t-il une hausse dans la fréquentation de la consultation prénatale, dans l'accouchement assisté par un personnel qualifié ?</p>	Résultat réel de la politique
Mécanismes	<p>Q: Si vous croyez que cette politique a été une réussite, pourquoi le pensez-vous?</p> <p>C: Quels sont les facteurs critiques (principaux) qui font de cette politique un succès?</p> <p>Q: Si vous croyez que cette politique n'a pas réussi, à quoi serait-ce dû?</p> <p>C: Quels sont les obstacles?</p>	Mécanismes

Eléments	Actions / Questions	Codes
	<p>C: Y a-t-il des conditions nécessaires, qui ne sont pas remplies pour le moment, tels un bloc opératoire fonctionnel, un système de transport efficace, du personnel, fournitures, médicaments, etc.?</p> <p>Q: A quels problèmes pratiques êtes-vous confronté?</p> <p>C: Est-ce que l'information/les instructions sont claires?</p>	
Impact de la politique sur d'autres services	<p>Q: Y a-t-il eu une augmentation importante de la charge de travail?</p> <p>Q: Si oui, pouvez-vous y faire face? Qu'avez-vous fait pour y faire face?</p> <p>Q: Cette politique vous coûte-t-elle de l'argent ou est-ce que le remboursement est adéquat?</p> <p>Q : Est-ce qu'il y a des retards dans les remboursements?</p> <p>Q: Comment fonctionne le système de rapportage?</p> <p>Q: Est-ce que cette nouvelle gratuité signifie une surcharge pour les autres services ou est-ce qu'au contraire elle les améliore? Pouvez-vous donner des exemples?</p>	Impact sur l'ensemble du système
Et un dernier thème...		
Facteurs avec une influence sur la mise en œuvre de la politique	<p>Q: Pensez-vous que cette gratuité est une priorité pour vous et dans ce district/hôpital ?</p> <p>Q: Si non, est-ce que vous avez la liberté de ne pas le mettre en œuvre ?</p> <p>Q: Y a-t-il eu un quelconque engagement de votre niveau opérationnel dans ce processus ? Si oui, pourriez-vous expliquer comment cela a été organisé?</p> <p>Q: Y a-t-il une demande des communautés de ce district pour rendre gratuit ce genre de service?</p> <p>Q: Pensez-vous que cette gratuité est soutenue par les prestataires de soins de ce district ?</p>	Pertinence locale Zones de décision Participation Demande Besoin
Interview	<p>On explique à la personne interrogée que la confidentialité des données sera respectée et la façon dont cet entretien sera utilisé par l'équipe de recherche.</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'un rapport sera envoyé et une réunion organisée (si possible).</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'il peut toujours et à tout moment se retirer de l'étude sans aucune conséquence.</p>	

Annexe 17 – Guide d'entretien pour les prestataires de soins de santé PA3 - Etudes de cas réalistes

Ce guide d'entretiens thématiques donne une indication sur les questions principales qui seront posées aux prestataires de soins de santé. L'accent sera mis sur la façon dont ils mettent en œuvre la décision prise par les managers du niveau district d'implanter la politique.

Éléments	Actions / Questions	Codes
Arrivée et installation	S'installer	
Introduction	Se présenter (Nom, qualification, institution) Expliquer l'objectif de l'interview Garantir la confidentialité et l'anonymat Présenter un consentement éclairé Demander la permission d'enregistrer (l'enregistrement et les notes)	
L'équipement pour enregistrer	S'assurer que le matériel fonctionne comme il faut et qu'on se trouve dans une pièce tranquille	
Partie générale	Obj.: Obtenir une idée du contexte général de la personne interrogée et la mettre à l'aise Question: Quelles sont vos responsabilités (comme XXXX adapter selon la fonction)? Q: Depuis combien de temps êtes-vous dans cette fonction? Q: Depuis quand travaillez-vous dans ce district/cet hôpital? Q: Où avez-vous travaillé avant ? Dans quel fonction ?	
Thèmes	Transition aux questions principales	
La politique	Q: Pourriez-vous expliquer la gratuité des césariennes? Q: Quand a-t-elle été introduite dans ce pays? Q: Quand a-t-elle été instaurée dans ce district? Q: Comment a-t-elle été introduite? <i>Clarification:</i> est-ce qu'elle a été accompagnée d'instructions? Y a-t-il eu des séances d'information ou des ateliers de formation? Q: Pourriez-vous expliquer quels services sont couverts par cette politique? C: césarienne, médicaments et consommables, prix d'une consultation de première ligne, transport à l'hôpital, autres.....?	Connaissance de la politique nationale Initiation au niveau du district
Résultats voulus	Q: Quel est l'objectif de cette politique? C: Quel problème traite-t-elle?	Résultats

<p>Pertinence pour le contexte local</p>	<p>Q: Pensez-vous que cette politique soit appropriée dans votre contexte ? Si oui, pouvez-vous expliquer ?</p> <p>C: Dans quelle mesure cette politique correspond à un besoin pour votre district / hôpital?</p> <p>Q: Est-ce que cette politique a nécessité un transfert de ressources internes (financement, personnel, consommables, médicaments) d'autres services vers la maternité ou le bloc opératoire ? Est-ce que cela a posé un problème?</p>	<p>Pertinence locale</p>
<p>Processus de prise de décision politique</p>	<p>Q: Pourquoi cette mesure a-t-elle été introduite?</p> <p>C: Sous pression des bailleurs de fonds? Sous pression des autorités locales ou nationales? Des patients/communauté?</p> <p>Q: Avez-vous des informations sur la façon dont cette politique a été décidée?</p> <p>C: Comment l'abolition des frais a été décidée?</p>	<p>La conception politique</p> <p>Information Participation dans le processus politique</p>
<p>Efficacité</p>	<p>Q: A votre avis, est-ce que cette politique est efficace?</p> <p>C: Avez-vous constaté une augmentation de césariennes?</p> <p>C: Y-a-t-il une hausse dans la fréquentation de la consultation prénatale, dans l'accouchement assisté par un personnel qualifié, des césariennes ?</p>	<p>Résultat réel de la politique</p>
<p>Mécanismes</p>	<p>Q: Si vous croyez que cette politique a été une réussite, pourquoi le pensez-vous?</p> <p>C: Quels sont les facteurs critiques (principaux) qui font de cette politique un succès?</p> <p>C: Est-ce que cela marche parce que vous avez réussi à l'adapter à votre contexte ?</p> <p>Q: Si vous croyez que cette politique n'a pas réussi, à quoi serait-ce dû?</p> <p>C: Quels sont les obstacles?</p> <p>C: Y a-t-il des conditions nécessaires, mais qui ne sont pas remplies pour le moment, tels un bloc opératoire fonctionnel, un système de transport efficace, du personnel, fournitures, médicaments, etc.?</p> <p>Q: A quels problèmes pratiques êtes-vous confronté?</p> <p>C: Est-ce que l'information/les instructions sont claires?</p> <p>C: Avez-vous tout l'équipement nécessaire pour mettre en œuvre la politique ? Les médicaments ? Le personnel ?</p>	<p>Mécanismes</p>
<p>Impact de la politique sur d'autres services</p>	<p>Q: Y a-t-il eu une augmentation importante de la charge de travail?</p> <p>Q: Si oui, pouvez-vous y faire face? Qu'avez-vous fait pour y faire face?</p> <p>Q: cette politique vous coûte-t-elle de l'argent ou le remboursement est-il adéquat?</p> <p>Q: Est-ce que les remboursements arrivent à temps?</p> <p>Q: Est-ce que la politique vous a imposé un nouveau système de</p>	<p>Impact sur l'ensemble du système</p>

	<p>rapportage pour vous ou vore service?</p> <p>Q: Est-ce que cette nouvelle politique met de la pression sur les autres services ou est-ce qu'au contraire elle les améiore? Pouvez-vous donner des exemples?</p>	
	<p>Et un dernier thème...</p>	
<p>Facteurs avec une influence sur la mise en œuvre de la politique</p>	<p>Q: Pensez-vous que cette politique est une priorité pour vous dans ce district/hôpital ?</p> <p>Q: Y a-t-il une demande des communautés de ce district pour rendre gratuit ce genre de service?</p>	
<p>Interview</p>	<p>On explique à la personne interrogée que la confidentialité des données sera respectée et la façon dont cet entretien sera utilisée par l'équipe de recherche.</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'un rapport sera envoyé et une réunion organisée (si possible).</p> <p>On rappelle à l'interviewé qu'il peut toujours et à tout moment se retirer de l'étude sans aucune conséquence.</p>	

Annexe 18 – Outil de collecte des documents PA3 - Etudes de cas réalistes

Thème	Documents à rassembler ou à étudier	Sources d'information
Offre de services de santé maternelle	Rapports annuels sur l'utilisation des services (maternité, bloc opératoire)	Bureau d'information sanitaire de la DSP/P ou de l'hôpital, ou au niveau national
La politique	Guides et manuels d'instructions sur la mise en œuvre de la gratuité	Bureau de l'équipe cadre de la DSP/P
Le système de remboursement	Guides et manuels d'instructions opérationnelles sur la mise en œuvre de la gratuité	Bureau de l'équipe cadre de la DSP/P
Le système de rapportage	Format du rapport Exemples de rapports envoyés au niveau central	Administrateur économe/ bureau de l'administrateur économe
Rapports annuels	Rapports annuels de la DSP/P ou de l'hôpital	Bureau de l'équipe cadre de la DSP/P Bureau de la direction de l'hôpital

Annexe 25: Guide d'entretien avec les femmes

Introduction à l'enquêtée à propos de l'étude et but de l'étude et l'explication du formulaire de consentement.

Enquêteur: adaptez le guide d'entretien en fonction de tes observations de l'arrivée de la femme à l'hôpital et pendant son séjour. Suivez tous les incertitudes et problèmes soulevés au cours de l'observation et les échanges de la femme avec le personnel soignant. S'il vous plaît, demandez la femme à propos du diagnostic de son accouchement (particulièrement en cas de near-miss) et compléter ces informations en consultant les registres de la maternité.

Pour commencer: Nous sommes intéressés de savoir ce que vous pensez des soins que vous avez reçus lorsque vous êtes venue à l'hôpital. Sachez que vous êtes libre de nous dire ce qui vous a plu ou pas, depuis votre admission jusqu'à votre sortie, et ce qui, de votre point de vue, pourrait être fait pour améliorer les soins dans votre hôpital.

Les itinéraires et décisions d'accoucher dans une structure de santé.

- Pouvez-vous nous parler des raisons qui vous avaient conduites à l'hôpital? Racontez-nous comment cela s'est passé de la maison jusqu'à votre arrivée à l'hôpital.

Enquêteur, soyez sûr de trouver: a-t-elle été référée ou évacuée dans cet hôpital? D'où? Avec quel moyen de transport? Quels étaient les différents arrêts sur le chemin? Qui était impliqué dans le processus de prise de décision? Essayez d'avoir une idée des options majeures et les facteurs qui ont été déterminants dans la prise de décision et le recours à l'hôpital.

- Généralement, les femmes de votre famille accouchent-elles où? Pourquoi? Dans votre communauté, qu'est-ce qui pousse les femmes à accoucher à domicile, avec quel type d'accoucheuse, dans un centre de santé, dans un l'hôpital ou ailleurs?

A chaud: qu'est-ce qui est mieux à propos des conditions d'accoucher dans votre endroit préféré? Quels sont les inconvénients?

- Dans le temps, avez-vous accouché dans un centre de santé? Pourquoi?

Expérience au sein de l'hôpital

Pouvez-vous nous raconter en détail, votre séjour depuis l'admission jusqu'à la sortie? Ce que vous avez aimé et ce qui vous a aussi déplu pendant ce séjour?

Enquêteur: A ce niveau, le but est de laisser l'enquêtée parler ouvertement à propos de son expérience, faire ressortir les choses qu'elle pense être importantes. A chaud, les sujets de discussion doivent inclure :

- *A-t-elle attendu avant d'être vue par un personnel soignant? (pendant combien de temps) qui s'est occupé d'elle? a-t-elle subi quel genre de traitement? qu'a-t-elle compris de son diagnostic? quel type d'accouchement a-t-elle fait et pourquoi?*

- *a-t-elle été demandée de payer des médicaments? Quels médicaments et à combien ? qui les a achetés pour elle? Où ces médicaments étaient-ils disponibles (pharmacie de l'hôpital ou autres) ? à qui a-t-elle donné l'argent? A-t-elle été demandée de payer pour des services ? ces demandes étaient-elles raisonnables ? comprend-elle pourquoi elle a été demandée de payer pour ces médicaments/services/matériels ?*
- *Questions basées sur l'accouchement: qui s'est occupé d'elle? A-t-elle eu les soins qu'elle voulait ? a-t-elle été observée après son accouchement ? pour combien de temps et par qui ? quand est-ce qu'elle a quitté la table d'accouchement pour la salle de repos ?*
- Pensez-vous que les choses se sont passées comme vous l'auriez souhaité? *Sinon, sondez les raisons.*
- Avez-vous des recommandations par rapport à ce qui pourraient être fait pour rendre votre séjour encore meilleur à l'hôpital ? Si oui, lesquelles ? quels sont les aspects qui devraient être améliorés ou changés ?

A chaud: ça pourrait être des choses se rapportant à votre accouchement; aux soins de santé reçus; à l'environnement de la maternité; au lieu ou aux qualités ayant influencé votre séjour de là-bas.

Enquêteur: A ce niveau, il est souhaitable d'entendre les opinions de la femme avant qu'on ne probablement l'influence en posant d'autres questions spécifiques sur des aspects comme les soins et son séjour.

- Comment s'est passée votre accueil à l'hôpital durant toute votre prise en charge ?
 - Vous a-t-on dit ce qui n'allait pas chez vous et ce qui allait être fait ?
- Pensez-vous qu'il vous était possible de poser des questions sur votre état ?
 - Si oui, quelles questions avez-vous posé ou souhaitiez vous poser ? Comment le personnel a-t-il réagi à vos questions? Sinon, pourquoi ? Avez-vous compris leurs réponses et explications ?
- Quelle est votre appréciation des rapports qui existent entre le personnel?
- Pensez-vous que le personnel entretient de bons rapports avec les patientes?
 - Comment cela se manifeste t-il ?
- Comment se manifestent les rapports entre les patientes; entre les patientes et les accompagnants(es); entre les accompagnants(es) et le personnel ?
- Avez-vous reçu des conseils pour vos soins et ceux de votre enfant ?
 - Si oui, qu'en pensez-vous ? Sinon auriez-vous souhaité avoir des conseils ?

Thèmes à explorer, qualité des soins au centre de santé

Interviewer: Il est important de noter que le but de l'entretien est d'encourager les participants à fournir des thèmes de discussion. Cependant, il est parfois difficile que les participants se prononcent de façon spontanée; si cela arrivait, les questions suivantes pourraient être utilisées comme relance parce qu'on aimerait bien avoir ses opinions sur les sujets suivants:

- Hygiène des locaux, l'état des salles
- Repas

- Education et conseil donnés par les agents de santé sur les soins pour la femme et son enfant après l'accouchement et pour la maison avant de quitter l'hôpital
- Soutiens moral, logistique, financier, et social des accompagnants
- Liberté donnée par rapport aux préférences individuelles de la femme, par exemple la position d'accoucher
- Respect entre le personnel, les accompagnants et les patients

Disponibilité des agents de santé et surcharge de travail

Connaissance et idées à propos de la politique d'exemption des frais de la césarienne

Enquêteur: s'il vous plait posez ces questions en fonction de l'informatrice.

Femmes non césarisée :

Quels étaient vos paiements liés à votre accouchement ?

- *Prompts : transport à l'hôpital, médicaments, matériels (gants, etc.), carnet de santé, services du personnel, paiements au centre de santé, manger, transports pour les accompagnants, etc.*
- Quelles étaient les circonstances des paiements ?
 - Avez-vous eu un reçu ?
 - Est-ce que les agents de santé avaient des médicaments sur eux-mêmes à vendre ?
- Qu'est-ce que vous pensez du montant que vous avez dû payer ?
 - Abordable ? Acceptable ?
 - Est-ce que vous avez pu tout payer de votre poche ou avez vous demandé de l'aide aux autres ?

Que pensez-vous de la gratuité ou de la césarienne ?

- Quand et comment est-ce que vous avez été informé de la politique ? Avant de venir à l'hôpital ?
- Selon vous, qu'est-ce que c'est que la politique de gratuité ?

En avez-vous déjà bénéficiée ?

- si oui, quelle en est votre expérience en termes de qualité des soins reçus et de votre séjour hospitalier ?

Est-ce que la gratuité des coûts vous a influencé dans le processus de prise de décision sur l'endroit où vous avez accouché ?

- Si oui, comment? Si non, pourquoi pas ?

Femmes Césarisée:

- Est-ce que vous étiez informée de la politique de la gratuité de la césarienne ?
 - Quand et comment est-ce que vous avez été informée de la politique ? Avant de venir à l'hôpital ?
- Selon vous, qu'est-ce que c'est que la politique de la gratuité ?
- Que pensez-vous de la gratuité de la césarienne ?
- Est-ce que vous pensez que la gratuité des coûts vous a influencé dans le processus de prise de décision sur l'endroit où vous avez accouché ?

- Est-ce que cela a changé votre expérience et séjour à la maternité ?
- Est-ce que vous avez eu peur des coûts de la CS ?
 - Est-ce que ces peurs vous ont retardé à arriver à l'hôpital ?
- Est-ce que vous avez dû payer pour des médicaments, matériels ou services avant la césarienne?
 - Si oui, est-ce que vous pensez que cela a-t-il retardé la césarienne ?
- Quelles étaient les circonstances de paiement ?
 - Avez-vous eu un reçu ?
 - Est-ce que les agents de santé avaient des médicaments sur eux-mêmes à vendre ?
- Qu'est-ce que vous pensez du montant que vous avez dû payer ?
 - Abordable ? Acceptable ?
-
- Est-ce que vous vous sentiez capable de revendiquer quoi que ce soit auprès du personnel ?
- Quels étaient vos paiements liés à votre accouchement ?
 - *Prompts : transport à l'hôpital, médicaments, matériels (gants, etc.), carnet de santé, services du personnel, paiements au centre de santé, manger, transports pour les accompagnants, etc.*
- Qui dans votre vie prend en charge la responsabilité pour les paiements des soins médicaux et les décisions par rapport au lieu d'accouchement, les dépenses à l'hôpital, etc. ?

Avez-vous quelque chose d'autres à dire ou ajouter à notre discussion ?

Merci beaucoup pour votre temps et votre ouverture d'esprit concernant cet entretien.

Enquêteur: rappeler la participante que toutes les informations partagées aujourd'hui seront confidentielles et anonymes.

Annexe 26: Grille d'observation dans les structures

Ce guide est divisé en trois principales sections pour la conduite d'observation dans trois milieux :

1. les informations d'ordre général décrivant les caractéristiques propres à l'hôpital et à la maternité
2. l'observation des cas spécifiques qui sera complétée par des informations issues d'une triangulation d'interviews avec les femmes et les prestataires
3. l'observation quotidienne des activités et l'atmosphère dans la maternité contribueront à comprendre la culture du milieu et la manière de dispensation et d'utilisation des services de la politique de gratuité par les prestataires de soins et les malades.

1. Observation de la structure

Au niveau des sites, faites une brève description de la situation géographique de l'hôpital :

Environnements externe et interne de l'hôpital

1. Equipement et l'état des salles (voir l'état et le niveau d'équipement des salles de consultation et d'hospitalisation, salles de gardes, salles d'accouchement, bureaux de la sage femme maîtresse et bureaux des anesthésistes, bloc opératoire, salle de repos (d'observation), salles ou halls d'attente (aérées ? spacieuses ? éclairées ? attrayantes ? type d'attraits ? équipées en matériels audio visuels fonctionnels ? animées ?)
2. Disponibilité en eau et en électricité (voir si les salles disposent d'eau et de savon pour le lavage des mains et s'il existe une disponibilité permanente de l'électricité- groupe électrogène pour prendre la relève en cas de coupure d'électricité)
3. Gestion de la documentation (par qui et comment et où ? existence ou non d'une salle ou d'un lieu de classement ?)
4. Equipement en matériels de travail (disponibilité en médicaments / trousse d'urgence, consommables, produits d'entretien et d'hygiène, rupture de stock, etc.)
5. Equipement en pharmacie ou en d'autres points de vente de médicaments
6. Services néonataux
7. Disponibilité et remplissage des kits

2. Grille d'observation des cas

Chaque situation sera différente, mais référez-vous à ces éléments suivants tels qu'ils s'appliquent au cas des femmes que vous observez. Les thèmes contenus dans ce guide dans la section 3 doivent aussi renseigner les lieux d'observation en vue de fournir une description plus détaillée des soins médicaux et sociaux offerts et reçus. Pendant qu'on porte une attention particulière aux barrières financières, une question édifiante dans le processus d'observation est : de quel type de prise en charge la femme bénéficie t-elle, qu'elle soit en situation d'urgence ou non, de son admission à sa sortie.

Comment la femme est-elle arrivée à l'hôpital ?

(Evacuée ? Référée ? Moyen de transport, avec qui, d'où ?)

Comment est-ce que la femme était reçue ? (à l'hôpital, à la maternité, par qui)

Dans quel état était-elle ?

Décrire les séries d'évènements qui se sont produits suivant (après) son arrivée:

- Qui s'est adressé à elle? (et combien de personnes se sont occupées d'elle)
- A-t-elle été consultée? (après quelle durée et par qui)
- A-t-elle expliqué sa situation (malaise)? A-t-elle eu l'opportunité de parler de ses symptômes ?
- Comment a-t-elle (et/ou sa famille) été informée de son état de santé et celui du bébé? A-t-elle compris l'information donnée ? Y a-t-il eu de décisions prises auxquelles elle a participé et si c'est le cas, sa famille y était-elle impliquée ?
- Si elle a attendu d'autres soins, où a-t-elle attendu? Pour combien de temps ? A quel moment de sa maladie?
- Comment sa prise en charge était-elle assurée parmi les autres malades?
- A-t-elle été demandée de payer pour quelque chose (ex. gants) en rapport avec les consultations?
- A-t-elle été demandée de payer les médicaments ? qui les a achetés ? d'où ? la personne a-t-elle connu un problème de rupture de stock au moment où elle les achetait ? la femme ainsi que ses accompagnants étaient-ils à mesure de payer les médicaments ? combien de temps ont-ils pris pour obtenir les matériels et les médicaments, et était-il nécessaire de parcourir plusieurs endroits avant de se les procurer ?
- Quels sont les commentaires qui ont été faits par le personnel soignant, la femme et ses accompagnants par rapport aux coûts et leur aptitude à payer les services, les matériels ainsi que les médicaments ?
- Le personnel soignant a-t-il fait des pronostics sur la femme à son arrivée à l'hôpital, l'état de son travail ou sur ses antécédents ?

En cas de césarienne (Mali), a-t-elle été aussitôt informée qu'elle n'aura pas à payer d'argent ? Est-ce cela a été systématique durant tout le processus de sa prise en charge ? Est-ce que tous les autres coûts liés à la césarienne étaient-ils couverts ?

Décrire ce qui s'est passé après l'accouchement et pendant son séjour à l'hôpital?

- Prêtez attention à la transmission et le partage de responsabilité dans la prise en charge du nouveau-né entre les différentes unités de l'hôpital.
 - Quels types de soin le nouveau-né a-t-il reçu? Le nouveau-né a-t-il quitté une unité de l'hôpital à une autre ? quels sont les matériels qui ont été fournis pour les soins du bébé ? Comment la mère était-elle impliquée dans la prise de décision concernant son bébé dans les heures suivant la naissance ? A-t-elle été encouragée à allaiter au sein le nouveau-né ?
- Garder à l'œil tous les retards connus et leur raison, à titre d'exemple: attente de médicaments/matériels qui doivent être achetés par la famille; manque de produits/médicaments dans la maternité, non disponibilité du personnel qualifié pour la prise de décision de diagnostic ; etc.
- Noter tous les paiements et les demandes de paiement de la part des prestataires de soins, de façon formelle ou informelle (dessous de table).

Sortie d'hôpital

A-t-elle fait combien de jours à l'hôpital? Combien a-t-elle payé pour son séjour? Quels sont les recommandations et conseils qui ont été donnés à sa femme et/ou sa famille à sa sortie concernant elle et le bébé ? D'autres médicaments ont-ils été prescrits ? Ont-ils été achetés ?

3. Observations journalières

Pour renforcer les observations de cas, faites attention et prenez note des éléments suivants :

Organisation des activités dans le service

1. Heure d'arrivée et heure de départ dans les services des différentes catégories de personnel – est-ce que le personnel est suffisant et est-ce le personnel prévu arrive chaque jour ?
2. Garde et permanence (combien sont de garde, la durée, déroulement, qui fait quoi ?)
3. Gestion des urgences (qui fait quoi, interactions entre les catégories de personnel, accompagnants, famille)
4. Réunions du personnel (Tous les types de réunion: périodicité, durée, participants, lieu, ambiance ; qui dirige ? Sujets discutés ? Discussion du travail et gestion des problèmes ? Comment se comportent les uns envers les autres ? Comment sont acceptés les critiques et reproches ?)
5. Gestion des visites aux malades, comment les visites aux malades sont-elles organisées ?
6. Gestion de la restauration des patientes (quand, par qui, comment et quoi, couts, etc....)

Relations interpersonnelles (personnel)

1. Relations de travail et rapports sociaux, dynamique de l'équipe (cordialités, conflits, entraide, respect mutuel, ambiance de la garde et de la permanence, échanges entre personnel sur les malades, échanges avec les malades, type et qualité des échanges)
2. Hiérarchie (relations de pouvoir, respect des consignes, exercice de l'autorité, respect de l'autorité, nature de la communication entre le responsable et les autres collègues, etc.)
3. Surcharge de travail: stress, traitements négatifs, démotivation

Rapports entre personnel, patientes et accompagnants à l'hôpital

1. Accueil des patientes, à l'entrée de l'hôpital et à la maternité (comment sont-elles reçues ? sont-elles informées et orientées/dirigées ? par qui ?)
2. Type de rapports [les patientes et le personnel se parlent-ils ? langue utilisée, utilisation d'un interprète, sujets de discussion, influence du niveau social des patientes dans le processus de leur prise en charge (pauvre/riche, urbain/rural, ethnie, etc.)]
3. Empathie, respect et explications donnés à la patiente et sa famille
4. Liberté donnée à la femme par rapport à ses préférences pour accoucher (positions, droit de marcher, instructions sur où elle doit attendre, soutien et rôle des accompagnants)
5. Relations avec les accompagnants (attitudes du personnel à l'endroit des accompagnants, renseignements, informations et demandes)
6. Soutiens moral et financier apportés à la femme par ses accompagnants et parents
7. Soins et conseils pour la mère et le nouveau né (voir quels types de soins et de conseils sont donnés à la femme après accouchement, pour l'entretien du bébé et pour elle-même)
8. Soins et suivi de la patiente pendant et après accouchement (la patiente est-elle suivie par un seul prestataire ou cela change-t-il ?)

Annexe 27: Guide du personnel de santé

Ce guide vise à fournir quelques questions en vue d'améliorer les informations collectées à travers l'observation moment de l'admission dans la maternité et la nature des soins à l'hôpital. Les informations recherchées concernent toute personne identifiée comme étant une personne clé et qui contribue aux soins de maternité (cela inclus tout le staff qui intervient au traitement de la femme, particulièrement les soins d'urgence, comme les opérations chirurgicales, les pharmaciens, les techniciens de laboratoire, les anesthésistes, les matrones, etc.). Beaucoup de réponses à ces questions peuvent être obtenues à travers des conversations effectuées au cours de l'observation participante. La conduite d'entretiens formels n'est pas demandée à ce niveau. Cependant, rappelez-vous de respecter l'environnement de travail des prestataires de soins et demeurer discret au tant que possible.

Cas spécifique :

Posez les questions telles que : ce qui a marché en s'occupant du cas, ce qui n'a pas marché, et expliquer les décisions, les réponses et pratiques au cours de cette situation. Quelques exemples :

- Qu'ont-ils appris comme étant les antécédents médicaux de la femme?
- Comment ont-ils expliqué à la patiente son état de santé? Ont-ils tout dit à la femme à propos de sa santé ?
- Quel type de traitement a-t-il été prescrit ?
- Comment le cas a-t-il été diagnostiqué comment étant un cas de "near-miss" (testes, symptômes) ?
- Comment les décisions du traitement donné ont-elles été prises ?
- Il y avait-il de barrières financières en fournissant les soins résultant du côté :
 - des prestataires de soins (manque de disponibilité d'équipement, de matériels, de personnel et d'autres ressources, etc.)
 - de la patiente (manque d'argent pour payer les médicaments, les soins, les moyens de transport rapides, etc.)
 - autres.
- Ont-ils identifié d'autres types de retard en s'occupant du cas de la femme?
- Sont-ils satisfaits des soins qu'ils pouvaient offrir à la femme et qu'est-ce qui aurait dû être fait différemment ?

Au cours des discussions hasardeuses, essayez d'obtenir quelques informations sur les perspectives et les expériences des travailleurs de santé dans le domaine des soins de maternité:

- Est-ce que (et comment) certains pourraient subir personnellement des conséquences positives ou négatives de la politique ?
- Est-ce qu'ils ont des raisons et/ou opportunités de profiter personnellement ou bien l'hôpital de la politique ?
- Comment est-ce qu'ils appliquent la politique ?
- Quelles conséquences il y a-t-il eu sur les soins de maternité depuis l'introduction de la politique?
 - leurs conditions de travail et pour les patientes

- Est-ce qu'ils trouvent que les patientes et leur famille sont bien informées de l'existence de la politique ? Quel est le niveau d'information des gens de la politique par rapport aux années précédentes ?
- Que font-ils eux-mêmes à la maternité pour informer les femmes et leur famille sur la politique de la gratuité ?
- Ont-ils vu une différence d'affluence à la maternité depuis l'introduction de la politique ?