



POEM (POLicy Effects Mapping tool) ou comment évaluer les effets d'une politique ciblée sur le système de santé local



Salle accouchement Orodara Burkina Faso

APERÇU GÉNÉRAL

La plupart des évaluations des programmes ou politiques visant à améliorer la santé maternelle mesurent les effets sur le groupe cible (les mères et les nouveau-nés) ou sur les services ciblés par la politique, par exemple la charge de travail ou la qualité des soins du service de maternité ou du bloc opératoire. Dans le cadre du projet FEMHealth, nous avons évalué les effets des politiques d'exemption des paiements directs par les usagers pour les soins maternels au Bénin, Burkina Faso, Mali et Maroc sur le système de santé local, au-delà des services ciblés par la politique.

Dans un premier temps, un cadre d'analyse a été créé en adaptant le modèle connu

de l'OMS du système de santé avec ses 6 fonctions essentielles ou « *building blocks* », en mettant la fonction *stewardship* et les ressources humaines au cœur du système de santé. L'hypothèse est que les différentes dynamiques au sein du système de santé local et en particulier les effets de la politique sur la fonction de *stewardship* (et inversement les effets de la fonction de *stewardship* sur la mise en œuvre de la politique) peuvent avoir une influence sur l'impact de la politique sur les services ciblés et non ciblés.

Un recueil de données quantitatives et qualitatives par des équipes multidisciplinaires (santé publique, économie de la santé, sociologie/anthropologie)

MESSAGES-CLÉS

- L'outil POEM 'POLicy Effects Mapping tool' est un cadre d'analyse pour évaluer les effets positifs et négatifs d'une politique ciblée sur le système de santé local.
- Toute nouvelle politique de santé, même les politiques publiques et nationales, est perçue comme un élément extérieur au système de santé local qu'il va falloir intégrer, adapter au contexte et qui sera plus ou moins appliquée en fonction des besoins ressentis par les prestataires de soins et les gestionnaires et en fonction de la marge de manœuvre laissée aux acteurs locaux.
- L'outil POEM s'appuie sur une approche mixte (quantitative et qualitative) et nécessite une équipe multidisciplinaire (santé publique, économie de la santé, sociologie/anthropologie).
- Afin d'évaluer les effets sur l'ensemble du système de santé locale, il est important de bien définir le public cible et le public non cible de la politique qu'on veut étudier et d'inclure dans la collecte de données les services de soutien (laboratoire, pharmacie, ambulances) et les autres services non ciblés par la politique.
- L'unité d'analyse de POEM est le district sanitaire. On analyse les dynamiques entre les différents éléments du système au sein d'un même district, puis on recherche des régularités avec d'autres districts du pays, voir d'autres pays si l'étude est multicentrique.

a été effectué dans 6 districts différents dans chacun des 4 pays. Le système d'information sanitaire de routine a été utilisé auquel ont été ajoutés des observations et des entretiens auprès du personnel et des gestionnaires. Plus de 350 entretiens ont été ainsi réalisés dans les 4 pays. L'analyse des données s'est faite sur 3 niveaux : d'abord au niveau du district, qui est l'unité d'analyse de départ ; deuxièmement, une analyse comparative entre sites dans un même pays, et enfin, une analyse comparative entre les sites de tous les pays. Des régularités se retrouvent au-delà des frontières, en particulier les effets de la fonction de *stewardship* sur l'application et l'adaptation de la politique.

A partir des effets documentés dans les études FEMHealth et une revue de littérature exhaustive, l'outil POEM a été – dans un deuxième temps - adapté dans une version généralisable à d'autres politiques que les soins de santé maternelle (distribution de vitamine A, exemption pour les patients séropositifs, etc.).

LE PROBLÈME DE RECHERCHE

Ces dix dernières années, dans la course pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement, de nombreux gouvernements ou agences internationales ont mis en place des politiques ciblées pour des pathologies spécifiques (VIH, Tuberculose, Malaria) ou pour des groupes vulnérables (enfant de moins de 5 ans, femmes enceintes, personnes âgées). La plupart des évaluations de ces politiques ciblées mesurent les effets attendus sur le groupe cible ou sur les services ciblés par la politique (charge de travail ou qualité des soins), mais peu ont étudié les effets plus larges sur le système de santé local et sur les groupes ou services non ciblés par la politique. Toute nouvelle politique, même une politique nationale émanant du Ministère de la santé, arrive comme un élément 'étranger' dans un système de santé local qu'il va falloir assimiler, adopter, mettre en œuvre parfois dans un délai très court avec des informations partielles.

Il n'existe pas à ce jour d'outils ou de cadre d'analyse pour mesurer les effets d'une politique ciblée au niveau d'un système de santé local. La référence connue est le modèle de l'OMS avec les 6

fonctions (prestations de services ; ressources humaines ; information ; ressources financières ; médicaments, vaccins et technologies ; financement ; leadership/gouvernance), mais il vise surtout le système national et ne donne pas d'indicateurs pour le niveau local. De plus, ce modèle est statique : chaque fonction est au même niveau sans qu'on puisse mettre en évidence les liens et les influences de certaines fonctions sur d'autres. La communauté est également absente du modèle.

C'est pour répondre à ce manque que le projet FEMHealth a proposé et testé une méthode pour mesurer les effets d'une politique ciblée sur les différents éléments du système de santé et sur les services et groupes non ciblés. L'outil a été appliqué dans une première étape aux politiques d'exemption des paiements directs par les usagers pour les soins maternels (« gratuité » de la césarienne) au Bénin, Burkina Faso, Mali et Maroc. Dans une deuxième étape, en tenant compte des leçons du test dans

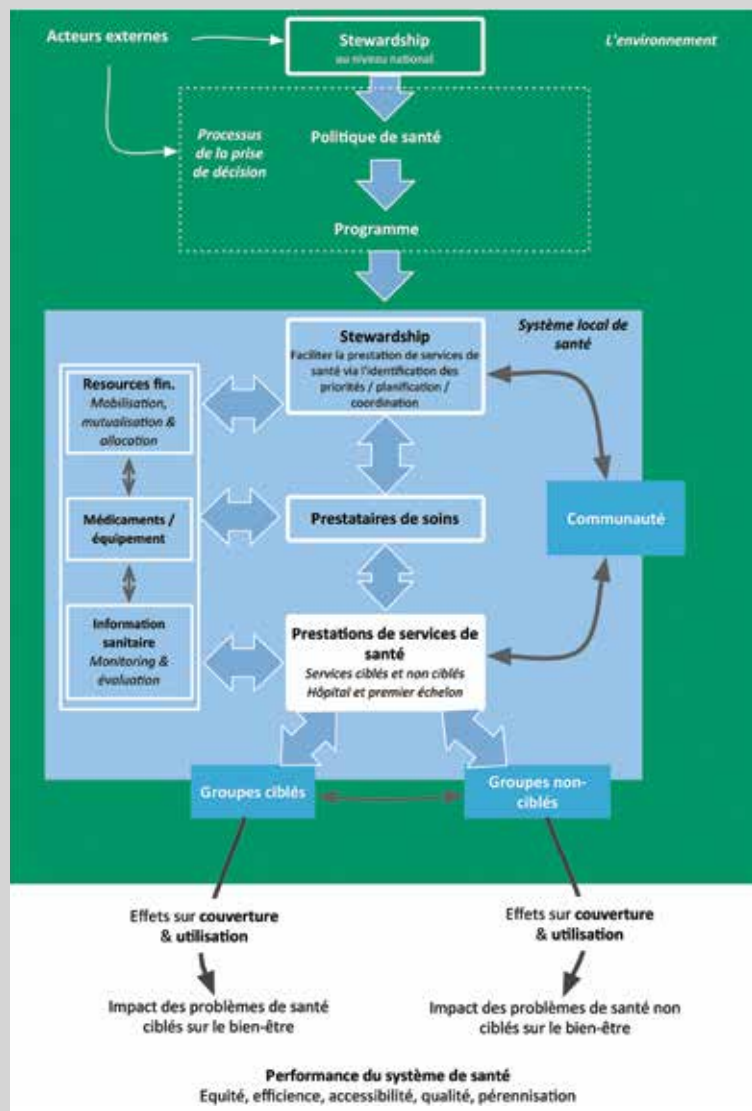
les 4 pays, l'outil POEM a été adapté dans une version généralisable à d'autres politiques que les soins de santé maternelle (distribution de vitamine A, exemption pour les patients séropositifs, etc.).

LE CADRE CONCEPTUEL

Un cadre d'analyse des effets d'une politique ciblée sur le système de santé local (POEM : Policy Effects Mapping Tool) a été proposé en adaptant le modèle de l'OMS de 2007 du système de santé avec ces 6 fonctions essentielles, en mettant la fonction de *stewardship* et les ressources humaines au cœur du système de santé et en étudiant les dynamiques entre les blocs ou fonctions du système de santé. Une identification des dimensions clés de chaque fonction et des indicateurs associés a été réalisée sur base d'une revue de littérature.

Figure 1. Le système de santé local revu par FEMhealth

Figure 1.





OUTILS ET SOURCES DE COLLECTE

Le système d'information sanitaire de routine a été utilisé, auquel ont été ajoutés des entretiens auprès du personnel de santé, des questionnaires et des observations.

Liste outils de collecte de données

- Fichiers Excel rétrospectif 2005-2011 (activités des différents services, ressources humaines, pharmacie,...)
- Fichier Excel prospectif 2012 (absence du personnel, réunions d'équipes, rupture de stocks médicaments essentiels en salle d'accouchement)
- Fichier Excel observation (ruptures de stocks, équipement, services)
- Fichier Excel formations et documents (supervision, réunion d'équipe

des 6 derniers mois, formations spécifiques pour l'exemption et documents de référence)

- Fichier Excel utilisation des services 2011 (par aire de santé)
- Interviews semi-structurés : équipe cadre district, directeur hôpital, chefs de services, prestataires de soins, représentants de la communauté (entre 70-110 entretiens par pays)

Sources:

- Registres salle d'accouchement, consultations, hospitalisation, bloc opératoire, pharmacie - Rapports d'activités du district - Observation - Entretiens

VARIABLES ÉTUDIÉES

<i>Description du système de santé</i>	
<i>Description de la politique planifiée</i>	
<i>Evaluation de l'implantation (avec POLIAS)</i>	
<i>Evaluation de l'efficacité de la politique</i>	
Influence sur les résultats attendus pour le groupe cible	Coûts patients: directs (formels et informels) et indirects
	Tendance de l'utilisation des services par le groupe cible
	Équité: coûts et utilisation désagrégés selon certains déterminants socioéconomiques: urbain/rural, pauvre/riche et niveau d'éducation
Changements des prestations de service	Disponibilité des services ciblés
	Volume des services ciblés
	Qualité (technique et relationnelle) des services ciblés
<i>Evaluation de l'influence de la politique sur les groupes et services non ciblés</i>	
Effets sur groupes non ciblés	Utilisation des soins par groupes non ciblés
	Coûts des soins pour groupes non ciblés
Effets sur services non ciblés	Disponibilité des services non ciblés
	Volume des services non ciblés
	Qualité (technique et relationnelle) des services non ciblés
<i>Evaluation de l'influence de la politique sur les fonctions ressources</i>	
Effets sur ressources financières	Ponctualité et aptitude du processus de remboursement
	Changements au niveau des revenus des services ciblés, non ciblés et au niveau du district
Effets sur médicaments, équipement, consommables, infrastructure	Disponibilité des ressources pour les services ciblés: médicaments essentiels traceurs, consommables, équipement et services essentiels associés
	Disponibilité des ressources pour les services non ciblés: médicaments essentiels traceurs, consommables, équipement et services essentiels associés
Effets sur le Système d'Information Sanitaire (SIS)	Système de rapportage créé pour la politique: nombre des nouveaux documents et procédures introduits, allocation de la responsabilité du SIS à un cadre spécifique, duplication des documents existants...
	Effet de la politique sur le service et le staff SIS: charge de travail, renforcement du système, utilité pour la prise de décision
<i>Evaluation de l'influence de la politique sur les ressources humaines</i>	
Effets sur les gestionnaires	Information, compétences techniques, rémunération, environnement professionnel, charge de travail, motivation
Effets sur les prestataires de service	
<i>Effets sur la fonction stewardship</i>	
Changements dans l'autonomie des stewards en termes d'espaces décisionnels	
Les stewards se sentent-ils privés de leurs responsabilités ou renforcés dans leur rôle?	
Changements dans les perceptions des stewards concernant leur propre rôle et le rôle du SSL	

DÉFIS MÉTHODOLOGIQUES

Au niveau de la collecte des données

Le recueil de données quantitatives et qualitatives par des équipes multidisciplinaires (santé publique, anthropologie, économie de la santé) a été effectué dans 6 districts ou zones de santé différents dans chacun des 4 pays.

Données rétrospectives

Une des opportunités de l'outil POEM était de s'appuyer sur le système d'information sanitaire de routine pour toutes les données rétrospectives. La facilité de récupérer des données de plus de 7 ans a été un défi dans certains sites à cause de l'absence de système de back-up et de crash régulier des ordinateurs. Ainsi, certains sites n'ont plus de données sanitaires à leur niveau pour 3 ou 4 ans d'affilée. En soit, ce constat est déjà un indicateur des capacités de gestion du district ou de l'hôpital.

Données absentes ou non désagrégées dans le système d'information sanitaire de routine

Il s'est avéré que toutes les données listées sur les outils de collecte n'ont pas pu être récoltées, soit parce que le système d'information sanitaire ne demandait pas ces variables (comme la différenciation entre les mort-nés frais et les mort-nés macérés), soit parce que le degré de désagrégation des données n'était pas suffisant ou était différent entre les pays. Pour certaines données manquantes dans le système d'information sanitaire, les chercheurs ont pu rattraper ce manque en allant à la source primaire à partir des registres de la salle d'accouchement ou du bloc opératoire, mais ceci a allongé la collecte de données et n'est pas optimal en terme de coût-efficacité de la recherche.

Données sensibles

Certaines données prévues n'ont pas pu être récoltées. Ce sont surtout les données sensibles sur les ressources humaines (absentéisme). Aucun des pays n'a pu avoir de données fiables sur cet aspect. La question du travail dans le secteur privé est aussi un sujet sensible.

Au niveau de l'analyse des données

Le défi au moment de l'analyse a été de traiter l'énorme quantité de données et le type de données (quantitatives et qualitatives). Plus de 350 entretiens ont été réalisés sur les 4 pays et analysés à l'aide

du logiciel d'analyse qualitative N-Vivo. L'analyse a été faite à la fois au niveau vertical (les liens et dynamiques entre les différents éléments d'un même district) et horizontal (les régularités observées dans les 6 districts du pays) et entre pays (régularités entre des districts de pays différents). Un guide d'analyse a été élaboré pour intégrer les données quantitatives et qualitatives.

L'étude des dynamiques entre les différentes fonctions du système et des liens de causalité entre les changements observés ne peut pas se faire sur base d'une seule donnée comme le devis ne permet pas d'éliminer les facteurs confondants. C'est la triangulation des données quantitatives et qualitatives qui nous permet de valider certaines hypothèses.

GÉNÉRALISATION DE L'OUTIL – RECOMMANDATIONS POUR LE FUTUR

Suite à ce premier test grandeur nature, l'outil a encore été affiné. Certaines variables ont été retirées, d'autres ajoutées afin que l'outil POEM puisse être utilisé pour d'autres politiques ciblées.

Une des leçons est que ce n'est pas un exercice rapide et que le système d'information de routine ne suffit pas à mesurer les effets d'une politique sur le système de santé local. Il faut réaliser des entretiens avec les acteurs pour comprendre les dynamiques locales.

Une deuxième leçon est que des données sur toutes les variables ne peuvent pas toujours être collectées, car chaque pays a un système d'information sanitaire différent. Or, même avec quelques données manquantes, on a un assez bon aperçu de la réalité et le manque d'exhaustivité des données n'est pas une barrière si les autres variables sont disponibles.

Contact : des questions sur l'outil POEM ? Vous pouvez contacter Bruno Marchal de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (bmarshal@itg.be).

Archivage des dossiers médicaux – Bénin



QUELQUES RÉFÉRENCES CLÉS

Agyepong, I.A. & Nagai, R.A. 2011. "We charge them; otherwise we cannot run the hospital" front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health Policy*, 99, (3) 226-233 available from: PM:21071106

Carasso, B.S., Lagarde, M., Cheelo, C., Chansa, C., & Palmer, N. 2012. Health worker perspectives on user fee removal in Zambia. *Hum.Resour.Health*, 10, (1) 40 available from: PM:23110690

Davis, J.H., Schoorman, F.D., & Donaldson, L. 1997. Towards a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, 22, (1) 20-47

Hercot, D., Meessen, B., Ridde, V., & Gilson, L. 2011. Removing user fees for health services in low-income countries: a multi-country review framework for assessing the process of policy change. *Health Policy Plan.*, 26 Suppl 2, ii5-15 available from: PM:22027919

Nabyonga-Orem, J., Karamagi, H., Atuyambe, L., Bagenda, F., Okuonzi, S.A., & Walker, O. 2008. Maintaining quality of health services after abolition of user fees: a Uganda case study. *BMC Health Serv.Res*, 8, 102 available from: PM:18471297

Nimpagaritse, M. & Bertone, M.P. 2011. The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy Plan.*, 26 Suppl 2, ii63-ii71 available from: PM:22027921

Richard, F., Anthony, M., Witter, S., Kelley, A., Sieleunou, I., & Kafando, Y. 2013. Fee exemption for maternal care in Sub-Saharan Africa: a review of 11 countries and lessons for the region. *Global Health Governance*, 6, (2)

Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. 2010. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. World Health Report (2010) Background Paper.* Geneva, World Health Organisation.

Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. 2012c. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC. Public Health*, 12, 289 available from: PM:22521207

Walker, L. & Gilson, L. 2004. We are bitter but we are satisfied: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Soc Sci Med*, 59, 1251-1261

This work was conducted as part of the FEMHealth project (www.abdn.ac.uk/femhealth), with funding from the EC FP7 programme.

