

**fonds de solidarité pour améliorer les soins obstétricaux et
néonataux urgents dans le département de Mirriah au Niger :
documentation du processus et capitalisation**

Ocquet H. S.¹, Beghin D. ², Weber L.²; Labat A.²; Dujardin B.²; H.D. Maimouna², Janssen W.³

¹ Ministère de la Santé Publique, Niger, ² Université Libre De Bruxelles, Belgique ³ Projet d'Appui Institutionnel/CTB.

Financement : fonds commun d'appui au PDS

Auteur principal : Ocquet H. S Epidémiologiste et un certificat université universitaires en recherche système de santé et en économie de la santé chargée de la coordination de la recherche au Ministère de la santé Publique Niamey Niger

Email : sakinahabou@yahoo.fr

Résumé

Ce rapport présente les résultats d'une recherche-action menée dans un district sanitaire du Niger . Dans une dynamique sociale et une solidarité entre communauté, Une adhésion unanime au fonds a été obtenue de la part de la communauté et des acteurs du département de Mirriah. La cotisation a été proposée à hauteur de cent francs (100F Cfa) sur le centime additionnel et imposable.

De 2010 à Mai 2015 environ 1000 accouchements ont été pris en charge ; 2264 évacuations pour un cout total de 33 Millions de francs CFA . La tenue régulière de l'assemblée par les responsables de santé , les autorités administratives et chefs traditionnels rendra durable le fonctionnement de ce fonds.

Le fonds est en activité depuis 2009 et continue de prendre en charge les évacuations comme prévu à l'assemblée . il constitue un élément favorable de progrès vers la couverture de santé universelle. Il facilite l'accès aux soins, favorise l'équité et protège la mère et l'enfant contre le risque de décès. Ces travaux ont été réalisés avec une large implication des décideurs. Dans une société pauvre, avec forte croissance démographique, seule la solidarité peut aider à relever le défi et à atteindre la couverture de santé universelle.

abstract

this report presents the results of a research-action carried out in a health district of the Niger. The main challenge that the Ministry of public health must faces is to offer to the Nigerian population, quality of care and services taking into account efficiency and a spirit of fairness. In a dynamic and social solidarity among community, A unanimous fund was obtained from the community and the actors Mirriah department. The fee was proposed for one hundred francs (CFA 100F) on the

additional tax and penny.

From 2010 to May 2015 approximately 1000 deliveries were supported; Evacuations in 2264 for a total cost of 33 million CFA francs. The regular holding of the meeting by the health officials, administrative authorities and traditional leaders will make the sustainable operation of the fund. The fund has been in operation since 2009 and continues to support evacuations as expected at the meeting. It is a favorable element for progress towards universal health coverage. It facilitates access to care, promotes fairness and protects the mother and child against the risk of death.

In a poor society, with high population growth, only solidarity can help to meet the challenge and achieve universal health coverage. The whole must be accompanied by a broad involvement of decision makers.

Key-words : Solidarity Fund, fonds de solidarité

Introduction

« Dans le monde, plus de 350.000 femmes décèdent chaque année des suites de leur grossesse, de l'accouchement ou du post-partum. Près de 99% de ces décès surviennent dans les pays en développement. Par rapport aux pays industrialisés, le risque relatif de mortalité maternelle y est 21 fois plus élevé et jusqu'à 46 fois en Afrique subsaharienne. Ce problème est multifactoriel et complexe. Afin d'y répondre de manière durable, il est primordial de développer des mécanismes de protection financière » [1].

Au Burkina Faso, les dépenses liées aux complications obstétricales graves représentent de 12.7% à 27.4% du PIB per capita (Storeng et al 2008). Au Bénin, les dépenses liées aux complications obstétricales représentaient entre 11% et 51% du PIB per capita et entre 16% et 35% au Ghana. Ces études montrent que les SOU ne sont pas abordables pour une grande partie de la population en Afrique subsaharienne. [14]. (De Brouwere V et Lerberghe W)

La limitation de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour des raisons financières est l'une des causes des ratios élevés de mortalité maternelle dans les pays en développement. En Mauritanie, la mutualisation du risque réalisée par un forfait obstétrical permet à toutes les femmes enceintes de faire suivre l'intégralité de leur grossesse ; l'existence d'un système de référence efficace permettant la prise en charge dans les meilleurs délais des urgences obstétricales [15]. Joséphine Borghi1

Deux types d'obstacles sont critiques : l'accès physique et l'accès financier. L'accouchement peut être un processus coûteux pour les ménages dans les pays où les modalités de financement des soins sont fragmentées et n'assurent pas une couverture universelle. [16].

Comme dans tous les pays d'Afrique, la mortalité maternelle au Niger est très élevée. Chaque deux heures, une femme meurt au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post partum. Au moment où une femme décède, 20 autres souffrent de morbidités^[2]. (MSP, 2006) Selon l'Institut National de la Statistique du Niger, en 2012, le taux de mortalité maternelle était de 535 pour 100 000 naissances vivantes, avec des inégalités en défaveur des zones rurales par rapport aux zones urbaines et les femmes couraient un risque de 1 sur 23 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation^[3].EDSN 2012

Au regard de l'ampleur de ce problème au Niger plusieurs initiatives ont vu le jour avec l'objectif de solutionner les problèmes d'équité, de qualité et d'efficience des services, de durabilité des actions, en particulier pour les couches les plus vulnérables et les plus pauvres de la population, comme la gratuite de la césarienne et de la CPN ou la mise en place des mutuelles de santé dans quelques localités. Cependant, la gratuité ne prend en compte que le kit de l'intervention et l'acte chirurgical ; les autres paramètres ne sont pas pris en charge, notamment la référence/évacuation, en cas de complications. La gratuité, sans aucune autre mesure d'accompagnement, ne garantit pas l'accès aux soins de qualité, particulièrement dans un contexte d'accessibilité géographique difficile aux services de santé et pour les personnes les plus vulnérables. Compte tenu de la faible autonomie financière de la femme, surtout en milieu rural, cette gratuité n'est, le plus souvent, accessible qu'aux plus aisées.

D'autres interventions doivent être destinées à jouer sur l'éloignement des centres de santé, sur les coûts de transport, et sur tout autre facteur relevant de la distance, afin de contribuer à diminuer la mortalité de la mère et de l'enfant.

Justification de la création d'un fonds de solidarité

C'est dans ce cadre qu'un fonds de solidarité a été créé en août 2009 dans le district de Mirriah, pour faciliter l'accès aux services et soins de qualité à toute femme, sans discrimination sociale.

L'objectif du fonds était de prendre en charge financièrement toutes les évacuations sanitaires liées à la santé maternelle et néonatale, l'un des obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé dans cette région. En améliorant le système de référence des femmes enceintes à risque et des femmes avec complication pendant l'accouchement, il visait à rehausser la couverture en soins obstétricaux urgents. Par ailleurs, les enfants gravement malades ou atteints de malnutrition grave pourraient également en bénéficier.

Ce projet de la localité de Mirriah a fait suite à une initiative réalisée à Dosso où, en 1996, un système de référence-évacuation basé sur le centime additionnel avait été mis en place dans le département pour pallier aux difficultés de référence des patients.

Figure 1. Carte du district sanitaire de Mirriah

Cette population bénéficie du point de vue infrastructure sanitaire d'un hôpital de district (HD) dont le bloc opératoire est souvent non fonctionnel, 36 centres de santé intégrés (CSI), 122 cases de santé fonctionnelles. Quatre CSI se trouvent à environ 200 km du district sanitaire de Mirriah et sont donc considérés comme les plus éloignés de l'hôpital de district. La distance à parcourir en cas d'urgence obstétricale pour se rendre à la maternité centrale de Zinder varie de 20 à 250 km, le plus souvent sur une voie d'accès difficile soit 4 à 8 heures de temps avec une ambulance et 8 à 12 heures avec le véhicule de transport du marché. Cette distance constitue un élément qui s'ajoute à la charge financière supportée par les ménages. Dans les zones géographiques difficiles d'accès comme Moa et Damagaram Takaya, le coût de transport avoisine 75000 f cfa pour se rendre au niveau de l'hôpital de district de Mirriah. Ce coût est susceptible d'être plus élevé s'il s'agit d'une évacuation à la maternité centrale de Zinder. [10].

Methodologie et resultats

PHASE 1 : Processus de mise en place du fonds dans le DS de Mirriah

Le processus de mise en place du fonds de solidarité a démarré en juillet 2009 à Mirriah. Il se décline en différentes étapes expliquées ci-dessous :

1. Rencontre des parties prenantes :

Dans un premier temps, différents décideurs importants au niveau du district ont été rencontrés afin de faciliter l'acceptation de la recherche action. Ces rencontres ont permis de les sensibiliser à la problématique de l'accès et de la qualité des soins pour la mère et l'enfant. Un plaidoyer a été mené pour expliquer l'objet de la recherche, l'intérêt et les résultats attendus de la mise en place d'un mécanisme de mutualisation de risque maladie (fonds social).

Résultat : Cinq réunions ont eu lieu avec (1) l'équipe cadre du district sanitaire (2) le chef traditionnel du district de Mirriah, (3) les différents maires de la commune de Mirriah, (4) le préfet et (5) les présidents de tradipraticiens et les présidentes des groupements féminins.

Cette étape a pris trois jours et a permis de faciliter la communication à travers la radio de Mirriah et d'avoir le soutien du préfet et chef coutumier du district jusqu'à la fin du processus.

2. Enquête mixte préalable :

Une enquête mixte a été réalisée auprès des femmes en âge de procréer afin d'obtenir des données de base, de déterminer les modalités et l'acceptation d'un fonds de

solidarité en fonction des spécificités locales. Les résultats de la partie quantitative ne sont pas présentés ici.

Le volet qualitatif de l'enquête a permis d'analyser le processus de mise en place de ce fonds en recueillant les opinions sur la qualité de services de la Santé de la reproduction, des informations sur les niveaux socio-économiques de la population et l'existence d'un système traditionnel de solidarité au niveau de districts de Mirriah. Le public cible comprenait les mères bénéficiaires, des chefs religieux et coutumiers et des groupements des femmes.

Quarante focus groups ont été réalisés par une équipe composée d'un sociologue et de 3 communicateurs au niveau de différents groupements ou associations de femmes au niveau de Mirriah commune (25 Focus), du CSI de Kolaram (8) et de Gouna(7). La composition des groupes variait entre 8 et 12 personnes.

Des entretiens individuels avec 10 leaders d'opinion(8 hommes et 2 femmes) ont également été menés.

Les thèmes abordés ont été :

- situation sanitaire du milieu (la santé de la femme, l'accouchement, le recours aux soins etc.) ;
- la situation socio-économique du milieu ;
- la prise en charge des complications ;
- la mise en place d'un fonds de solidarité mère enfant.

Tous les entretiens (focus groups et entretiens individuels) ont été conduits en langue locale : le haussa. Chaque entretien a duré en moyenne une heure pour les individuels et deux heures pour le focus group. Cette étape a duré une semaine du 08 au 14 août 2009. A la réception des questionnaires, Le chercheur et un agent statisticien de l'INS ont vérifié l'effectivité des questionnaires et ont aussi procédé au classement des questionnaires. L'analyse a été faite à partir d'un logiciel SPSS .

Résultats : A la question de savoir si des formes d'épargne collectives étaient déjà mises en place à Mirriah, il est apparu que la tontine est largement répandue parmi ces femmes, ce qui est un point positif pour la mise en place d'une contribution physique et ou financière de la communauté. A l'unanimité, les femmes étaient favorables à l'instauration d'un fonds de solidarité. La grande majorité d'entre elles estimaient que les dépenses maladies était moyennement chères ou chères. Environ 4 femmes sur 5 se disaient prêtes à contribuer pour un montant de 100 FCFA et 1 sur 5 pour un montant de 200 FCFA, à travers des cotisations hebdomadaires.

Elles ont également ont suggéré que ce fonds soit orienté à 80% vers l'accouchement et l'évacuation. Le problème de la santé maternelle et de la référence est donc bien ressenti par la population de Mirriah, surtout du fait du coût élevé de l'évacuation via transport et de la non fonctionnalité du bloc opératoire de proximité. Concernant les barrières socio-culturelles, les femmes ont déploré le manque de femmes comme

responsable de CSI, (tous les 36 CSI sont tenus par un personnel masculin) et la qualité de l'accueil.

3. Mobilisation communautaire

La mobilisation communautaire et la sensibilisation des autorités administratives et des leaders d'opinion est très importante pour qu'ils s'impliquent dans le processus de la mise en place de ce fonds de solidarité. C'est une stratégie qui a montré son efficacité dans beaucoup d'actions communautaires ; quand ils s'impliquent, la capacité de mobiliser la population est importante [10].

Il est aussi utile d'informer la population de la situation de la santé de la mère et de l'enfant et de la nécessité d'un mécanisme de mutualisation de risque maladie. Cette mobilisation sociale a été faite à travers des réunions de plaidoyer et de sensibilisation à l'endroit des autorités administratives et coutumières, des chefs religieux, des groupements féminins, des COGES et des chefs CSI et équipes cadre du district (ECD). La population a également été informée et sensibilisée via des messages à la radio communautaire autour de l'intérêt d'un fonds de solidarité.

Résultats : Une sensibilisation de la communauté a été réalisée à travers la radio communautaire. Une émission radio a couvert la période préalable à la mise en place du fonds jusqu'à deux mois après, du 27 juin 2009 au 30 août 2009. Elle a présenté l'état de la santé de la reproduction dans le district de Mirriah (données épidémiologiques, retards de prise en charge,...) et la proposition de solution autour de la dynamique sociale et de la mise en place d'un fonds de solidarité (mission, modalités de financement,...).

Plusieurs rencontres ont également eu lieu avec le maire, le préfet, le chef de canton, les associations, les groupements féminins, les accoucheuses traditionnelles et les responsables chef-CSI et COGES. Elles ont permis d'atteindre l'objectif de sensibilisation des leaders d'opinion à la situation socio sanitaire et aux différents mécanismes de couverture universelle. Les mutuelles n'ont pas retenu l'attention lors de ces rencontres car seuls les adhérents sont protégés et non l'ensemble de la population. Le fonds de solidarité avait l'avantage d'être universel et de permettre que les plus forts couvrent les plus faibles.

4. Renforcement des compétences des professionnels de santé

Lorsqu'on améliore l'accessibilité aux soins, il est primordial d'en garantir la qualité. C'est pourquoi, avant de lancer le fonds de solidarité, des formations ont été prévues afin de résoudre les problèmes de dysfonctionnement en santé de la reproduction au niveau des structures sanitaires.

Ces formations répondaient aux besoins identifiés lors de l'enquête et de l'analyse situationnelle.

Elles visaient d'une part à renforcer les compétences des chefs de CSI, pour assurer un accueil de qualité au niveau des formations sanitaires et à écouter adéquatement les patientes et pour transmettre ces connaissances via la supervision. En effet la supervision représente une excellente occasion d'assurer une formation complémentaire, d'améliorer les résultats et de résoudre d'autres problèmes systémiques qui contribuent à la faible couverture sanitaire. Elle est un processus qui encourage la qualité à tous les niveaux du système de santé en renforçant les relations au sein du dit système

Et d'autre part à former les accoucheuses traditionnelles à mieux reconnaître les signes de danger et adopter les comportements adéquats.

Résultats : Tous les chefs de CSI (36) ont été formés durant 3 jours pour la supervision de qualité avec un accent sur l'accueil et l'écoute des patientes.

En juillet 2009, la responsable de la santé de la reproduction de la DRSP de Zinder et la responsable de la maternité de l'hôpital de district de Mirriah ont assuré le renforcement de capacité de 25 accoucheuses traditionnelles. Dans le but de permettre à une femme enceinte d'être en contact rapide avec un prestataire qualifié, un renforcement de capacité des vingt-cinq accoucheuses traditionnelles a été réalisé en matière de sensibilisation pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant. dans ce sens afin de bien mener des sensibilisations aux seins de leurs communautés sur les signes de dangers de la grossesse et de l'accouchements et qu'elles comprennent la conduite à tenir pendant l'accouchement compliqué (les références rapides) et pouvoir accompagner les femmes au niveau des structures de santé. La formation des accoucheuses a été donnée en Haoussa et a utilisé les méthodes pédagogiques suivantes: exposés suivis d'explication et discussions, brainstorming avec participation active des participantes sur la base leur connaissance, jeux de rôle et historiettes. Le contenu du cours est composé comme suit :

- Signes normaux de l'accouchement
- Signes anormaux durant la grossesse, l'accouchement et le postpartum
- Comment accompagner la parturiente
- La référence en cas de signes de danger
- Sensibilisation sur les signes de danger durant la grossesse, l'accouchement et le postpartum

La formation a été assurée par une équipe du niveau central composée de trois personnes (responsable suivi évaluation à la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, un cadre du Ministère du Développement communautaire sociologue en collaboration avec le médecin chef du district et l'épidémiologiste. L'ensemble des toutes ces mesures prises lors de la formation pourraient certainement démontrer au personnel que l'application de la supervision formative en santé de la reproduction est un moyen capitale pour améliorer leur compétence, vise aussi à aider les agents de

santé à assurer de services SR de qualité (conformément aux normes) et être efficaces pour satisfaire les besoins des patients. C'est un cours théorique, pratique et participatif dont le contenu est composé comme suit :

- Pourquoi cette approche ;
- Phase préparatoire ;
- Outils de la Supervision Formative ;
- Phase d'exécution ;
- Phase post supervision ;
- Coaching ;
- Les critères d'une Supervision Formative ;

Matériels utilisés :

Un ordinateur portable, un projecteur, kits participants (cahier et bic et une fiche de supervision formative en SR)

5. Décision des modalités de fonctionnement du fonds

Une assemblée générale a été organisée pour définir les modalités d'organisation et de gestion du fonds (comités de suivi et de gestion) et définir les modalités de participation communautaire.

Le chercheur a présenté un exposé de 60 minutes sur les données de l'enquête de base de Mirriah et le mécanisme de mutualisation de risque, ce qui a suscité des débats sur la situation des évacuations sanitaires et les complications obstétricales. L'assemblée en tenant compte des données de l'enquête et de la situation socio-économique du milieu, a décidé de l'instauration du fonds de solidarité et de ses modalités de fonctionnement.

Résultats : L'assemblée générale a regroupé environ 140 personnes du département : 36 chefs CSI, de tous les COGES, des maires et chefs coutumiers, religieux et de représentantes de femmes.

L'un des points forts de cette assemblée générale est la présence du préfet du district de Mirriah qui a mis l'accent sur les problèmes de santé de la femme à Mirriah et l'intérêt de la mise en place d'une stratégie permettant de réduire le taux de mortalité de la mère et de l'enfant.

A la fin de cette assemblée, tous les participants ont adhéré au fonds de solidarité. Il a été décidé que le montant de la cotisation s'élèverait à cent francs (100 FCFA) sur le centime additionnel et imposable. C'est-à-dire que chaque patient qui se présente en tout type de consultation en dehors de la cible de la gratuité doit majorer de 100 FCFA ses frais de consultation, qui iront alimenter le compte du fonds de solidarité.

Au niveau des collectivités, chaque famille paiera 100 FCFA supplémentaires sur

l'impôt pour alimenter le fonds à compter d'octobre 2009.

Des opportunités de financement comme la Zakat, les dons et legs ont été évoqués pour qu'une partie soit orientée vers ce projet pour permettre une durabilité d'action en faveur des femmes et enfants qui sont des couches vulnérables dans notre société. La Zakat est une forme d'aumône chez les musulmans destinée aux plus pauvres et aux plus démunis ; elle favorise une véritable entrave sociale en étant une œuvre d'utilité publique.

L'assemblée a imposé l'ouverture d'un compte bancaire FSME. Une somme d'environ trois cent mille francs a été collectée sur place à cet effet.

Deux comités ont été élus pour assurer une bonne utilisation des biens de la communauté et respecter les engagements qui ont été pris :

- **Un comité de gestion** composé de six membres : un président, un vice-président, un secrétaire général, un trésorier, deux commissaires aux comptes
- **Un comité de suivi** composé aussi de six membres : un chef de canton, un représentant des Mairies, un représentant de leaders religieux, un représentant du district sanitaire, un représentant du groupement féminin et un de la gendarmerie de Mirriah.

Le mandat attribué à ces comités est de 2 ans renouvelable

Une formation de deux jours à l'endroit de ces comités a été réalisée dans le but d'élaborer des textes décrivant les modalités de fonctionnement et de gestion du fonds communautaire.

PHASE 2 : Fonctionnement et évaluation du fonds de solidarité

Suite à l'Assemblée générale, le fond de solidarité a démarré en septembre 2009. Des données financières et indicateurs de santé reproductive ont été collectés en routine pour permettre le suivi et l'évaluation du fonds, de sa mise en place jusqu'en 2014.

Le compte bancaire est alimenté par le centime additionnel (récolté au niveau de l'HD et au niveau des formations sanitaires (CSI)) et par l'argent issus de l'impôt. Des dons de bailleurs ou legs sont également possibles mais aucun n'a été perçu jusqu'à présent.

Tableau 1: **Capacités financières du Fonds de Solidarité Mère et Enfant (septembre 2009 à décembre 2014)**

	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Total fonds recouvrés	8 500 000	3 267 100	8 067 100	10 268 426	12 016 141	42 118 767
Total fonds dépensés	3 042 800	3 218 100	ND	9 372 274	11 253 940	26 887 114

En 2010, le fonds a démarré avec un capital d'environ huit millions cinq cent mille francs (8 500 000) Fcfa provenant des centimes additionnels et des collectivités. Au total **42 118 767 FCFA** ont été recouverts durant les cinq ans pour une dépense totale de **26 887 114 FCFA**.

En 2012, il y a une difficulté de recouvrement et un ralentissement de contribution de la part des collectivités qui pourrait être dû au changement de l'équipe cadre un an après la mise en place du fonds, seules les urgences ont alors été prises en charge. Le problème de mobilité des agents a constitué une entrave pour collecter les informations du mouvement du compte du fonds de solidarité.

En 2013, grâce à l'appui d'une volontaire du programme des Nations Unies, le fonds a été redynamisé et une collecte des données plus systématique a été mise en place. Chaque année, une assemblée générale rassemble tous les responsables afin de présenter la situation financière du fonds, et réaliser une évaluation en identifiant les problèmes rencontrés et les solutions à apporter.

Durant les premières années, le fonds a servi à la prise en charge des urgences et des accouchements. Chaque accouchement est pris sur la base de 1000 FCFA. Toutefois, depuis 2013 jusqu'à ce jour, seules les urgences ont été prises en charge du fait de l'irrégularité de contributions de l'impôt. Les évacuations sont réalisées à l'aide de cinq ambulance mises à la disposition du district par l'Etat et ses partenaires dont une au niveau de l'hôpital de district et quatre au niveau des CSI. Ces évacuations ont permis de solutionner le problème de retard lors de la prise en charge de la grossesse et accouchement

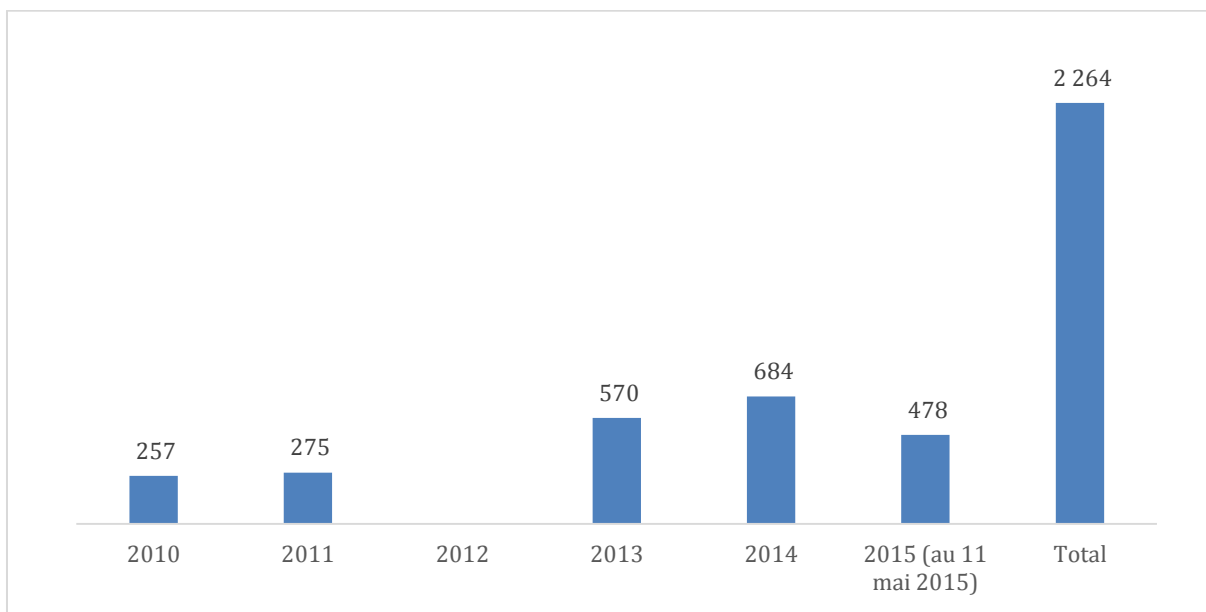


Figure 1 : Nombre d'évacuations réalisées de 2010 à mai 2015 à travers le fonds de solidarité

De 2010 à mai 2015, 2264 évacuations ont été assurées grâce au fonds de solidarité mère enfant. Les données de 2012 ne sont pas disponibles car la mobilité des cadres du district a entraîné un ralentissement de suivi du FSME. Certaines dépenses liés à l'évacuations sont aussi pris en compte par ce fonds. Voir le tableau N1

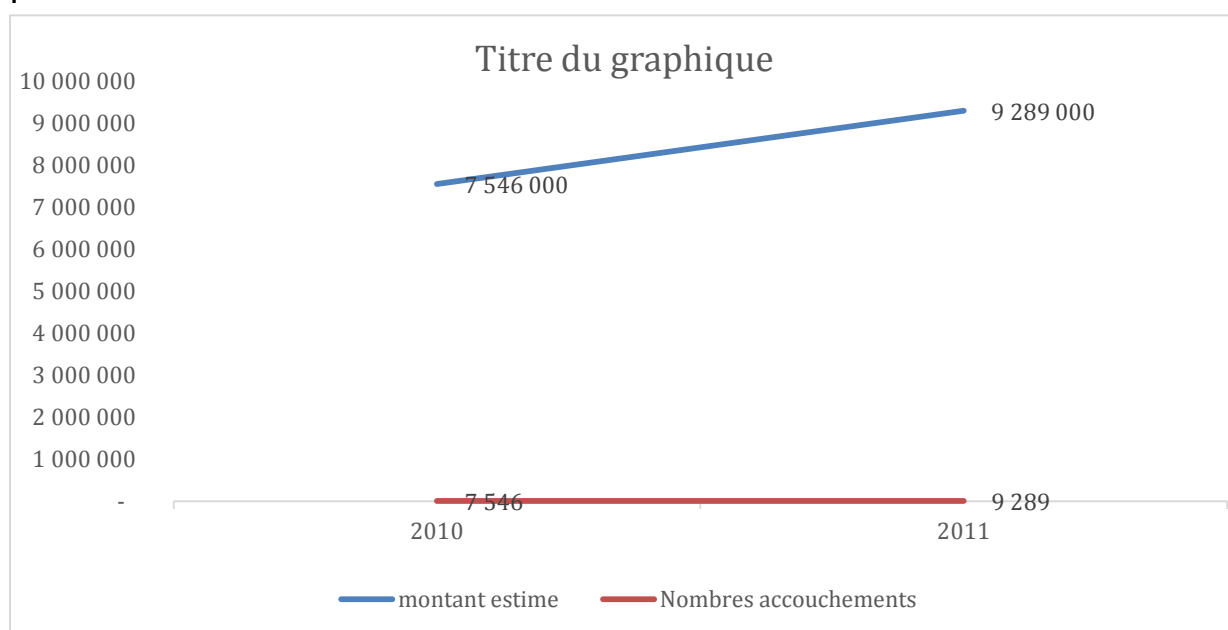


Figure 2: prise en charge des accouchements de 2010 à 2011

Durant les deux premières années de fonctionnement du fonds, les accouchements au CSI étaient également pris en charge afin de rehausser le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié et de réduire les complications au cours de l'accouchement ou en post-partum. Compte tenu de la mobilité des responsables en charge de la santé, il n'est pas possible de connaître avec exactitude le frais d'accouchement. Chaque accouchement était pris en charge par le fonds sur la base de 1000 CFA mais de difficultés financières ont limité la mission de ce fonds à l'évacuation des urgences

La dynamisation du fonds a aidé à améliorer le taux d'utilisation des services de santé maternelle qui était de 25,6 % en 2010 à 50,1% en 2012 ; le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est passé de 12% en 2010 à 19% en 2012^[11].

Tableau 2: indicateurs de Mirriah de santé maternelle (MSP 2011-2014)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utilisation des services de santé	26%	32%	39%	51%	34%	34 %

Taux d'accouchement assisté	12%	14%	19%	26%	20%	22%
nombre césarienne		51	0	0	70	60
létalité obstétricale intra-hospit				0,58‰	0,18 ‰	0,11 ‰

Le taux d'accouchement assisté a doublé entre 2009 (12%) et 2012 (26%) puis s'est stabilisé autour des 20%. Le nombre de césarienne a augmenté de 51 en 2010 à 70 en 2013 puis a légèrement diminué en 2014. La létalité obstétricale intra-hospitalière a par contre diminué régulièrement depuis 2012.

Discussion

Cette étude nous a permis de réfléchir aux solutions face aux difficultés d'accès aux soins de qualité et aux dépenses d'évacuations importantes réalisées par la population de Mirriah dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant.

Le manque d'argent nécessaire pour la prise en charge des soins obstétricaux urgents étant le principal obstacle identifié, un fonds de solidarité a été mis en place, pour contribuer à remédier à cette situation et rompre le retard d'accès aux soins.

Le fonds de solidarité a été mis en place grâce à un processus participatif, qui a nécessité l'accord des acteurs communautaires et des décideurs et la sensibilisation grâce aux radios communautaires. La pleine implication de la communauté a été un élément incontournable de la mise en place du fonds de solidarité.

Les femmes ayant déploré le manque de femmes comme responsables de CSI et la qualité de l'accueil qui est non satisfaisante, un atelier de renforcement de compétences a été organisé à l'endroit de chefs CSI et des accoucheuses traditionnelles de la localité. Seule la confiance et une bonne relation entre prestataires et patientes peuvent augmenter la demande vers les formations sanitaires.

Depuis 2009, le fonds de solidarité fonctionne et prend en charge les évacuations de manière régulière même s'il a connu des hauts et des bas, notamment en 2012 suite à une grande mobilité des cadres du district. L'Assemblée Générale continue de se rassembler chaque année pour évaluer les activités et permettre le bon fonctionnement du fonds. Les indicateurs de santé du district de Mirriah se sont améliorés, même s'il est difficile d'établir un quelconque lien entre ces indicateurs et le fonctionnement du fonds.

Des initiatives similaires ont été développées dans d'autres contextes d'Afrique subsaharienne. A Kieta, dans la région de Tahoua au Niger, l'introduction d'un mécanisme de financement solidaire a permis d'augmenter le nombre de cas évacués. Ce projet a permis d'évacuer 191 cas en 2008 et 460 en 2010 (Médecins du monde 2009). L'objectif était similaire à celui du fonds de Mirriah mais le processus de mise en place était différent car la présence d'une ONG internationale a contribué à la mise en place de ce fonds. A Mirriah par contre, il s'agit d'une initiative locale, ce qui permet une plus grande durabilité du fonds, n'étant pas lié à un bailleur extérieur. Un

autre exemple au Mali est similaire à celui de Keita.

En plus des évacuations urgentes, durant les deux premières années, le fonds de solidarité de Mirriah a pris en charge les frais liés à l'accouchement pour rehausser le taux de l'accouchement assisté par un personnel qualifié.

Points forts du processus

Depuis 2009 jusqu'à aujourd'hui, les familles contribuent à alimenter le fonds de solidarité bien qu'en 2012, il y ait eu un ralentissement de contribution de l'imposable.

Une des réussites de l'ouverture de ce fonds à Mirriah a été la dynamique sociale qui a été créée au sein de la communauté.

Une des forces du processus a été le soutien des responsables en charge de la santé et des autorités politiques et administratives, une bonne implication des décideurs et une participation massive de la population pour la mise en place d'un mécanisme de mutualisation des risques.

Le fonds est à présent sécurisé par une ouverture d'un compte bancaire et un texte législatif.

La réunion régulière du comité de fonctionnement de ce fonds, la présence de volontaires de Nations Unies impliqués dans le projet et l'aval des décideurs constituent un cadre pour pérenniser le fonctionnement de ce fonds. Cependant, nous souhaitons poursuivre le suivi et l'évaluation de ce projet grâce à des fonds futurs.

Limites et difficultés du processus

Les limites de l'étude ont surtout été dues à un budget insuffisant, ce qui ne nous a pas permis de prendre en compte les étapes de suivi et de l'évaluation à mi-parcours du fonctionnement du fonds.

La mobilité des agents de santé, le changement de l'équipe cadre de district et le problème d'archivage des données a été un obstacle pour une évaluation efficace et exhaustive du fonds de solidarité mère et enfant à Mirriah et constitue une menace pour la suite également.

Le manque de poursuite de plaidoyer pour amener des dons, legs et zakats ne nous a pas permis d'augmenter les revenus du fonds.

Conclusion et recommandations

Le fond de solidarité mère enfant est un élément favorable de progrès vers la couverture de santé universelle dans un pays à faibles revenus comme le Niger. Il facilite l'accès aux soins et services de qualité pour la population, favorise l'équité et protège la mère et l'enfant contre le risque de complications et de décès.

La prise de conscience de la communauté et la prise en charge de ce volet évacuation et accouchement ont permis de minimiser les retards survenus lors de la grossesse ou de l'accouchement et pourrait contribuer à réduire le taux de mortalité maternelle et infantile qui fait partie des OMD 4 et 5.

Dans une société des pays pauvre, avec forte croissance démographique, seule la solidarité peut aider à relever le défi pour atteindre la couverture de santé universelle. Le tout doit être accompagné par une large implication des décideurs et des communautés. Vu le bénéfice que ce fonds apporte à la population, il serait souhaitable que l'Etat, ses partenaires, les autorités administratives et coutumières le soutiennent pour assurer sa pérennisation. Un plaidoyer continu doit être fait en direction des responsables des collectivités du district pour les amener à investir davantage dans les actions de santé et en particulier dans le fonds de solidarité mère et enfant. Pour améliorer l'accès aux soins des communautés, l'Etat doit aussi renforcer l'offre de soins, assurer la viabilité des structures de soins, pour augmenter la demande des soins. Pour y parvenir, il devrait développer des mécanismes alternatifs de financement de la santé. Dans ce cadre, l'attention sera portée sur la promotion de mutuelles de santé, de fonds social de santé et la promotion de l'assurance maladie. Pour renforcer l'offre des soins, l'Etat à travers le Ministère de la Santé doit prendre des mesures pour réduire la mobilité de personnel de santé au niveau des districts sanitaires et améliorer la formation des agents de santé. L'amélioration de la santé maternelle et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence restent des défis majeurs pour le système de santé du Niger et doivent rester une priorité en termes de recherche.

Références bibliographiques

(Dujardin, 2011) Bruno DUJARDIN ; Françoise MINE Vincent de BROUWERE : améliorer la santé maternelle ; un guide pour l'action 2011; 12-15.

(MSP, 2006) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies Niger et OMS/ AFROAWARE-RH,CEFOREP : le modèle« Réduce/Alive », Outil de plaidoyer, agir pour sauver la vie,juin 2006, supp 01.

(INS 2012) Institut national de la statistique :Enquête démographique, santé nutrition (EDSN), Niger, 2012 ;201 –206 .

(MSP, 2009) Comité régional technique de la santé ; Sanitaire de District de Mirriah : Revue annuelle du plan d'action annuelle 2009 ; présentation novembre 2009, 56 supl.

(MSP/LE, 2006) Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies Niger : Feuille de route nationale. pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, Niger 2006 -2015, 14 -73 .

LASDEL : Exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de 5 ans mise en œuvre dans la région sanitaire de Dosso. octobre 2011 ; 15-53 .

Fabienne Richard, Sophie Witter et Vincent De Brouwere : Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources ; Studies in Health Services Organisation & Policy, 2008; 46 (25) : 57-344 ;

Douala, Cameroun : Supervision formative ; l'expérience des unités de traitement du choléra au cours de l'épidémie de www.cairn.info/load_pdf consulté en juillet 2009 ;

Ransom E, Yinger V : Maternité sans risques, juillet 2002, 39 ; 1-10 .

Mussango L. : Organisation et mise en place des mutuelles de santé (défi au développement de l'assurance santé maladie au Rwanda, Th Doctorat. ULB. 2005.

District de Mirriah : Plan de développement sanitaire 2008-2012 Niger.

District de Mirriah : Revue annuelle du plan d'action annuelle 2012 du Plan de Développement Sanitaire de District 2008-2012 ;présentée le 30 Octobre 2012.

Afrique et les objectifs du millénaire pour le développement le point en 2007 Nations Unies 4p.

Joséphine Borghi¹, Katerini Tagmatarchi Storeng & Véronique Filippi : Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les

ménages ;Studies in Health Services Organisation & Policy 2008, 25 - 52

Shyama Kuruvilla et al. : site http://www.who.int/bulletin/online_first consulté le 16 septembre 2014 ;

Ministère de la Santé Publique : Comptes de la Santé, 2011, 5-29 ;

Philippe Renaudin, et all : La mutualisation du risque comme solution à l'accès aux soins

obstétricaux d'urgence ; Expérience du forfait obstétrical en Mauritanie ;Studies in Health Services Organisation & Policy, 2008 ; 25- 123.

Borghi J, Storeng K & Filippi V : Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages. Studies in Health Services Organisation & Policy (2008),25, 27-52.

(MSP- 2011-2015) Ministère de la Santé Publique, Revue annuelle du PDS 2011-2015.

MDM France Niger : Dr Mamoudou BARRO et Halladou ZAMMO ; Financement solidaire des évacuations sanitaires pour améliorer l'accès aux soins d'urgence pour les populations vulnérables, en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans 2009 ; supp 01-12.