



**EVALUATION DE LA PERENNITE ET DES CONDITIONS DU
PASSAGE A L'ECHELLE DE DEUX PROJETS DE
MEDECINS DU MONDE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
KEITA (NIGER) : LA GRATUITE DE L'ACCOUCHEMENT
ET LE FINANCEMENT SOLIDAIRE DES EVACUATIONS
SANITAIRES**

Aïssa DIARRA

Consultante Médecin Anthropologue

Rapport final

17 juillet 2012



COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire

Remerciements

Nous remercions l'ONG Médecins du Monde pour sa collaboration et ses contributions à cette étude.

Nous remercions tous les acteurs qui ont bien voulu nous accorder un peu de leur temps pour la réalisation de nos enquêtes : toutes les parties prenantes à Keita à savoir les représentants de l'ONG Médecins du Monde-France, l'Equipe Cadre de District, les agents de santé, les membres des Coges et du COSAN ; les cadres de la Direction Régionale de la Santé Publique et du Ministère de la Santé Publique ; les Organisation Internationales à savoir le FNUAP, l'UNICEF et ECHO.

Résumé

Introduction

La présente étude porte sur les processus de pérennisation, la pérennité et les conditions de mise à l'échelle des interventions de gratuité de Médecins du Monde-France (MDM-F) dans le district sanitaire de Keita au Niger, à travers deux projets : la gratuité des accouchements et le « financement solidaire des évacuations sanitaires ». Le district sanitaire de Keita est un district rural d'une population totale de 303 469 en 2011. Avec une couverture sanitaire de 58%, les obstacles géographiques et financiers viennent exacerber les difficultés d'accès aux soins. L'ONG MDM-F a commencé ses activités dans le district en octobre 2006 pour l'amélioration de la qualité de l'offre de soins en générale et en particulier pour appuyer l'équipe cadre de district dans la mise en œuvre des mesures d'exemption de soins. En avril 2009, elle a particulièrement centré ses activités sur la gratuité des accouchements jusqu'en mars 2011. Puis en mars 2009, elle s'est lancée dans le deuxième projet, le « financement solidaire des évacuations sanitaires » avec pour ambition d'améliorer le système de référencement/évacuation et contre référence.

Méthodologie

Cette étude, essentiellement qualitative, est articulée à deux questions d'évaluation :

- (1) la mise en œuvre de ces projets favorise-t-elle leurs pérennités ?
- (2) les conditions d'un passage à l'échelle nationale de ces projets sont-elles réunies ?

Les enquêtes ont duré un mois et se sont déroulées sur trois niveaux : i) institutionnel à Niamey avec les acteurs du Ministère de la Santé Publique et les Partenaires techniques et financiers (UNICEF, ECHO et FNUAP ; ii) régional à Tahoua avec les cadres de la Directions Régionales de la Santé Publique ; iii) opérationnel à Keita avec une diversité de catégories d'acteurs (l'équipe cadre de district, les agents de santé, les membres de l'ONG MDM-F, les autorités administratives locales, des représentants de la société civile. Nous avons procédé par entretiens et par observation. Les entretiens réalisés ont fait l'objet d'un enregistrement, d'une prise de notes et de transcriptions saisies de 304 pages. L'ensemble des données recueillies a été analysé en fonction des repères conceptuels autour des notions de processus de pérennisation, pérennité et de mise à l'échelle.

Résultats

La gratuité des accouchements se trouve dans un contexte national et international favorable. MDM-F a procédé à une bonne stratégie d'adaptation au fonctionnement habituel des formations sanitaires (FS). L'ONG ainsi a proposé une formule de consensus entre la logique de gratuité du projet et les normes communautaires par rapport à la rémunération des matrones : leur gratification a été différée au moment du baptême, cela se passe donc en dehors des FS. Le projet pilote de l'ONG a pu être relayé par celui du FNUAP, maintenant ainsi la hausse des accouchements assistés dans le district. Mais les dysfonctionnements constatés dans la mise en œuvre du FNUAP (insuffisance de kits, accouchements dystociques encore payants à la maternité de référence du niveau régionale à Tahoua, retard de remboursements) risquent, si rien n'est fait, de menacer les acquis du projet de MDM-F, notamment pour ce qui concerne la qualité des soins. L'ONG continue d'appuyer le district :

ravitaillement en oxytocine, suivi/formation, dons de matériels obstétriques. Les analyses ont permis d'évaluer cette gratuité à un degré de pérennité faible.

Les interventions liées au projet de « financement solidaire des évacuations sanitaires » répondent aux objectifs d'amélioration de référencement/contre référence de l'ECD et de la DRSP. Elles bénéficient de l'adhésion de tous les acteurs nationaux. Le système est une innovation locale, communautaire et c'est bien cela sa force. A Keita, à la suite d'un voyage d'étude dans un district qui a été un des pionniers du système, les acteurs ont procédé à un travail d'adaptation et d'ajustement face aux évènements survenus au niveau local et institutionnel. Cela a été possible grâce à un mécanisme et un dispositif de fonctionnement participatif et flexible. Actuellement, le système se trouve dans une situation financière critique qui menace sa pérennité. Cependant on peut espérer que le recours aux contributions locales, devenu une nouvelle alternative pour alimenter les fonds d'évacuations pourraient assurer la pérennité du système qui continue d'être appuyé financièrement et sur le plan logistique par l'ONG même si c'est de manière moins intense qu'auparavant. Compte tenu de ces éléments d'analyse rapidement présentés ici, on peut souligner que le système a atteint un niveau de pérennité moyen.

Conclusion

La mise à l'échelle de la gratuité des accouchements semble être un acquis, mais les goulots d'étranglements qui entravent la mise en œuvre des gratuités de 2006 demeurent des sources d'inquiétudes pour les acteurs. Cela pourrait retarder cette mise à l'échelle. Les fonds du « financement solidaire des évacuations sanitaires » sont exposés à d'autres fins que celles du système référencement/contre-référence à cause des retards de remboursement de l'Etat aux FS concernant les mêmes gratuités de 2006. Mais il convient de retenir, particulièrement dans ce deuxième cas, que la mise à l'échelle ne garanti pas forcément une bonne mise en œuvre, les acteurs du terrain développent souvent des stratégies pour contourner les normes officielles. Parfois les innovations locales ont plus de chances de succès de pérennité lorsqu'elles restent sous la maîtrise des communautés.

Sommaire

Sommaire	4
Liste des sigles.....	7
INTRODUCTION.....	9
INTERVENTION.....	10
LIEU ET METHODE D'ENQUETE	11
Le district sanitaire de Keita.....	11
Méthodologie	12
LA GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS : PROCESSUS DE PERENNISATION, PERENNITE ET CONDITIONS DE MISE A L'ECHELLE	14
Le processus de pérennisation.....	14
Evènements spécifiques de l'implantation.....	14
La majorité des agents de santé, c'est-à-dire ceux des CSI estime que la composition du kit convenait parfaitement à leurs besoins. Ils trouvent également que le système de kit est très pratique, car ils avaient tout à portée de main, de plus ils n'avaient pas besoin d'utiliser les intrants du RC. Selon eux, ils avaient ainsi la possibilité de faire sans problème un accouchement assisté comme il se doit.	15
L'ONG a renforcé les infrastructures du district avec la construction d'une maternité au CSI d'Ibohamane et des travaux de réhabilitation de salles d'accouchements dans d'autres CSI. Les dons de matériels obstétricaux n'étaient pas rares non plus et l'ONG mettait un accent particulier sur la surveillance de l'accouchement en mettant à la disposition des agents de santé des partogrammes.....	15
Evènements spécifiques de la routinisation.....	15
Evènements conjoints de la routinisation et de l'implantation.....	20
La pérennité de la gratuité des accouchements	21
Un mécanisme de fonctionnement satisfaisant gravé dans les mémoires	21
L'adaptation du projet au contexte local	21
Les valeurs du projet	22
Pour une mise à l'échelle de la gratuité des accouchements	24
L'innovation	24
L'organisation cible.....	24

L'organisation qui en fait la promotion.....	26
L'environnement	26
La stratégie du passage à l'échelle	27
LE FINANCEMENT SOLIDAIRE DES EVACUATIONS SANITAIRES : PROCESSUS DE PERENNISATION, PERENNITE ET CONDITIONS DE MISE A L'ECHELLE.....	31
Le processus de pérennisation.....	31
Evènements spécifiques de l'implantation.....	31
Evènements spécifiques de la routinisation.....	32
Evènements spécifiques de la routinisation et de l'implantation	36
La pérennité du « financement solidaire des évacuations sanitaires ».....	36
Mémoire du projet dans le district.....	36
L'adaptation du projet	36
Les valeurs du projet	37
Les règles organisationnelles.....	38
Pour une mise à l'échelle du financement solidaire des évacuations sanitaires.....	40
L'innovation	40
L'organisation cible.....	40
L'organisation qui en fait la promotion.....	41
L'environnement	41
La stratégie du passage à l'échelle	41
CONCLUSION.....	43
Références	45
ANNEXES.....	46
Annexe 1 : Guide d'entretien pour personnels MDM et autres acteurs à Keita.....	46
Annexe 2 : Guide d'entretien pour MSP, DRSP, ONPPC, DPHL, PTF, Experts	49
Annexe 3 : Tableau synthétique du processus de pérennisation (gratuité des accouchements)	50

Annexe 4 : Tableau synthétique des caractéristiques des déterminants du passage à l'échelle (gratuité des accouchements)	51
Annexe 4 : Tableau synthétique des caractéristiques des déterminants du passage à l'échelle (gratuité des accouchements)	51
Annexe 5 : Tableau synthétique du processus de pérennisation (« financement solidaire des évacuations sanitaires »).....	52
Annexe 6 : Tableau synthétique des déterminants du passage à l'échelle (« financement solidaire des évacuations sanitaires »).....	53
Annexe 7 : Calendrier des entretiens.....	54

Liste des sigles

ACF : action contre la faim

AG : assemblée générale

ASC : agent de santé communautaire

Coges : comité de gestion

COSAN : comité de santé

CPN : consultation prénatale

CS : case de santé

CSI : centre de santé intégré

CTB : coopération technique belge

DRSP : direction régionale de la santé

DS : district sanitaire

ECD : équipe cadre de district

ECHO : Service d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne

FNUAP : fond des nations unies pour la population

GATPA : gestion active de la troisième phase de l'accouchement

HD : hôpital de district

HN : hôpital national

IC : infirmier certifié

IDE : infirmier d'Etat

LANSPEX : Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise

MCD : médecin chef de district

MCDA : médecin chef de district adjoint

MDM-F : médecins du monde-France

MEF : ministère de l'économie et des finances

MSP : ministère de la santé publique

NV : naissance vivante

OI : organisation internationale

OMD : objectifs du millénaire

ONG : organisation non gouvernementale

ONPPC : office national de produits pharmaceutiques et chimiques

PTF : partenaire technique et financier

RC : recouvrement des coûts

SC : société civile

SOUB : soins obstétricaux d'urgence de base

SOUC : soins obstétricaux d'urgence complets

UNICEF : fonds des nations unies pour l'enfance

INTRODUCTION

Au Niger les décès maternels et infantiles sont parmi les plus élevés au monde. On y enregistre un taux de mortalité maternelle estimé à 642 pour 100 000 naissances vivantes (NV) et la mortalité infantile à 112,22 décès pour 1 000 naissances normales. Face à cette situation, les responsables sanitaires font des efforts pour l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins. Ainsi, durant ces dix dernières années on assiste à une augmentation du nombre des structures de base à travers des programmes nationaux tel que celui nommé « opération 1 000 cases de santé ». Des hôpitaux de référence « mère-enfant » ont été construits dans chacune des régions du pays. Les pouvoirs publics se sont aussi préoccupés de la barrière financière et cela a été un des leviers qui ont accompagné les récentes politiques d'exemption de paiement des services de santé à partir de 2006. Elles ont d'abord concerné la césarienne, puis la prise en charge intégrale des enfants compris dans la fourchette de zéro à cinq ans, les consultations prénatales, les contraceptifs et les cancers féminins. Le but visé est l'atteinte des objectifs du millénaire concernant la santé maternelle et infantile (OMD 4 et 5). Pour accompagner l'Etat nigérien dans sa politique de santé, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) apportent leur contribution à travers des soutiens financiers et matériels, tandis que des Organisations Non Gouvernementales (ONG) s'impliquent au niveau micro par un appui de proximité en faveur des districts sanitaires (DS). Ces dernières interviennent le plus souvent à travers des projets pilotes dont la pérennité et la mise à l'échelle, lorsqu'ils sont couronnés de succès, demeurent des questions qui sont souvent peu ou pas abordées. C'est dans ce cadre que se situe la présente étude qui porte sur deux projets de l'ONG Médecins du Monde-France (MDM-F) dans le DS de Keita au Niger. Le premier projet porte sur la gratuité des accouchements et le second concerne le « financement solidaire des évacuations sanitaires ».

Conformément au protocole de référence¹, deux questions d'évaluations ont été adaptées au contexte des dits projets :

- (1) la mise en œuvre de ces projets favorise-t-elle leurs pérennités ?
- (2) les conditions d'un passage à l'échelle nationale de ces projets sont-elles réunies ?

Notre travail d'évaluation se réfère au cadre conceptuel proposé dans le protocole de recherche auquel nous nous référons. Ce protocole s'est inspirée des concepts de certains auteurs (Pluye & collaborateurs, 2004, Shediak-Rizkallah & Bone, 1998, Scheirer, 1994, Yin, 1979, pour ne citer que ceux-ci) autour de trois notions qui caractérisent les projets : le processus de pérennisation, la pérennité et la mise à l'échelle.

Ainsi telle que mentionnée dans le protocole, la pérennisation est un ensemble de processus qui permet la continuation des activités émanant du projet même après son arrêt. Ces processus sont liés à trois catégories d'évènement : les évènements spécifiques de l'implantation, les évènements spécifiques de la routinisation, les évènements conjoints de la routinisation et de l'implantation.

La pérennité est décrite comme le résultat des processus de pérennisation en un temps précis. Elle dépend de quatre paramètres : la mémoire, l'adaptation, les valeurs et les règles. Quatre

¹ Ridde, V. & Queuille, L., février 2012, « *Projet d'études de la pérennisation et du passage à l'échelle de projets d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest* »

degrés de pérennité des projets de santé ont été identifiés : « (1) *pérennité nulle* : aucune activité ne découle du projet dans une organisation ; (2) *pérennité précaire* (quelques activités résiduelles du projet sont poursuivies officieusement par des acteurs dans une organisation, dans le cadre d'une fonction qui n'a rien à voir avec le programme. La continuation de ces activités dépend de ces acteurs ; (3) *pérennité faible* : des activités officielles sont issues du projet, mais elles ne possèdent pas toutes les caractéristiques des routines organisationnelles et ne sont donc pas routinisées. Ces activités peuvent changer de façon radicale à court terme ; (4) *pérennité moyenne* : des activités routinisées sont issues du projet, elles possèdent toutes les caractéristiques des routines ». Ces degrés de pérennité concernent les organisations. Il existe un cinquième degré de pérennité (*pérennité haute*) qui concerne l'Etat à travers la formulation des politiques publiques.

Enfin, la mise à l'échelle se rattache à « l'idée d'un effort actif et planifié pour étendre les activités d'un projet pour qu'elles bénéficient à plus d'individus ». Elle nécessite de prendre en compte cinq dimensions : « l'innovation », l'organisation cible, l'organisation qui en fait la promotion, l'environnement, la stratégie du passage à l'échelle.

INTERVENTION

L'ONG MDM-F a commencé ses activités dans le district sanitaire de Keita en octobre 2006 avec une double mission : d'une part, appuyer le district dans la mise en œuvre des mesures d'exemption et d'autre part de manière générale apporter son soutien à l'équipe cadre de district (ECD) pour l'amélioration de la qualité de l'offre de santé. Conformément aux mesures stipulées par l'Etat Nigérien à travers les décrets concernant ses décisions d'exemptions de soins, l'ONG a organisé et financé cette politique dès le début, avant la mise en œuvre au niveau national jusqu'en mars 2007, date à partir de laquelle elle a cédé la place à l'Etat. Elle a alors continué d'appuyer techniquement l'ECD et, en avril 2009 elle a particulièrement centré ses activités sur la gratuité des accouchements qui est restée depuis 2008 à l'état de projet du côté des autorités sanitaires. En prenant en charge la gratuité des accouchements, MDM-F se constituait en tiers payant, c'est-à-dire à la place des femmes elle payait aux formations sanitaires (FS) la somme que celles-ci devraient payer. En plus de cet apport financier, l'ONG fournissait des kits d'accouchement à l'hôpital de district (HD) et à tous les centres de santé intégrés (CSI) du district. Par ailleurs, pour une amélioration de la qualité des soins obstétricaux, l'ONG a continué d'apporter son soutien à l'ECD en faisant des formations et des supervisions tout en mettant des agents de santé mobiles à la disposition des FS qui en présentaient le besoin. Le projet a pris fin en mars 2011 et un document produit par MDM-F en tire les leçons apprises afin de servir pour une mise à l'échelle nationale (MDM-F, 2012). Actuellement le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), avec un financement de l'Union Européenne, poursuit la gratuité des accouchements à un niveau plus étendu, car elle concerne tous les districts sanitaires de quatre régions du Niger à savoir Tahoua (qui comprend le DS de Keita), Tillabéri, Zinder et Diffa.

Parallèlement et pratiquement en même temps, à partir de mars 2009, MDM-F s'est lancée, toujours en collaboration avec l'ECD, dans un autre projet qu'elle nomme le « financement solidaire pour les évacuations sanitaires ». Elle avait pour ambition d'améliorer le système de référencement/évacuation et contre-référence en agissant à la fois sur les aspects logistiques et organisationnels ainsi que sur ceux relatifs au financement. Le projet a débuté par un voyage d'étude dans le DS de Doutchi qui est l'un des premiers districts à avoir expérimenté le système dans la région de Dosso. Cette étude préalable avait pour but de s'enquérir de l'expérience de Doutchi et de voir dans quelle mesure ce système est transposable à Keita. Le

compte rendu qui a été fait de ce voyage d'étude a permis de mettre à la connaissance de tous les principaux acteurs concernés les forces et les faiblesses du système tel que mis en œuvre à Douchi et d'en tirer quelques leçons pour le cas de Keita. L'ONG a intervenu dans ce projet en finançant le voyage d'étude, le fond de démarrage qu'il a constitué durant les trois premiers mois, enfin les activités d'informations et de sensibilisation. Son soutien financier comprenait également le paiement de la participation des cibles de la gratuité des accouchements et de ceux qui sont concernés par la gratuité mis en œuvre par l'Etat. Elle a élaboré de concert avec l'ECD et le comité de santé départemental (COSAN) les modalités de mise en œuvre du système et mis à la disposition des acteurs concernés les outils de gestion. Elle a également octroyé à l'ECD trois ambulances de pool qui sont réparties au niveau de trois CSI pour assurer les évacuations vers l'HD. En décembre 2009, MDM-F a partiellement arrêté son appui dans ce projet, mais le système continue de fonctionner malgré quelques problèmes financiers et organisationnels.

LIEU ET METHODE D'ENQUETE

Le district sanitaire de Keita

Le DS de Keita est un district rural dont le chef lieu se situe à 418 km de Niamey, et qui est distant de 56 km de son centre hospitalier régional (CHR) de rattachement, le CHR de Tahoua. Avec une superficie de 4 862 km² le district a un relief très accidenté avec une alternance de collines, koris, rochers et sable. En quittant la route de Tahoua qui continue vers le DS d'Abalack, la piste qui mène à Keita est rocailleuse, ralentissant l'allure des véhicules qui l'empruntent. Ces difficultés d'accès géographique grèvent fortement les évacuations sanitaires dans le district, notamment entre les CSI et l'HD d'autant plus qu'en saison pluvieuse, les koris et les *bougas*² obligent les véhicules à faire de longs détours. Mais on ne peut pas souligner dans cette présentation le paysage magnifique qu'offre Keita avec ses troupeaux de zébus majestueux, et le contraste de couleurs entre les roches calcaires et ferrugineux, le sable du désert, les bosquets verts et le ciel bleu... D'une population totale de 303 469 habitants en 2011, le district se caractérise hélas aussi par des images fortes d'extrême pauvreté. Le commerce y est peu développé et l'exode rural est courant.

Avec une couverture sanitaire de 58%, les infrastructures sanitaires sont insuffisantes. Ce n'est que récemment, en 2010, que ce district a été doté d'un HD. Les CSI sont au nombre seize dont quatre sont de type II et douze de type I³, les CS sont au nombre de cinquante cinq. Il n'y a ni cabinet privé ni pharmacie privée. L'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires est assuré par la pharmacie populaire (PP), une pharmacie publique qui est un démembrement de l'Office National de Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) à l'intérieur du pays. Les ressources humaines sont également insuffisantes, le district ne dispose que de 3 médecins dont un médecin chef de district (MCD) et son adjoint (MCDA), un jeune médecin nouvellement affecté dans un CSI. Le district comprend également 38 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et 6 sages-femmes d'Etat. Si les indicateurs sanitaires se sont légèrement améliorés, ils restent relativement faibles. Ainsi, le taux d'utilisation des soins curatifs est passé de 45% en 2009 à 66,58% en 2011. Cette augmentation pourrait être liée en partie à l'augmentation du nombre de structures sanitaires

² Boue très argileuse

³ Le CSI de type II comprend une maternité avec une sage-femme tandis que le CSI de type I n'en compte pas.

et à la baisse du coût de l'accès aux services de santé avec les mesures d'exemption de paiement des soins. L'accouchement assisté par un personnel qualifié est passé de 18% en 2009 à 43% en 2011. Toujours en 2011, le taux de couverture en consultations prénatales (CPN) est jugé bon avec 148,22%.

Méthodologie

Cette étude est essentiellement qualitative. Les enquêtes se sont déroulées à Keita et à Niamey selon le planning suivant :

- 1) une revue documentaire des interventions de l'ONG MDM-F à Keita et de la littérature générale sur le sujet de la pérennité et de la pérennisation des projets de santé ;
- 2) Des entretiens informels avec le coordonnateur national de l'ONG MDM-F à Niamey. Ces entretiens ont été faits à deux reprises. La première fois, il s'agissait de s'enquérir de la partie des interventions de l'ONG qui sera évaluée et de se procurer des documents produits par celle-ci. La deuxième fois, les discussions ont porté sur des éclaircissements après lecture de ces documents ;
- 3) une enquête à Keita et à Tahoua qui a duré une semaine ;
- 4) une enquête à Niamey qui a été effectuée avant l'enquête sur Keita et Tahoua puis au retour durant la phase de rédaction.

Les enquêtes ont commencé le 08 mai 2012 et ont continué pendant la phase de rédaction car certains acteurs du niveau institutionnel à Niamey avaient des calendriers chargés et n'étaient pas toujours disponibles aux dates souhaitées. Afin de recueillir un maximum d'informations, nous avons varié nos portes d'entrée sur trois niveaux. Le premier niveau est institutionnel et s'est déroulé à Niamey. Il comprend les acteurs du Ministère de la Santé Publique (MSP, ONPPC, DPHL) et les PTF (UNICEF, ECHO et FNUAP). Le deuxième niveau est régional et comprend des cadres de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) à Tahoua. Enfin, le troisième niveau est opérationnel, il comprend une diversité de catégories d'acteurs rencontrés dans le DS de Keita : i) les soignants regroupant les membres de l'ECD et les agents de santé de l'HD, des CSI et des cases de santé (CS) ; ii) les membres de l'ONG MDM-F basés à Keita ; iii) des autorités administratives locales dont un maire, le préfet, le chef de canton ; iv) des représentants de la société civile. Par ailleurs comme déjà dit, les enquêtes ont aussi concerné la coordination nationale de l'ONG MDM-F basée à Niamey.

Compte tenu de la durée courte de nos enquêtes à Keita, nous avons dû nous limiter à 4 CSI que nous avons choisi selon les critères suivants :

- Un CSI qui s'en sort plutôt bien sur le plan financier avec un RC qui lui permet de faire des commandes de MEG sans endettements et un montant suffisant pour assurer les évacuations sanitaires;
- Un CSI qui a été créé quasiment en même temps que le démarrage de la gratuité des soins de l'Etat, il n'a donc pas eu suffisamment de recul pour faire face aux problèmes financiers causés par les retards de remboursement ;

- Un CSI qui se trouve dans des difficultés financières et qui souffre de son éloignement de l'HD pour ce qui concerne les évacuations sanitaires ;
- A l'opposé, nous avons aussi inclus le CSI urbain particulièrement pour comprendre comment se posent les questions d'évacuation pour un centre situé à quelques mètres de l'HD.

Une CS a aussi été retenue dans le but d'avoir des données par rapport à la gestion des accouchements et aux évacuations sanitaires au niveau de cet échelon de base de la pyramide sanitaire. Notre choix fut porté au hasard sur une CS d'un CSI visité. Le temps ne nous a pas permis d'en choisir plus.

Nous avons procédé par observations et entretiens semi-directifs individuels et de groupe. Les entretiens ont été menés à l'aide d'un canevas d'entretiens inspiré de celui utilisé pour la même étude au Burkina Faso que nous avons adapté au contexte d'intervention de l'ONG au Niger et plus particulièrement à Keita (*cf.* guides d'entretien en Annexe 1 et 2). Il était prévu 36 entretiens, nous en avons réalisé 39 (7 femmes / 32 hommes) dont 2 entretiens informels avec le coordonnateur national de l'ONG MDM-F et cinq entretiens de groupe (*cf.* calendrier des enquêtes en Annexe 3). Nous nous sommes rendus au lieu de travail des parties prenantes et les entretiens réalisés ont fait l'objet d'un enregistrement, d'une prise de notes systématiques et de transcriptions saisies de 304 pages.

Tableau 1 : récapitulatif des entretiens

Sites/Cibles	DRSP	ECD	Autres autorités*	ONG MDM-F	HD,CSI, CS et Coges	MSP	PTF	Experts	SC	TOTAL
NIAMEY				2		3	3	1		9
DS KEITAI	2	3	3	3	16				2	29
Ss-totaux :	2	3	3	5	16	3	3	1	2	38
Totaux :	5		8		19		4		2	

Des observations ont été faites à Keita sur les lieux mais aussi sur les activités des acteurs. Elles ont concerné les FS lors de nos passages et le siège de MDM-F. Elles nous ont permis de confronter les discours aux faits.

L'ensemble des données recueillies à la suite de ces enquêtes empiriques a été fait l'objet d'une analyse thématique en fonction des repères conceptuels fournis par le protocole de recherche de référence.

LA GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS : PROCESSUS DE PERENNISATION, PERENNITE ET CONDITIONS DE MISE A L'ECHELLE

Le DS de Keita aura connu deux types d'intervention de gratuité des accouchements : celle de MDM-F qui s'est déroulée entre avril 2009 et mars 2011, puis celle du FNUAP à partir d'avril 2011 et qui est celle en cours actuellement. Cette partie traitera de l'ensemble de ces interventions.

Le processus de pérennisation

Evènements spécifiques de l'implantation

Evènements favorables

Lors du démarrage de son expérience pilote, MDM-F a bénéficié d'un contexte national favorable à la gratuité des accouchements. Effectivement, il existe depuis 2008 un projet d'arrêté pour la gratuité des accouchements. L'arrêté concerne tous les accouchements qu'ils soient eutociques ou dystociques. Cet arrêté précise qu'il s'agit de toutes les formations sanitaires publiques à savoir depuis la case de santé jusqu'au sommet qui comprend les maternités de référence régionale et nationale en passant par les maternités des HD. Il précise également que ce sont toutes les prestations relevant de la prise en charge de ces accouchements ainsi que les frais de prise en charge qui vont être financés en intégralité par l'Etat. A ce jour, il est toujours à l'état de projet.

Pour la mise en œuvre concrète du projet de gratuité des accouchements, il y a eu au préalable une discussion entre MDM-F et l'ECD, suivie d'un accord verbal. Ensuite, le projet a été inscrit dans le Plan d'Action Annuel (PAA) du district pour exécution dans la même année. Il faut souligner que le mécanisme de fonctionnement a été élaboré et mis en œuvre de concert avec l'ECD. Ainsi les deux parties ont pu mettre en place un dispositif de financement qui a permis le bon déroulement des activités liées à la gratuité des accouchements. Ce dispositif consistait au remboursement forfaitaire de la prise en charge des accouchements effectués à l'HD et dans les CSI. Pour cela, il a été nécessaire d'identifier au préalable un accouchement dit simple d'un accouchement dit compliqué puisque le coût de la prise en charge varie suivant le cas. Ainsi selon les deux parties, un cas simple correspond à un « accouchement par voie basse n'ayant pas bénéficié de traitement médicamenteux ou d'une mise en observation de plus de 24 heures » et un cas compliqué est un accouchement par voie basse où l'accouchée bénéficie d'un traitement médicamenteux (antibiothérapie), ou d'une mise en observation de plus de 24 heures, mais ne dépassant pas 48 heures » (cf. MDM-F, 2012). Une fois ce préalable précisé, l'ONG a décidé de rembourser les accouchements simples à un prix forfaitaire de 500 FCFA et les accouchements compliqués à 2 000 FCFA. Ces tarifs forfaitaires étaient calqués sur ceux en vigueur dans le RC. Pour assurer ce remboursement, MDM-F faisait en début de mois un préfinancement à l'ECD d'une somme dont le montant est fixé en fonction du nombre d'accouchements attendus dans le district. Lorsque les CSI envoient à l'ECD à la fin du mois leurs fiches récapitulatives des accouchements qu'ils ont réellement effectués, celle-ci leur verse le remboursement correspondant. Si le préfinancement est inférieur au montant du remboursement pour les CSI, l'ONG réajuste en donnant le complément à l'ECD. Dans le cas contraire, c'est l'ECD qui rétrocède la somme restante à l'ONG. Ce mécanisme de fonctionnement est encore dans le souvenir des acteurs, notamment les membres de l'ECD. Les agents de santé trouvent que ces tarifs de

remboursement des accouchements étaient corrects. Ils apprécient particulièrement la régularité des remboursements qui leur était versés et cela dès la première semaine du mois.

Outre la disponibilité financière, MDM-F mettait à la disposition des CSI et de l'HD des kits d'accouchement. L'ONG procédait de la manière suivante : elle faisait une estimation du nombre d'accouchements attendus dans le mois, faisait ses commande auprès d'une officine privée à Tahoua et préparait un nombre de kits correspondant avec une certaine marge. Les intrants arrivaient en vrac dans le magasin de l'ONG à Keita et elle réservait deux jours entiers pour constituer les kits. Le ravitaillement des FS se faisait par trimestre. Celles-ci devaient faire leurs commandes auprès de l'ONG à temps pour éviter les ruptures.

La majorité des agents de santé, c'est-à-dire ceux des CSI estime que la composition du kit convenait parfaitement à leurs besoins. Ils trouvent également que le système de kit est très pratique, car ils avaient tout à portée de main, de plus ils n'avaient pas besoin d'utiliser les intrants du RC. Selon eux, ils avaient ainsi la possibilité de faire sans problème un accouchement assisté comme il se doit.

« (...) lorsque MDM, prenait en charge les accouchements assistés, en dehors des remboursements de la facture de gratuité, il y a des éléments qui sont très importants que MDM nous met en place, comme les kits d'accouchement qui sont au complet, les gants, le savon, les compresses, les lames. C'est un kit qui est vraiment au complet qui permet de faire un accouchement sans rien toucher au RC, en plus de ça il y a le remboursement qui se fait chaque mois dès qu'on amène la facture sans tarder. » [Chef CSI]

L'ONG a renforcé les infrastructures du district avec la construction d'une maternité au CSI d'Ibohamane et des travaux de réhabilitation de salles d'accouchements dans d'autres CSI. Les dons de matériels obstétricaux n'étaient pas rares non plus et l'ONG mettait un accent particulier sur la surveillance de l'accouchement en mettant à la disposition des agents de santé des partogrammes.

Evènements défavorables

On peut relever une insatisfaction du côté des maternités de référence (HD et maternité régionale) où le contenu du kit est jugé comme insuffisant du fait qu'il ne contient pas de solutés. En fait, selon les acteurs, le kit convient parfaitement pour des accouchements assistés au niveau CSI mais il peut être insuffisant parfois pour des accouchements compliqués au niveau des maternités de référence.

Evènements spécifiques de la routinisation

Evènements favorables

Avec l'ECD, l'ONG a su mettre en place un mécanisme de fonctionnement apprécié par les acteurs locaux. Les agents de santé remplissaient les fiches récapitulatives des accouchements qu'ils avaient effectués puis les envoyaient à l'ECD. Ces fiches étaient co-signées par le Chef CSI, le Coges (président ou trésorier selon les CSI), le MCD et le gestionnaire. Les CSI faisaient également des bons de commande de kits, mais les remettaient directement à MDM-F pour le renouvellement de leurs stocks. Quant aux factures de remboursement, elles étaient établies au niveau de l'ECD et signées par le MCD et le gestionnaire. Comme mentionné en supra, le remboursement se faisait sur préfinancement de l'ONG à l'ECD, cette dernière étant chargée de remettre à chaque CSI la somme qui lui est due. Une copie de l'ensemble de tous ces supports était au niveau de l'ONG qui s'en servait comme outil de suivi avec les partogrammes.

Comme la plupart des districts ruraux, Keita a toujours souffert d'une insuffisance de ressources humaines. MDM-F avait tenté de résoudre ce problème en mettant à la disposition du district des agents de santé mobiles qui allaient partout où le besoin se ressentait. Ils étaient au nombre de 5, et étaient rémunérés par l'ONG. Ils apportaient leur appui à quelques CSI les jours de marché où la fréquentation est élevée. Ils faisaient également des remplacements lorsque certains agents travaillant seuls dans leur CSI étaient amenés à s'absenter pour des raisons professionnelles (séminaires, formations, réunions, etc.). Toutefois, cet appui en personnel n'était pas suffisant puisque les agents recrutés par l'ONG ne comblaient pas le manque crucial en ressources humaines dans le district. Un chef CSI nous dit que durant cette période, il était seul dans son centre, et étaient obligés de faire des va-et-vient entre la maternité et le curatif. Il s'efforçait de faire le suivi des parturientes, mais c'était surtout la matrone qui assurait la surveillance et qui l'appelait en cas d'accouchement imminent. Dans sa politique de ressources humaines, l'Etat a commencé le recrutement de jeunes médecins pour servir dans les zones rurales. C'est ainsi que Keita a bénéficié récemment en début de l'année 2012 du médecin généraliste évoqué plus haut.

Autre point fort des activités de l'ONG dans ce projet, c'est certainement sa contribution par rapport à la qualité des soins obstétricaux. En effet, l'ONG avait et continue d'agir pour une amélioration de la délivrance des soins en faisant des formations et des séances de recyclage à l'endroit des agents de santé. Elle fournissait aux agents de santé, des partogrammes pour une meilleure surveillance de l'accouchement. Elle ravitaillait également les agents de santé en ocytocine pour assurer la pratique de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA). La pierre angulaire de cette activité du projet était une sage-femme que l'ONG avait recrutée (elle continue de travailler avec l'ONG). Celle-ci s'occupait particulièrement des recyclages qui, selon elle sont des « formations sur le tas ». Cela consistait à observer l'agent de santé dans ses activités de soins et de le corriger si nécessaire. Elle faisait régulièrement des supervisions dans les CSI et chacun de ces centres était supervisé deux fois par mois. Les agents de santé témoignent avoir beaucoup appris avec elle. Il semble qu'ils continuent d'appliquer encore certaines pratiques qu'ils ont apprises avec la sage-femme de l'ONG. Il s'agit de la GATPA, l'utilisation du partogramme et d'une technique d'arrêt du saignement lors de la suture d'une déchirure du périnée. Un infirmier témoigne :

« R : Elle vient ici, s'il y a des erreurs, elle nous dit de corriger, le remplissage du partogramme, tout ce qui est accouchement, elle vient on discute. Elle regarde le partogramme, là où il y a des erreurs, elle nous dit, on corrige, si ça coïncide qu'il y a un accouchement, elle assiste. Elle a même l'habitude de faire des accouchements ici. La dernière fois qu'elle était là, elle a fait un accouchement ici.

Q : Quelle sont les pratiques que vous avez apprises avec elle ?

R: Pour les femmes qui ont des déchirures, il y a un système qu'elle nous a montré qu'on appelle souris, c'est elle qui nous a montré ça.

Q : Souris ?

R: Oui, c'est le jour où elle était là, après l'accouchement, la femme a eu une déchirure, on était en train de faire la suture et elle nous a montré la souris. La souris, ce sont des compresses qu'on met à l'intérieur de la femme pour arrêter le saignement pour qu'on puisse bien voir l'endroit et suturer.

Q : Et donc, vous avez appris ça et vous continuez à faire ça ?

R : Oui, c'est très pratique, ça n'empêche pas l'hémorragie mais ça empêche quand même au sang de sortir quand on est en train de faire la suture. C'est aussi avec elle qu'on a bien appris comment bien remplir le partogramme. Quand elle vient, s'il y a des erreurs, elle met même du bic rouge pour que la personne n'oublie pas ça. Ça aussi, ça nous a aidés. » [Un chef CSI]

Mais cela reste à être confirmé par une observation prolongée des actes de soins, car comme le souligne un responsable de MDM-F « *dès qu'on a le dos tourné on ne sait pas toujours ce qui se fait* » [Un responsable MDM-F]. Notons que l'ONG, après l'arrêt de son projet, a continué à ravitailler les FS en ocytocine avec les réserves qu'elle avait en stock.

La continuité de la gratuité des accouchements par le FNUAP en avril 2011 est un évènement favorable pour la continuité des activités liées à la gratuité des accouchements. Il faut noter que cette continuité s'inscrit aussi comme une expérience pilote. Dans son histoire, Keita aura donc connu deux expériences pilote de gratuité des accouchements. En effet, alors que MDM-F était dans la mise en œuvre de son projet, une circulaire en provenance de la DRSP mettait à la connaissance des acteurs de toute la région de Tahoua que « *tous les accouchements normaux effectués dans les formations sanitaires par un personnel qualifié seront pris en charge par l'UNFPA à travers un compte gratuité au niveau de la DRSP* » (Circulaire DRSP fixant les tarifs forfaitaires des accouchements assistés par niveau de soins, mars 2011). Cette circulaire ajoutait que ces accouchements seraient facturés à 1 000 FCFA au niveau des CSI et CS, et 2 100 FCFA au niveau des maternités de référence (HD et CHR). Ainsi, Keita passa de l'expérience de MDM à celle du FNUAP en avril 2011. Il faut souligner que cette annonce tombait à point car l'ONG MDM-F arrivait pratiquement à la fin de son projet pilote, il n'y a donc pas eu d'arrêt de la gratuité des accouchements.

C'est à travers un financement de l'Union Européenne que l'Etat a confié au FNUAP la mission d'effectuer cette expérience pilote de gratuité des accouchements dans quatre régions du Niger dont celle de Tahoua⁴ (nous rappelons que le DS de Keita fait partie de la région de Tahoua). Le dispositif de mise en œuvre de la gratuité des accouchements par l'OI est décentralisé. En effet, l'institution ne souhaitait pas faire à l'image de la gestion des autres gratuités, jugée actuellement par tous les acteurs étatiques comme trop concentrée au niveau central. Aussi, tout se passe au niveau régional sous la responsabilité d'un représentant de l'institution : le remboursement, la répartition des kits, le suivi-contrôle (à travers les fiches récapitulatives des accouchements effectués dans les FS, les factures de remboursement et les partogrammes).

Evènements défavorables

En termes d'approvisionnement en intrants, les dysfonctionnements constatés au niveau de l'ONPPC ne sont pas favorables au bon déroulement des activités. En effet, la centrale publique qui a pour rôle d'assurer la disponibilité des intrants partout dans le pays, connaît d'énormes problèmes d'ordre financier et organisationnel qui sont à l'origine de son incapacité à répondre efficacement aux besoins du pays.

« (...) vu les besoins du pays on n'arrive pas à amener même 90% des prévisions de ce que le pays attend. Ça nous amène toujours dans une situation d'insuffisance de stock et là si ce problème n'est pas réglé, c'est difficile que l'on puisse assurer de manière pérenne la disponibilité des médicaments à tous les niveaux et même si on le fait on va cibler un certain nombre. L'idéal serait que pour nous d'avoir la

⁴ Les trois autres régions sont : Zinder, Maradi et Diffa. Ces quatre régions ont été choisies du fait de leur situation catastrophique durant la crise nutritionnelle de 2010.

disponibilité de tous les médicaments demandés par les prestataires de service. C'est ça notre mission mais du fait qu'il y'ait cette insuffisance de capacité financière on n'arrive pas véritablement à renforcer l'approvisionnement. » [Un responsable de l'ONPPC]

Des dysfonctionnements sont également constatés dans la mise en œuvre de la gratuité par le FNUAP. Au début à Keita, les acteurs avaient bien accueilli l'annonce de la DRSP concernant la gratuité des accouchements. Quand ils ont appris que c'est le FNUAP qui en assurerait la mise en œuvre, ils considéraient qu'il s'agissait simplement d'une autre organisation qui faisait la continuation du projet de MDM-F qu'ils appréciaient bien. Les agents de santé, à l'exception des agents des maternités de référence, trouvaient le tarif de remboursement du FNUAP comme très bénéfique puisque c'est plus rémunéré que celui de MDM-F. Aussi cet agent de santé nous confie : « *le bénéfice a aussi guidé notre choix* » [agent de santé, HD]⁵. En effet, le tarif de remboursement du FNUAP paraissait plus intéressant puisque tout accouchement dans les CSI et CS est remboursé à 1 000FCFA tandis que ce sont seulement les accouchements compliqués qui sont remboursés à ce tarif avec MDM-F. Etant donné que les accouchements eutociques étaient plus fréquents, ils avaient donc plus de chance avec le FNUAP d'avoir un montant plus élevé de remboursement à la fin du mois. Mais au bout de deux mois, la désillusion a gagné les agents de santé lorsqu'ils ont été confrontés aux premiers retards de remboursement du FNUAP. Ces retards de remboursement ont continué jusqu'à présent. Ainsi au moment de nos enquêtes ce n'est qu'au mois d'avril que les FS ont reçu les quatre derniers mois d'arriérés (décembre 2011 à mars 2012).

Outre ces retards de remboursement, l'inquiétude des agents de santé était d'autant plus grande qu'au démarrage, l'institution ne leur avait pas approvisionné en kits d'accouchement. Ils utilisaient encore leurs réserves de kits qu'ils avaient reçus de MDM-F et se demandaient comment ils allaient faire une fois qu'ils auraient épuisé ce stock. Les kits sont arrivés trois mois plus tard après le démarrage, mais ils étaient très insuffisants car le district de Keita n'a reçu que 100 kits alors qu'un CSI peut consommer à lui seul 70 kits par mois (par exemple le CSI de Tamaské). A Keita, les acteurs pensent qu'il a été fait une sous-estimation des besoins en kits. Un représentant du FNUAP confirme cela :

« L'année dernière puisque c'est programmé dans le cadre du projet, on a donné les kits dans les centres. Mais ça ne couvrait pas les besoins des formations sanitaires. » [Un représentant du FNUAP]

A présent, la DRSP, sur fonds FNUAP, a demandé aux FS d'exprimer leurs besoins réels en kits pour pallier à ce problème dans les mois à venir.

Un autre problème soulevé dans la mise en œuvre du FNUAP, c'est le fait qu'à la maternité de l'HD des produits sont parfois utilisés dans des cas compliqués et que ne couvre pas le tarif de remboursement. On note également, du le fait que l'accouchement dystocique reste payant pour les femmes à la maternité de référence à Tahoua, est jugé comme dénué de logique. En effet, c'est lorsque la femme entre en complication, moment où elle a le plus besoin de soutien qu'elle est emmenée à payer. De plus, selon un acteur, cela crée des conflits entre les agents de santé et les populations qui ne font pas de différence entre accouchements eutocique et dystocique.

⁵ Témoignage recueilli en mai 2011 à Keita lors de nos enquêtes antérieures dans le programme de recherche du LASDEL. Mais en fait, il ne leur a pas été demandé de faire un choix, l'annonce est arrivée de la DRSP, et comme il ne peut y avoir deux gratuités en même temps, MDM-F a arrêté la tienne d'autant plus qu'elle était arrivée à la fin de son projet.

« Oui, selon moi, je précise ! Donc je pense qu'il faut bien définir les choses très honnêtement, d'un point de vue technique Parce que ce sont les agents sur le terrain qui payent les pots. Parce que la population n'arrive pas à comprendre ce qu'on appelle accouchement eutocique et accouchement non eutocique. (...) et c'est au détriment des agents parce que ce sont eux qui payent le prix de ces incompréhensions, on pense que ce sont les agents qui font de la surfacturation. Est ce que vous comprenez ? » [Un représentant de la DRSP]

Enfin comme problème, c'est aussi le fait que la décentralisation qui a été conçue pour éviter les blocages administratifs n'a pas tenu ses promesses en ce qui concerne la régularité des remboursements aux FS. Il faut souligner que le FNUAP ne s'est pas inspirée des expériences de mise en œuvre de la gratuité des accouchements des ONG (MDM-F à Keita, mais aussi Help à Téra et Mayahi).

« Q : Est ce que vous avez une idée de comment marche la gratuité que MDM a mis en marche à Keita ?

R : En dehors de ce que j'ai appris pendant les préparatifs et la conférence, non. On n'a pas beaucoup d'activité à Tahoua. C'est maintenant qu'on est entrain de travailler avec food facility. Au début Tahoua, il n'y a que les activités de SSRAJ au niveau de quelques CSI. C'est donc maintenant qu'on est entrain d'appuyer Tahoua et Agadez. » [Un représentant du FNUAP]

Des acteurs au niveau de la DRSP affirment n'avoir pas non plus pris en compte l'expérience de MDM-F parce qu'ils n'avaient pas à leur disposition des documents à ce sujet:

« Q: Lorsque la gratuité de l'accouchement, initié par l'UNFPA a été fait, est ce qu'il y'a eu un appui sur les leçons apprises de l'expérience de MDM pour faire cette nouvelle pratique ? Parce que ce ne sont pas les mêmes mécanismes ?

R1 : Fondamentalement non ! Parce qu'en ce temps on n'avait pas avec MDM, quelque chose de substantiel.

Q : C'est-à-dire ?

R1 : En termes de leçons apprises quoi ! Qui pourrait permettre, parce qu'on n'a pas eu d'enquête formelle ou de résultat formel.

R2 : Donc, en réalité comme l'a dit le directeur hein, il n'y a pas eu quelque chose pour dire voilà les leçons apprises et c'est à partir de ça que le niveau national a, c'était prévisible, parce que c'était un des objectifs pour l'atteinte des OMD. Et la meilleure approche c'était de rendre les accouchements gratuits. Cela a permis que le niveau national, déjà ayant, ici au niveau régional nous, nous savons déjà et le niveau national a pris les choses en main pour essayer de vulgariser pour que ça soit à tous les niveaux opérationnels. Mais sinon ce n'était pas à partir des leçons apprises à Keita que le niveau national avait décidé. C'était une politique qu'il faut obligatoirement instaurer. » [Acteurs de la DRSP]

En fait, il semble qu'il n'y ait pas d'une manière générale un partage des expériences des projets de santé, en témoigne un acteur du niveau central :

« Q : Est-ce que vous avez eu des documents sur l'expérience pilote de MDM ?

R : Non, personnellement, je n'ai pas eu.

Q : Et par rapport à l'expérience du FNUAP ?

R : Je n'ai rien eu j'ai seulement entendu parler, je n'ai même pas été à la restitution de l'étude. S'il y a eu restitution des résultats, je n'ai pas été. (...) Normalement les ONG, c'est à la [Direction X], pas à la [Direction Y]. L'interlocuteur direct des ONG au MSP, c'est la [Direction X], il y a une division qu'on appelle qui gère, les ONG. » [Un acteur du niveau central]

Donc, la direction en question ne dispose pas de résultats de l'expérience pilote de MDM-F.

Il faut souligner que c'est lors de la conférence nationale sur la gratuité des soins tenue en mars 2012 que la plupart des acteurs ont été mis au courant de l'expérience de l'ONG comme vient de le témoigner aussi plus haut le représentant du FNUAP. Il y a donc eu une diffusion tardive de la documentation relative à son expérience.

Confrontés au manque de kits, les agents de santé sollicitent souvent l'appui de MDM-F. Mais cela conduirait les FS dans une double gratuité ce que l'ONG ne souhaite pas faire :

« Ils (FNUAP) donnent des kits, mais ce n'est pas ça, en fait il y'a une différence entre ce qu'ils font et ce que nous, on fait. Parce qu'ils donnent des kits, mais le plus souvent, ça vient en retard. Parce que là, toutes les formations sanitaires disent qu'ils veulent que nous, on leur donne des kits. Parce qu'ils n'ont pas de kits, en fait. Mais nous, malheureusement, on ne peut pas donner des kits, parce qu'on ne peut pas faire deux gratuités d'accouchement. » [Un responsable de MDM-F]

Le tarif des remboursements du FNUAP n'a pas aussi été inspiré des leçons apprises de l'expérience de MDM-F :

« Tous les jours, ils nous, appellent pour nous demander des kits, au moins des kits. Et l'autre chose aussi, c'est que le FNUAP, je ne sais pas comment ils ont évalué leur forfait quand même, ils donnent 1000f par accouchement alors que nous, on l'a évalué, le coût moyen, ça fait 1600f. Ils auraient du payer peut être 1600f. Parce que nous, on a dit si vous voulez payer et les forfaits et les kits, ça fait 1600f, en moyenne par accouchement. Mais eux ils paient 1000f par accouchement. » [Un responsable de MDM-F]

Evènements conjoints de la routinisation et de l'implantation

Evènements favorables

MDM-F a moulé son projet dans le fonctionnement du système de santé en apportant une réponse à un problème clairement posé par l'ECD, à savoir le taux très faible d'accouchement assisté dans le district qui était de 14% en 2008, avant le projet. Ainsi, comme déjà dit, l'intervention a été inscrite dans le PAA du district et tout le processus de mise en œuvre a été fait de concert avec l'ECD. Des réunions formelles mais aussi informelles étaient fréquentes.

Evènements défavorables

Les CS ne sont pas inscrits dans l'agenda de l'ONG MDM-F. Bien qu'elles soient sous la responsabilité des CSI, il est important qu'elles soient l'objet de suivis réguliers pour contrôler non seulement l'existence de la gratuité des accouchements mais aussi la qualité des soins obstétricaux qu'elles offrent particulièrement en ce qui concerne la pratique de la GATPA⁶.

⁶ Il existe 55 CS dans le district, et seulement onze disposent d'un personnel qualifié. Il est fort probable que toutes ces CS pratiquent des accouchements.

La pérennité de la gratuité des accouchements

Un mécanisme de fonctionnement satisfaisant gravé dans les mémoires

Sur le plan des ressources humaines, le Niger connaît une forte mobilité des agents de santé. Dans le DS de Keita, cette mobilité est aussi constatée. Mais il faut remarquer que la majorité des affectations se passe à l'intérieur du district. Les IDE se déplacent d'un CSI à l'autre et les centres nouvellement construits sont en général dirigés par des agents qui servaient déjà dans le district. Ainsi, la plupart des agents actuellement en service ont connu la période de gratuité des accouchements de MDM-F. Aujourd'hui encore ils continuent d'apprécier ce ravitaillement en kits que l'ONG assurait, ainsi que le paiement régulier des factures.

L'adaptation du projet au contexte local

Dans son projet, l'ONG ne souhaitait pas que le déroulement du projet ait un effet négatif sur les activités habituelles de soins. Ainsi, elle a tenu à assurer la disponibilité des kits d'accouchement et les FS ont continué à percevoir les recettes liées aux prestations de prise en charge des accouchements.

« Je suppose qu'on n'a rien touché. Parce que si on donne les kits et les 500f, le CSI utilise les gants, les cotons pour les accouchements et la femme leur donne 500f, donc nous, on a donné les 500f et le kit. Donc, on n'a rien changé quoi. Si c'est 2100f, ce sont les 2100f et les kits, on n'a rien changé également. Donc sur ce point, on n'a rien changé dans l'organisation des CSI. » [Un membre de l'ONG MDM-F]

Cette opération financière se faisait de l'ECD aux CSI comme cela se passe habituellement dans la circulation des fonds dans le district.

La prise en charge de l'accouchement dans le contexte local des districts sanitaires inclut habituellement le rôle des matrones (celles qui ont reçu une formation et travaillent dans les centres de santé) et des accoucheuses traditionnelles (celles qui n'ont pas reçu de formation et travaillent uniquement en communauté). L'existence des matrones dans le domaine de l'offre de soins obstétricaux dans les services de santé pose deux problèmes cruciaux. Le premier est relatif à la notion même de gratuité basée sur la suppression de paiement par les femmes au point de service. Or on sait que depuis toujours les femmes ont souvent donné aux matrones des cadeaux (en espèce et/ou en nature) plus ou moins obligés en échange de leur travail d'assistante à l'accouchement. Cette rémunération pour les femmes qui assistent les parturientes est courante comme nous en parle un membre de Coges : « *c'est notre tradition, c'est un honneur, quand une femme aide ta femme à accoucher, c'est pas rien* » [Un membre de Coges]. Par ailleurs, dans les communautés, ce sont ces femmes qui sont chargées de laver les pagens souillés des nouvelles accouchées et de procéder à l'enfouissement rituel du placenta. L'ONG n'avait pas pris en compte ces aspects socio-culturels au démarrage du projet.

Au début du projet, dans certains CSI il y a eu un arrêt de la rémunération des matrones, mais nombreux étaient ceux qui ne l'ont pas fait. En fait, d'une manière générale les communautés y compris les leaders locaux étaient d'avis que la pratique est traditionnelle et de ce fait, doit être maintenue. Mais l'autre raison avancée par nos interlocuteurs est que ces matrones n'ont pas de salaire, elles ne sont prises en charge par aucune structure administrative. C'est

pourquoi, il a été ensuite décidé de manière collégiale (MDM-F, ECD et Coges) de maintenir ces cadeaux pour les matrones. Pour ne pas être en contradiction avec la notion de gratuité sur laquelle est fondé le projet, les acteurs ont considéré que c'est une pratique en marge des FS, elle se passe entre les matrones et les familles. Au niveau de la plupart des CSI, une somme est fixée par les matrones de concert avec le Coges. Cette somme varie de 1 000 FCFA à 1 500 FCFA. MDM-F a proposé qu'au moins la pratique soit différée au jour du baptême où les ménages sont censés être en mesure de la faire, puisque généralement la nouvelle accouchée reçoit de la part de son entourage des présents en nature comme en espèces. Si cette mesure est appliquée, elle constitue une ligne de consensus entre les normes du projet et celles des communautés.

Le deuxième problème crucial que pose l'existence des matrones, c'est le fait que ce sont elles parfois qui assurent la surveillance des parturientes dans les services de santé, et il arrive que les accouchements se fassent entre leurs mains en l'absence de l'agent de santé. En principe dans ces cas, il ne s'agit pas d'accouchements assistés puisqu'elles ne sont pas reconnues comme des agents de santé qualifiés. L'ONG est consciente de cette situation, mais fonde son espoir qu'au moins avec le partogramme, les superviseurs seront renseignés sur la personne qui a effectué l'accouchement et la pratique réelle de la GATPA.

Les valeurs du projet

La gratuité des accouchements mise en œuvre par MDM-F répondait aux objectifs que se sont fixés les autorités nationales et les responsables locaux dans le domaine de la santé maternelle. Au niveau national, l'Etat nigérien se positionne comme ses homologues de la sous-région, en droite ligne dans l'atteinte de l'objectif 5 des OMD qui vise notamment à améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et des soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC), cela dans le but de réduire le taux de mortalité maternelle de trois quart à l'horizon 2015. Les dernières politiques de santé concernant les exemptions de soins ont été conçues dans ce but. Toutefois, contre toute attente, dans la série des arrêtés sur les gratuités déclarées par l'Etat, celui des accouchements n'y figuraient pas. Cette omission était apparue comme une trop grande lacune qui interpellait gravement les responsables sanitaires comme nous le dit un de nos interlocuteurs

« La gratuité de l'accouchement, je ne sais pas si tu as suivi, c'était une omission grave. C'était le fondement même de la gratuité, c'était l'accouchement. Quand ils ont négocié le Président, pour lui, c'était évident, c'était l'accouchement. La césarienne, ce n'est qu'une modalité de l'accouchement et autre. Donc les gens sont venus, ils ont dit que ce n'est pas inscrit, comme ce n'est pas dit clairement dans l'arrêté, comme ce sont les techniciens qui préparent les arrêtés et autres. Donc c'était tellement évident que chacun pensait que c'était là dedans quand le document était signé, on s'est rendu qu'il n'y a pas accouchement. On n'a pas mis, on a dit qu'on va rattraper, on commence avec ce qu'on a déjà arrêté et on verra, malheureusement, on verra, ça a mal tourné et puis c'est resté comme ça. Parce que s'il y'a une seule activité, une seule prestation qu'il fallait faire gratuitement, c'est bien l'accouchement. C'était tellement évident qu'on a raté.» [Un PTF]

Aussi lorsque l'ONG a mis en place son projet, c'est tout naturellement que celui-ci a été accepté sans problèmes au niveau central. Et c'est non sans une certaine fierté qu'un interlocuteur de la DRSP déclare que grâce à MDM-F le district de Keita a été le premier à faire la gratuité des accouchements dans la région de Tahoua. Au niveau de l'ECD de Keita, on l'a dit, le projet a aussi trouvé sa place dans le PAA du district.

Il n'y a pas à proprement parler de symbole caractérisant le projet. Tout au plus nous avons vu le logo de l'ONG sur un panneau à la devanture de la maternité qu'elle a construite pour le CSI d'Ibohamane. Mais l'ONG envisage faire un symbole qui représenterait les deux projets (gratuité des accouchements et « financement solidaire des évacuations sanitaires ») avec le dessin d'enfant qui a reçu le premier prix lors du concours qu'elle avait eu à organiser.

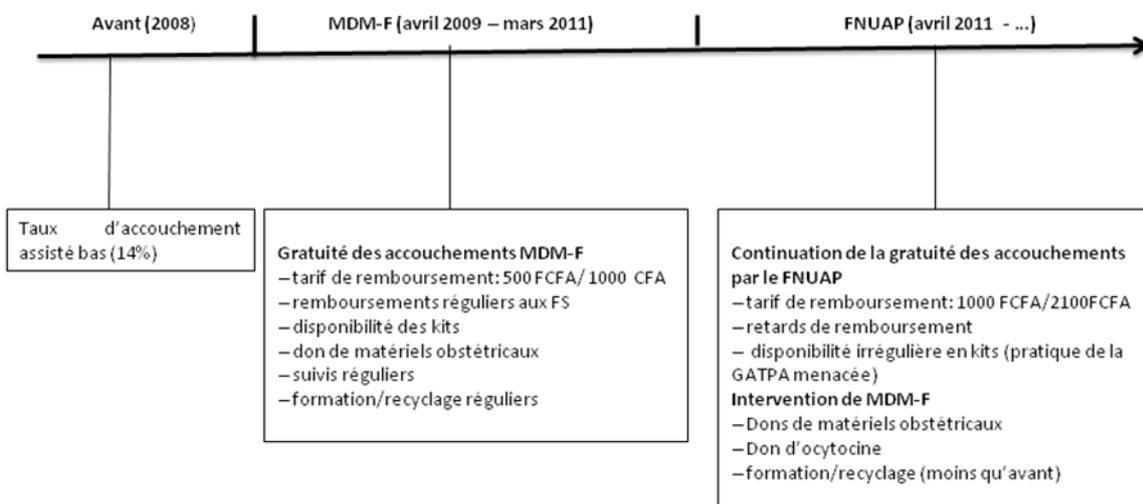
Des rencontres formelles ont été organisées plusieurs fois, aussi bien dès la phase d'élaboration du projet que durant la mise en œuvre. Ainsi l'ONG rencontrait régulièrement le MSP (cellule de gratuité des soins), la DRSP et aussi au niveau de Keita, l'ECD. Il faut souligner que l'ONG a su instaurer des relations de confiance et d'amitié avec les membres de l'ECD. Un membre de l'ECD nous confiait « *quand on est ensemble on ne sait pas qui est de l'ONG ou de l'ECD* » [Un membre de l'ECD]

Les règles organisationnelles

Les règles d'organisation du projet étaient connues de tous les acteurs impliqués directement dans la mise en œuvre. Le mécanisme était bien rodé, chaque acteur connaissait ses tâches et les supports circulaient de manière fluide. Cependant il faut remarquer que même si le projet avait été inscrit au préalable dans le PAA 2009 avant sa mise en œuvre, les activités n'étaient pas effectuées à partir d'un guide pratique formel sous forme écrite.

La figure 1 présente de manière synthétique les interventions de MDM-F et du FNUAP dans le DS de Keita.

Figure 1: Les interventions de gratuité des accouchements dans le district sanitaire de Keita (MDM-F et FNUAP)



Pour une mise à l'échelle de la gratuité des accouchements

L'innovation

Au moment où l'ONG faisait la mise en place de son projet, il existait déjà une forte adhésion des acteurs locaux et du niveau institutionnel à la gratuité des accouchements. Aussi le projet de MDM-F se plaçait dans un contexte national où la gratuité des accouchements était considérée par l'ensemble des acteurs comme devant naturellement être appliquée au même titre que les autres gratuités au bénéfice des femmes. De plus le projet était en phase avec les objectifs du millénaire concernant la santé maternelle dont l'atteinte est une des préoccupations prioritaires du pays dans le domaine de la santé.

On note également que la gratuité des accouchements repose sur des preuves scientifiques qui témoignent d'une amélioration de l'utilisation des services de santé maternelle lorsque la barrière financière est supprimée. Le projet pilote de MDM-F a montré que cette gratuité est faisable, l'ONG a été suivie par une autre expérience pilote, celle du FNUAP.

Un document qu'elle a produit sur les premiers résultats de son expérience pilote montre non seulement une hausse des accouchements assistés dans le DS de Keita, mais aussi une augmentation du référencement des cas obstétricaux compliqués ainsi qu'une diminution des décès maternels dans les FS (cf. MDM-F, 2012). Un agent de santé témoigne de la hausse des accouchements assistés:

« Q : Le fait qu'il y ait eu la gratuité d'accouchement est-ce que ça a augmenté le nombre d'accouchement assisté ?

R : Oui, ça a augmenté ! Au tout début, la population ce qui fait en sorte qu'elle ne vienne pas accoucher au centre, bien qu'il y a un problème de sensibilisation, mais il y a aussi l'argent là qu'on demande au niveau des femmes. Vraiment, on pense que ça a beaucoup contribué au fait qu'on a beaucoup d'accouchement assisté au centre, le fait que l'accouchement soit pris en charge gratuitement. En tout cas on a eu une amélioration parce que le taux d'accouchement a remonté de telle sorte qu'on a eu de progrès au niveau de l'accouchement. » [Un chef CSI]

La note montre également que les effets bénéfiques de la gratuité des accouchements sont ressentis par les populations.

Cependant, l'existence des matrones pose un problème d'incompatibilité entre les normes communautaires et les normes du projet : la notion de gratuité du service est compromise (cf. supra).

L'organisation cible

Toutes les catégories d'acteurs nationaux adhèrent fortement à l'idée d'une gratuité des accouchements : MSP, DRSP et ECD y compris les Coges. Un acteur du niveau central dit :

« Parce qu'on ne pouvait pas rendre la césarienne gratuite, mettre la CPN gratuite mais l'accouchement non gratuit. Parce que c'est une chaîne. Après la CPN, on part à l'accouchement, c'est suite à des difficultés de l'accouchement qu'on va à la césarienne. Donc vous voyez, il y a une rupture de la chaîne. Mais conséquence, qu'est-ce qui va se passer ? C'est que beaucoup de femmes qui devraient être césarisées ne le seront pas parce qu'il y aura un obstacle du fait que l'accouchement est payant. Donc, la femme peut ne pas venir dans un centre de santé du fait du tarif de l'accouchement. Ce qui ne favoriserait pas d'évoluer vers une césarienne, même au cas où la césarienne est indiquée pour cette femme qui est restée dans sa case à cause du tarif de l'accouchement. Et ça se voit, quand, vous prenez les chiffres de la césarienne, on ne voit pas une évolution significative du taux de la césarienne. Donc,

en laissant l'accouchement gratuit, ça pouvait favoriser l'indication de la césarienne chez des femmes qui sont à risque. Est-ce que vous voyez ? Réduire de manière significative la mortalité maternelle et même du nouveau-né. » [Un acteur du niveau central]

Les organes de décision et de mise en œuvre ont une expérience dans la stratégie de gratuité des soins. C'est pourquoi ils ont pu proposer des recommandations pertinentes pour une future mise à l'échelle (*cf.* plus bas). La mesure pourra bénéficier d'une légitimité institutionnelle, puisqu'un projet d'arrêté existe depuis 2008. Il semble que c'est le coup d'Etat de 2010 qui a retardé la concrétisation de ce projet, en témoigne un PTF

« Malheureusement ils ont fait l'arrêté pour prendre en charge l'accouchement, mais il y'a eu le coup d'Etat. Avant le coup d'Etat, c'était entre les différentes directions pour la signature quand il y'a eu le coup d'Etat. » [Un PTF]

Pour un acteur du niveau central il y a plutôt une position prudente de la part des décideurs compte tenu des problèmes rencontrés avec les gratuités de 2006 :

« Bon, je pense qu'on a tiré des leçons des ces gratuités qui sont mises en œuvre et vue la complexité de l'actuelle gratuité le gouvernement, reste un peu, le temps de faire un recul de voir bien les choses et prendre la bonne décision. » [Un acteur du niveau central]

Cependant, ce projet d'arrêté ne donne aucune indication sur les modalités de remboursement des FS. Il ne renseigne également pas sur la disponibilité des intrants, notamment les kits d'accouchement. Si on se réfère à l'expérience de MDM-F qui doit, entre autres, sa réussite à une bonne préparation du projet avant sa mise en œuvre, ces deux aspects doivent être nécessairement formulés avant toute mise à l'échelle par l'Etat. Il est fort probable que l'arrêté en question soit reformulé car un acteur impliqué dans le processus nous affirme que dans le travail avec le comité qui siège sur la loi des finances, le MSP a proposé le tarif de 1 000 FCFA pour le niveau périphérique et 2 100 FCFA pour le niveau de référence. En fait, le MSP s'est inspiré en partie des tarifs de MDM (pour le niveau périphérique) et du RC (pour le niveau de référence).

« (...) le coordonnateur de MDM quand il faisait ce travail là, on était en contact permanent, quand il faisait ses montages ; on s'est inspiré dans une certaine mesure des conclusions de son travail, de l'étude qu'ils ont réalisée c'est à Keita et au niveau de la maternité Tassigui et ça nous a permis de voir exactement ce que eux ils ont utilisé au niveau périphérique. Nous déjà on sait ce qu'il faut comme ingrédient au niveau hospitalier, au niveau des maternités régionales parce qu'on est parti, on a eu quelques informations au niveau du CHR mais aussi au niveau de la maternité Issaka Gazobi. Donc on sait déjà au niveau régional, au niveau national ce qu'il faut. Je pense qu'ils sont arrivés à un montant de 1000 f au niveau périphérique, mais de 3000f au niveau du CHR, au niveau de la maternité régionale Tassigui. On a pris presque la même chose, mais on a corrigé surtout au niveau du CHR. On a laissé le tarif que eux mêmes ils ont prévu à 1000f au niveau périphérique et au niveau des cases de santé la même chose. Mais au niveau régional là, nous a on a ramené ça à 2100f parce qu'il y'avait déjà une loi qui fixe ce montant à ce niveau là à 2100f. » [Un acteur du niveau central]

Nous ne savons rien de ce qui est prévu pour les kits⁷. Le même acteur nous dit que personnellement il n'est pas pour l'octroi de kits aux FS. Il considère que ces kits ne coûtent pas grand-chose et que de ce fait ils doivent être à leur propre charge. De plus selon lui, ces FS sont mieux placées pour savoir « *ce qu'il faut pour les accouchements* ». Le ravitaillement de kits serait un gaspillage pour un Etat économiquement fragile, mais en même temps il ne

⁷ Nous ne sommes pas pour le moment en possession de ce nouvel arrêté promis par un acteur du niveau institutionnel.

refuserait pas l'apport des PTF en kits. Cette position mitigée par rapport aux kits est exprimées par d'autres acteurs aussi. En effet s'ils trouvent que les kits sont nécessaires, ils ajoutent également que la majorité des accouchements étant simples, les agents de santé n'utilisent que très peu les produits qu'on met à leur disposition. Sur ce point d'autres encore rétorquent que de toute manière le reste doit être considéré comme un appui au RC, il n'y a donc pas de perte.

L'organisation qui en fait la promotion

L'ONG MDM-F ainsi que d'autres ONG comme Help qui font la promotion de la gratuité des accouchements ont une bonne connaissance de l'organisation cible et de l'environnement car elles ont des expériences d'interventions dans le pays à travers quelques districts. MDM-F a particulièrement fait des efforts de compréhension en tenant compte en permanence des contextes locaux. L'UNFPA participe de cette promotion de la gratuité des accouchements. Elle intervient depuis longtemps dans le domaine de la santé maternelle dans le pays.

L'environnement

Comme déjà dit, pour une mise à l'échelle, une adhésion du niveau institutionnel est déjà un acquis notamment par l'existence du projet d'arrêté instituant la gratuité des accouchements assistés dans les FS publiques (*cf. supra*). Aussi, un acteur du niveau institutionnel affirme que « *tout est prêt actuellement du point de vue textes* » [Un acteur du niveau institutionnel].

Cependant, la conférence nationale sur la gratuité des soins a confirmé le décalage entre le MSP et le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) par rapport aux problèmes liés à la stratégie. En effet selon le premier, le second ne met pas suffisamment de moyens pour résoudre les problèmes financiers auxquels il est confronté.

L'Etat peut compter sur l'appui des PTF. L'UNICEF et le FNUAP ont réaffirmé leur engagement et il semble que la coopération technique belge (CTB) aussi souhaite rejoindre ces derniers. Toutefois, s'il existe une convergence au niveau international vers l'atteinte des OMD, les acteurs nationaux souhaitent une plus grande implication des PTF pour les accompagner (*cf. supra*). L'UNICEF et le FNUAP demandent de leur côté que les décideurs nationaux soient plus offensifs pour qu'ils puissent leur emboîter le pas.

« Vous savez toutes les institutions internationales, elles n'ont de valeur que si elles font quelque chose. Si une institution internationale est à et qu'elle ne fait rien, mais je te renvoie ! Pour moi, c'est la partie nationale qui est responsable. Il y'a des pays où c'est le ministre ou le premier ministre qui va venir dire voilà ce qu'on veut faire comme plan d'action voilà ce que vous devez faire ! Et les bailleurs vont suivre ! Mais si on reste, c'est Mme X qui va décider au MSP qu'est ce qui est et qu'est ce qui n'est pas bon ? On fausse les calculs. Donc les institutions, sont des institutions qui accompagnent l'Etat, on ne doit pas prendre la place du chauffeur ! Si on prend la place du chauffeur, on fausse les calculs, donc vous faites ce que nous, on veut. » [Un représentant du FNUAP]

L'UNICEF est prêt à participer matériellement et financièrement en témoigne un responsable de cette OI :

« Nous sommes prêts à intervenir à tout le niveau. Cette année même nous l'avons intégré dans notre plan d'action. Nous avons même rencontré nos collègues de l'UNFPA à deux reprises ; pour nous dire quelle est l'expérience qu'ils ont tiré de la mise en œuvre des projets et est ce que nous pouvons intervenir et bénéficier ? Ils ont dit qu'il était un peu très tôt de pouvoir nous donner leur expérience et on a dit qu'on va les laisser continuer. » [Un responsable de l'UNICEF]

L'OI avait auparavant déjà ravitaillé les FS en kits, mais elle a du arrêter préférant attendre une annonce officielle de la gratuité des accouchements car elle ne voyait pas l'impact de son appui sur le recours à l'accouchement assisté : « *ça sert à quoi les intrants que nous donnons ?* » s'interroge un cadre de cette OI.

L'UNICEF ne veut pas non plus aller dans l'imprécision qui a caractérisé les premières vagues de gratuité. Aussi, par exemple, un mécanisme devrait être mis en place pour une traçabilité des intrants qu'ils injectent dans le cadre de la gratuité des prestations ciblées et qu'il y ait une déduction de leur montant sur le remboursement des FS pour éviter des doubles factures. Il faut souligner que cette condition n'a pas été bien accueillie par certains acteurs du MSP, notamment lors de la conférence nationale sur la gratuité des soins lorsque l'UNICEF a porté la question en débats. En effet, ils affirment que les tarifs du coût des prestations du RC ont été fixés sur la base des dons et legs qui entrent dans le cadre du subventionnement du RC. Ainsi une valorisation des dons entraînerait une élévation du tarif des prestations avec pour conséquence une augmentation de la participation des usagers. Mais en fait, en allant dans cette voie, les charges de l'Etat n'en seraient que plus lourdes puisque du coup les tarifs de remboursement pour la gratuité des soins seront augmentés s'ils sont calqués sur les tarifs du RC. Le témoignage d'un acteur du niveau central illustre cette position :

« C'est-à-dire, vous n'étiez pas à la conférence nationale sur la gratuité des soins quand j'ai dit ça ? J'ai dit que la condition sine qua non de valoriser les dons et legs en médicaments, dans un système de gratuité, reviendrait à réviser obligatoirement les tarifs parce que les tarifs ont été calculés sur base des dons prévisibles. Vous prenez l'arrêté 071, je ne sais pas quel article, il vous dit que les ressources du RC sont les recettes directes des formations sanitaires, les subventions de l'État, les dons et les legs, la subvention de la collectivité. C'est en tenant compte de tout ça que l'assiette tarifaire a été fixée. Maintenant si tu enlèves les dons, il faut augmenter le tarif pour maintenir l'équilibre. Vous voyez ? C'est comme si, on n'a rien fait. On ne va pas décharger l'État, est-ce que je me suis fait comprendre. » [Un acteur du niveau central]

Les problèmes posés par les PTF sont principalement liés à la lenteur d'exécution de l'ONPPC, ce qui expliquerait qu'ils préfèrent souvent faire le travail d'approvisionnement eux-mêmes.

La stratégie du passage à l'échelle

Tous les acteurs qu'ils soient nationaux ou du côté des PTF, s'accordent à dire que la gratuité des accouchements sera différente des précédentes grâce à la conférence nationale sur la gratuité des soins. En effet, cette conférence a été un cadre de grande concertation entre tous les acteurs concernés. Elle a permis une mise au point collective des succès mais aussi surtout des échecs des premières vagues de gratuité instituées à partir de 2006. Comme le souligne un de nos interlocuteurs, « *avec l'accouchement ça va être différent surtout si on couple avec le financement basé sur la performance avec la Banque Mondiale* » [Un PTF].

Mais un PTF trouve qu'il est temps de passer vite à cette mise à l'échelle plutôt de continuer dans les expériences pilotes. Selon lui il s'agit surtout d'une question éthique qui se pose entre les régions qui bénéficient de la gratuité et de celles qui n'en bénéficient pas :

« C'est long, ils ont un financement sur X nombre d'années et ce financement ne doit pas être un handicap pour le pays de pouvoir avancer vers la mise à échelle. Si là où ils sont déjà jusqu' en 2014 en faisant le budget on ne prend pas ça en compte, et les autres régions ? Ils ne vont pas bénéficier par ce que nous avons un financement qui couvre jusqu' en 2014 et les autres on va attendre après ça on va penser à eux. Je crois qu'au fur et à mesure qu'on apprend c'est de dire à d'autres partenaires voilà avec

MDM, l'UNFPA et les autres partenaires ce que nous avons appris. Et les autres régions est ce que vous êtes prêts puisse que déjà le terrain est débroussaillé. Moi je pense que c'est comme pour que au moment ou on va faire la mise à l'échelle, au niveau des régions et des 42 districts qui existent actuellement bien que le nombre va augmenter il y' aura des données et les partenaires seront positionnés, ça va faciliter même la mise à échelle. Bon ça c'est des discussions que nous devons avoir entre les partenaires et le gouvernement et si on dit qu'il faut 2014 pour faire une évaluation et attendre 2015 ou 2016, c'est un peu long puisse que des femmes continuent de mourir pour des causes évitables ça se justifie difficilement. » [Un responsable de l'UNICEF]

Dans leur recommandation pour une mise à l'échelle, les acteurs disent qu'il faudra bien baliser les domaines de gratuité des accouchements en déterminant les frontières entre ce qui sera considéré comme « simple » et à partir de quel moment le cas devient compliqué. Le tarif des remboursements sera ainsi fixé sur la base de cette distinction. Le document produit par MDM-F sur son expérience pilote fait déjà état de ce travail préalable. Par ailleurs, un autre préalable serait aussi de trouver les moyens par lesquels l'Etat puisse assumer le financement de cette gratuité des accouchements en ayant à l'esprit que cela n'est pas facile quand on sait que les autres gratuités connaissent des retards considérables de remboursement, soit 3,1 milliard de FCFA à ce jour pour la seule région de Tahoua. Un acteur du niveau institutionnel trouve que les Organisations Internationales devraient accompagner le Niger dans la gratuité des soins, d'autant plus que certaines ont joué le rôle de catalyseur dans son adhésion dans cette voie :

« Q: Si j'ai bien compris ceux qui ont amené les États à prendre une telle initiative...

R: Ils n'accompagnent pas, ils n'ont jamais accompagné ! Et même certaines institutions internationales, je ne vais pas citer de noms. Mais on connaît ces institutions qui, c'est sur leur impulsion que les États sont partis vers la gratuité des soins, mais ils n'ont jamais voulu accompagner ces États, sachant bien qu'ils sont économiquement vulnérable. » [Un cadre du MSP]

Mais un autre acteur trouve que la gratuité des accouchements ne devrait pas coûter cher, de l'ordre de 700 000 000 de FCFA selon ses estimations, ce qui, selon lui, ne représente pas énormément dans le budget d'un Etat.

Les acteurs se sont également prononcés sur l'approvisionnement en intrants. En effet, si la gratuité des accouchements devrait être mise à l'échelle, des acteurs disent qu'il sera nécessaire de revoir le système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques au Niger. Ils disent qu'il faudrait procéder à une réforme de l'ONPPC avec un renforcement des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux de fonctionnement de la centrale. Particulièrement, selon un acteur du niveau central, les gérants de pharmacies populaires doivent avoir plus de rigueur et de dynamisme dans leur gestion.

« Parce que nous ce qu'on veut dans le cas de la politique pharmaceutique, c'était d'autonomiser ces pharmacies. Autonomiser est différent d'indépendance, c'est-à-dire que la pharmacie populaire doit être responsabilisée et pourquoi pas même mettre une gestion axée sur les résultats c'est-à-dire que tu ne dois pas rester là bas et dire qu' on va t'envoyer des médicaments à partir de Niamey ou de Tahoua, donc il faut que tu saches toi-même ta population que tu couvres et les besoins de celle-ci. Et il faut que le gérant soit proactif comme on dit pour passer au système de pool. Par ce que dans le système de pouce vous poussez le médicament aux gens alors que dans le système de pool, c'est la personne qui exprime ses besoins qu'elle connaît. Vous voyez même d'un point de vue... ça fait rationnel là où les ressources ne sont pas suffisantes. En plus vous êtes en périphérie vous devez savoir ce que vous avez besoin ; si vous ne savez pas et qu'un besoin arrive par exemple vous êtes à Nguigmi ou à Bilma, il faut faire combien de jours si le médicament n'est pas là pour l'amener et entre temps il y' aura des morts inutiles. Donc vraiment on veut une nouvelle vision afin que les gens sachent eux

même ce que leur communauté veut et ça donne plus de responsabilisation » [Un responsable du niveau central]

La réforme de la centrale publique doit également concerner ses moyens logistiques car elle ne possède que trois véhicules de livraison pour l'acheminement des médicaments dans tout le Niger. Enfin, la réforme doit se focaliser sur les ressources financières pour assurer des commandes correspondant aux besoins prévisionnels du pays. Mais cela ne devrait se faire sans une révision de l'organisation des services.

Les PTF qui font des appuis en intrants sont fortement impliqués dans le secteur pharmaceutique : une quantité non négligeable de médicaments entre dans le pays par leur canal. Certains font leur commande, la réceptionnent eux-mêmes au niveau de la douane et les acheminent directement aux FS sans passer par les structures publiques en l'occurrence l'ONPPC. Dans la perspective d'une mise à l'échelle de la gratuité des accouchements des acteurs nationaux recommandent que les PTF s'adressent à l'ONPPC pour que celle-ci fasse ce travail en chaîne, qui selon eux, est normalement le rôle qui lui est dévolu.

« Il y a un empiètement des rôles et ça donne des multitudes d'acteurs pour jouer certains rôles. Par exemple aujourd'hui c'est MDM qui vient dire qu'il va donner des kits demain c'est un autre qui vient dire qu'il veut soutenir la lutte contre le sida j'amène également mes produits sur le terrain ; ça fait une multitude des acteurs et c'est très difficile à coordonner. Par ce que la chaîne du médicament la toutes les activités qui doivent être dans la chaîne d'approvisionnement doivent être coordonnées et c'est la raison pour laquelle elles doivent être confiées à une seule structure et qu'on lui donne les moyens de faire tous les cycles d'approvisionnement ; la mise à disposition la gestion de collecter les informations qui sont utiles à la gestion. Mais le cas du Niger n'est pas un cas isolé par ce que la plupart de temps c'est ce qui arrive dans les pays mais quand même beaucoup de pays avait compris le rôle des structures pour la pérennisation. Or aujourd'hui vous ne montrez pas aux gens comment s'approvisionner. MDM par exemple c'est juste un exemple est en train de donner le kit d'accouchement et si demain le projet s'arrête, le district va commencer à mettre lui-même son système d'approvisionnement c'est comme si il repartait de zéro. » [Un acteur du niveau central]

Des règles rigoureuses pour une bonne mise en œuvre ont été soulignées par les acteurs. Certaines de ces règles ont été formulées à partir de l'expérience du projet de MDM-F :

- un approvisionnement en kits de manière régulière pour éviter les ruptures. Pour cela les commandes doivent être faites deux fois par an (soit tous les 6 mois), une commande annuelle entraînerait des risques de rupture suite à des situations imprévues (perte d'intrants, utilisation accrue de kits). Les consommables qui constituent la majorité des intrants peuvent être commandés auprès d'une ONPPC réformée, car avec la centrale publique les procédures seront plus simples d'autant plus que le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX) qui a pour fonction l'inspection des produits pharmaceutiques fait partie des services de l'ONPPC ;
- un mécanisme de contrôle régulier particulièrement au sein des FS. En effet, certains acteurs ont exprimé leur doute sur la véracité des factures de remboursement produits par les FS et ajoutent que si le contrôle se faisait rigoureusement, l'Etat aurait beaucoup moins à leur rembourser.

D'autres règles proposées sont tirées de l'expérience de mise en œuvre du FNUAP :

- il est important avant toute mise à l'échelle de se référer aux expériences de mise en œuvre déjà réalisées dans certains districts par des ONG ;

- une estimation des besoins réels en intrants au niveau de tous les districts ;
- une amélioration de la qualité de prise en charge des accouchements. Cette amélioration devra concerner les pratiques des soignants et leur conduite vis-à-vis des usagères. Il s'agira aussi d'offrir aux parturientes des salles d'accouchement mieux équipés et où les règles d'hygiène sont respectées ;
- la gestion des intrants devra être rigoureuse pour éviter des pertes injustifiées comme par exemple la disparition de produits.
- une décentralisation des commandes des intrants et du circuit de remboursement, donc les ramener au niveau régional comme nous le dit un représentant du FNUAP :

« En tout cas, pour moi, il faut décentraliser. Parce que si le CSI de Fachi doit transmettre ses choses jusqu'à Niamey pour être vérifiées et renvoyées, ce n'est pas la peine. Quelqu'un de Niamey ne peut pas vérifier une facture de Fachi. Quelqu'un de Bilma est plus apte à le faire même s'il y'a vérité ou non. Même s'il faut faire de porte à porte pour vérifier les femmes que tu as donné la liste, pour chercher certaines femmes pour demander est ce qu'elles ont accouché, de quoi elles ont bénéficié ? Ce n'est pas Niamey qui peut faire ça. Maintenant c'est de faire toutes les formations possibles pour que les gens puissent remplir. Parce que je crois qu'il y'a un problème, pourquoi, les gens ne remplissent pas. » [Un représentant du FNUAP]

LE FINANCEMENT SOLIDAIRE DES EVACUATIONS SANITAIRES : PROCESSUS DE PERENNISATION, PERENNITE ET CONDITIONS DE MISE A L'ECHELLE

Selon les acteurs locaux, les évacuations sanitaires ont toujours été un « casse-tête » pour les populations. Pour alléger leur coût des mesures ont été successivement prises dont on peut repérer une préhistoire qui peut être divisée en deux périodes. La première période se situe avant les interventions de MDM-F dans le district, en 2005. Durant cette période, il y avait une collecte de 50 FCFA supplémentaire sur le paiement de toute consultation des usagers toutes catégories confondues. Mais les fonds étaient collectés au niveau du district pour assurer les évacuations sanitaires de l'HD au CHR (à Tahoua). La deuxième période correspond au début des interventions de l'ONG dans le district, lorsqu'entre 2006 et 2009, elle assurait gratuitement pour les cibles de la gratuité leurs évacuations sanitaires de Keita à Tahoua. A l'évidence, selon l'ONG, cette activité était incohérente puisqu'elle ne prenait pas en compte les évacuations en amont c'est-à-dire de la CS au CSI puis à l'HD, celles-ci étant à la charge des ménages.

En mai 2009, débute un système qui est appelé par l'ONG « financement solidaire des évacuations sanitaires ». Le système consiste à prélever 100FCFA aux usagers à l'occasion d'un épisode de maladie, la somme collectée servant à assurer des évacuations gratuites. Le processus qui a abouti à la forme actuel de ce système comprend trois phases. La première phase correspond à ses débuts où l'ONG MDM-F a subventionné son processus de mise en place, il s'agit du projet pilote de l'ONG. La deuxième se caractérise par l'arrêt de financement du système par l'ONG suivi du retrait des enfants de moins de 5 ans (cibles de la gratuité de 2006) de la cotisation. Pour la plupart des FS, quasiment le système fonctionne uniquement sur ses réserves. Enfin la troisième phase est celle en cours, où les acteurs locaux mettent en œuvre des solutions alternatives pour redresser le système. Ces différentes phases seront développées tout au long de cette partie.

Le processus de pérennisation

Evènements spécifiques de l'implantation

Evènements favorables

L'ONG MDM-F a assuré une disponibilité financière dès le début du processus de mise en place en mai 2009 jusqu'à décembre de la même année, période considérée par l'ONG comme la phase pilote du système. En fait l'ONG a couvert tous les besoins financiers que nécessitait le système : le voyage d'étude qui a été déterminant pour l'élaboration des règles de base de fonctionnement, le financement des trois premiers mois de collecte avec l'évacuation gratuite des cibles de la gratuité ainsi que le paiement de leur cotisation, le financement aussi de l'atelier de restitution du voyage d'étude et de la caravane de sensibilisation des populations. Grâce à cet appui financier, le district a pu bénéficier d'un fond de démarrage important et les évacuations ont pu commencer dès le début de la collecte alors que dans d'autres districts où le système existe il a fallu attendre trois à cinq mois.

Les ressources matérielles ont aussi été assurées par l'ONG. En effet, elle a fait don de trois ambulances de pool positionnées au niveau de trois CSI. Par exemple, l'une de ces ambulances qui est positionnée au CSI d'Ibohamane, sert pour cinq CSI. Elles ont permis de soulager le district dont le parc automobile est insuffisant pour assurer les évacuations

sanitaires. De plus ces ambulances ont contribué à raccourcir la durée entre la décision de l'évacuation et le transfert effectif du patient vers la structure compétente. L'ONG a aussi fait un appui au district en outils de gestion : fiches de référence et de contre référence, cahier des évacuations sanitaires, fiches de gestion de stock de carburant, fiches de collecte des fonds des centimes. Parallèlement, l'ONG a instauré un système de communication appelé « flotte » qui permet de faciliter la liaison entre les FS pour les évacuations sanitaires.

En termes de ressources humaines, il faut noter que le système a pu compter sur l'adhésion de tous les responsables locaux et des bénéficiaires. Aussi, les principaux acteurs de mise en œuvre n'ont ménagé aucun effort pour accompagner le système d'une bonne dynamique d'actions et cela dès la phase de préparation. Ainsi le voyage d'étude était composé des trois principales parties de mise en œuvre : l'ONG, l'ECD (le point focal « participation communautaire ») et le Coges départemental (le trésorier). En fait chacun des acteurs a compris l'importance de soutenir ce système dont ils perçoivent bien l'intérêt. Aussi lorsque l'ONG a décidé d'arrêter de donner des per diem aux membres de l'ECD et du Coges départemental, ceux-ci ont continué de faire le travail sans cet incitatif.

Evènements défavorables

Nous n'avons pas relevé d'évènements défavorables lors de l'implantation du projet.

Evènements spécifiques de la routinisation

Evènements favorables

Pour un souci de pérennité, l'ONG qui était au cœur de la dynamique s'est progressivement retirée des activités, laissant l'ECD assurer la gestion du système. Elle s'est retranchée dans le simple rôle d'appui technique au district. Aussi, c'est désormais le point focal « participation communautaire » (membre de l'ECD) qui fait le suivi/collecte des fonds des centimes avec le trésorier du Coges départemental. Un membre de l'ONG témoigne de ce transfert de responsabilité à l'ECD :

« C'est lui le point focal participation communautaire, qui est en même temps point focal référence contre référence. Parce qu'à un moment, jusqu'à mai 2010, c'est nous qui jouions tout ça, les statistiques, tout ça, les présentations, c'est moi qui gère tout. J'ai dit non, il faut que vous mettez en place quelqu'un qui va s'occuper de ça, pour qu'on transfère tout au niveau du district et que le district soit le maître d'ouvrage. Nous, on est là, en tant qu'appui et on va tout faire avec vous. Maintenant, c'est devenu, une activité du district carrément, nous, on est là, juste en tant que partenaire, maintenant, ce sont eux qui gèrent tout, toute cette question des évacuations sanitaires. Parce que ça fait aussi partie des besoins de pérennisation, parce que si c'est moi qui fait tout et qu'eux sont en retard, ils voient que c'est MDM qui fait tout, il n'y aura jamais de pérennisation. » [Membre de l'ONG MDM-F]

Mais l'ONG continue toute de même à s'impliquer dans le mécanisme de suivi/contrôle du système : le suivi des fiches de référence, la gestion du carburant stocké à son siège, l'entretien des trois ambulances de pool qu'elle a octroyées au district (*cf.* plus bas) et le financement de la collecte régulière des fonds d'évacuation (véhicule et carburant). Il faut remarquer que ces activités qui continuent d'être assurées par l'ONG ne sont pas des gages de pérennité pour le système.

Les règles organisationnelles du système sont un des maillons forts du système. Elles sont la résultante de divers ajustements opérés par les acteurs au fil du temps. Elles se déclinent de la manière suivante :

- chaque FS fait la collecte des 100 FCFA à son niveau et à la fin du mois des mouvements sont opérés de la base au sommet. Ainsi, la case de santé envoie 75% de ses fonds collectés à son CSI de rattachement dont 25% sont gérés par celui-ci et 50% versés dans le compte principal du district, les 25% restant sont gérés au niveau de la case de santé. Quant au CSI, il verse 50% de ses fonds dans le compte principal et 50% sont gérés à son niveau. Enfin, le CSI urbain et l'HD versent 100% de leurs fonds dans le compte principal ;
- la collecte des fonds sont faits par le point focal « participation communautaire » qui est un membre de l'ECD et le trésorier du Coges départemental. Les fonds sont gérés par les Coges mais l'utilisation des fonds requiert toujours une co-signature du trésorier du Coges et de l'agent de santé (niveau CS et CSI) ou du MCD (niveau district) ;
- les évacuations sont assurées par trois ambulances de pool positionnées dans trois CSI et deux autres sont au niveau de l'HD ;
- il n'y a pas de station service d'essence à Keita. Aussi c'est l'ONG qui se charge de payer le carburant avec les fonds du compte principal et le stocke à son siège. Ce carburant sert donc pour les évacuations sur Tahoua mais aussi parfois de CSI à l'HD moyennant un remboursement ;
- il existe une fiche qui indique les coûts des évacuations fixés en fonction des distances (par exemple une évacuation sur Tahoua nécessite 30l de carburant et 8l du CSI de Hiro vers l'HD) ;
- les fonds servent uniquement pour les coûts relatifs aux évacuations sanitaires : le carburant, l'abonnement mensuel pour la « flotte » qui s'élève à 10 000 FCFA, la réparation des charrettes qui servent pour les évacuations de la case de santé au CSI. Au départ les fonds servaient aussi pour les réparations de moindre coût des ambulances, mais il a finalement été décidé que ces frais seront pris en charge par l'ONG MDM-F pour les ambulances qu'elle a octroyées au district, et par l'ECD pour les autres ambulances à travers les crédits délégués de l'Etat ;
- le cas spécifique des CSI dits « au rouge » a également été pris en compte. Il s'agit de CSI qui n'ont plus la capacité financière d'alimenter le système du fait du nombre réduit de patients hors cibles. Il a alors été décidé qu'ils n'envoient plus leurs participations au district, ils la gardent en intégralité pour reconstituer leurs fonds. Leurs frais d'évacuation sont prélevés dans le compte principal ;
- Le mécanisme de suivi/contrôle a été amélioré. Ainsi, les bouts de papiers utilisés auparavant par les agents de santé ont été remplacés par l'ONG par des feuilles carbonées : une feuille reste avec le Coges comme pièce justificative du carburant, une autre est remise à la famille pour l'évacuation et la troisième reste au niveau de la FS pour les audits. Comme autre support servant de suivi du système on note également un cahier d'évacuation tenu par l'agent de santé et un autre au niveau du trésorier du Coges pour les fonds d'évacuation. Au siège de l'ONG, un cahier aussi est mis à la disposition des gardiens pour la gestion du carburant qui y est stocké. Celui-ci est signé à la fois par le gardien et le chauffeur de l'ambulance après l'approvisionnement

en carburant. Il faut ajouter le fait que le carburant soit logé au siège de l'ONG est aussi un moyen de contrôle sur son utilisation.

Avec le mécanisme de suivi/contrôle mis en place, les responsables des parties prenantes ont maintenu une vigilance qui leur a permis de repérer certains dysfonctionnements sur lesquels ils ont attiré l'attention des FS. Pour exemples :

- le carburant ne doit pas être utilisé pour les activités du district même s'il est remboursé après ;
- le groupe électrogène de l'HD doit être alimenté en carburant sur fond des crédits délégués et non sur ceux des centimes additionnels;
- l'ONG a du rappeler les règles d'utilisation des fonds des centimes, car deux CSI ont eu à les utiliser pour la réparation des ambulances.

La note ministérielle qui donnait l'instruction d'arrêter de prélever les centimes avec les cibles de la gratuité a pris de court les FS. Cette contrainte institutionnelle les a emmenés à réfléchir, sous l'impulsion de l'ONG MDM-F, pour trouver une solution alternative afin de combler le gap dans les fonds d'évacuation du au retrait des cibles de la gratuité. Selon les estimations des parties ECD et ONG, les cibles de la gratuité constituent 70% des consultations tandis que les usagers hors gratuité ne constituent que 30%. Des ateliers de sensibilisation et de plaidoyer ont été organisés par l'ONG pour susciter des contributions locales afin de financer les 70% de manque. A cet effet, après réflexion cinq catégories d'acteurs ont été identifiées :

- 1) les collectivités territoriales qui doivent contribuer annuellement chacune à hauteur de 500 000 FCFA par an ;
- 2) les ONG internationales intervenant dans le district, principalement MDM-F et Action Contre la Faim (ACF) ;
- 3) les crédits délégués de l'Etat pour le subventionnement des districts ;
- 4) la diaspora qui se trouve principalement au Cameroun et au Gabon ;
- 5) les Coges qui doivent verser 25 000 FCFA chacun sur les 5% de remise sur les commandes de MEG.

La mobilisation des ressources auprès de ces catégories d'acteurs a commencé en 2010 et depuis, elle a été reconduite chaque année. Les membres de l'ONG portent beaucoup d'espoirs sur la réussite d'une telle alternative même s'ils savent que la partie n'est pas gagnée d'avance car il faudra sans relâche sensibiliser les acteurs concernés. En fait pour l'ONG, la participation des acteurs locaux assure la pérennité du système :

« (...) si c'est avec les centimes additionnels plus les communes qui doivent payer, là, c'est une source de pérennité puisque les mairies sont toujours là et la communauté aussi. Alors que les ONG vont partir et finalement il n'y aura plus de bailleur. Et depuis 2010, nous, on n'a plus injecté des sous dans ce système et ça continue jusqu'au jour d'aujourd'hui, avec tous les problèmes qu'il y'a mais le système continue à être gratuit pour la population. Et c'est ça qui est important, puisqu'en amenant les mairies à investir dans le système, ça a permis de combler un peu le gap créé par le non paiement des catégories gratuites et ça permet au système de souffler un peu. » [Un membre de l'ONG MDM-F]

Un maire du département est aussi du même avis :

« J'étais un des participants à la réunion organisée par MDM qui a dit que les communes doivent contribuer pour pérenniser cet acquis. C'est ainsi que nous avons arrêté que chaque commune participe. Déjà, nous avons fait un premier versement de 200 000 FCFA. Nous avons lancé un appel à notre diaspora. Et nous sommes même partis au-delà de ça. Nous avons écrit à tous nos ressortissants dans tous les pays africains et à l'intérieur pour que chacun participe. Et parallèlement nous avons calculé et nous avons envisagé d'acheter une ambulance pour notre commune. Il faut amener les populations à se prendre au moins en partie en charge. En tant que premier responsable j'ai donné le coup d'envoi en donnant 20 000 FCFA ! » [Un maire du département]

Mais certains agents de santé et membres de Coges sont sceptiques sur la réussite de cette alternative. Ils trouvent que la participation des collectivités territoriales est très insuffisante pour prendre en charge le coût du carburant de toutes les évacuations de l'ensemble des CSI de leurs communes.

« (...) dans tous les cas, même avec les contributions des communes, ça ne va pas remédier à grand chose hein ! (...) Il y'a le CSI d'Ibohamane d'abord, il y'a le CSI de Wadé, le CSI de Gadamata, le CSI de Loudou, le CSI de Labanda, il y'a 5 et la contribution, ce n'est que 500 000f par an. Et c'est à dire que s'ils payent les 500 000f par an. Si on divise par 5, c'est 100 000f. » [Un agent de santé]

Ils trouvent également que les Coges auront eux aussi du mal à honorer leur engagement car la plupart d'entre eux éprouvent déjà des difficultés à faire des commandes du fait des maigres recettes qu'ils réalisent dans le RC et c'est cette situation non crédible des Coges qui selon eux, « bloque la participation communautaire ». La contribution de la diaspora apparaît comme une illusion si selon un de nos interlocuteurs rien n'est fait pour la rencontrer physiquement :

« La diaspora, il faut aller vers cette population. Quelqu'un qui est au Gabon, comment est ce que tu peux lui parler, le convaincre pour qu'il accepte de contribuer ? Il faut avoir un entretien avec cette diaspora. C'est ce qu'on a proposé, comment le rencontrer. En faisant des lettres, est ce que la lettre peut suffire ? » [Membre d'un Coges]

Il ressort de ce qui précède que cette nouvelle alternative basée sur une reconfiguration de la participation communautaire est un défi à relever pour les responsables sanitaires locaux afin d'assurer la pérennité du système. Cette pérennité est menacée et certains acteurs souhaitent vivement que l'ONG appuie de nouveau financièrement le système comme auparavant :

« J'aimerais à ce que le MDM eux mêmes ils ont constaté que le système des évacuations est dans une situation critique, vous avez vous même vu des CSI qui sont au rouge, donc, on est en train de faire un plaidoyer pour qu'ils nous aident même si c'est en carburant pour palier à cette affaire. » [Un membre du Coges]

La restitution de la présente étude nous a permis d'avoir les dernières nouvelles sur les contributions locales. En effet, le district a continué de les percevoir et finalement tous les Coges ont donné leur participation, sur les quatre communes trois ont versé leur contribution et un ressortissant a fait don de huit millions à sa commune. Ces apports financiers vont certainement aider à redynamiser le système et à renforcer sa pérennité.

Evènements défavorables

En janvier 2010, le système a connu deux évènements majeurs qui l'ont marqué dans son évolution : il s'agit de la note ministérielle évoquée plus haut ainsi que l'arrêt du projet de

MDM-F. Cette instruction du MSP reposait sur le principe que la logique de la gratuité dans laquelle sont inscrites les mesures d'exemptions de paiement ne concorde pas avec la participation des cibles de la gratuité. Mais il faut remarquer que le MSP n'a proposé aux FS aucune solution alternative pour combler le manque occasionné par le retrait des cibles de la gratuité. Quant à MDM-F, elle a dû arrêter de financer pour les cibles de la gratuité pour raison de fin de financement par son premier bailleur ECHO⁸ (Service d'Aide Humanitaire de la Commission Européenne). Ainsi à partir de janvier 2010 seuls les adultes payants ont donc continué à payer les centimes. Le système aurait pu s'arrêter et repartir à zéro comme ce fut le cas dans d'autres DS pour constituer à nouveau le fond de démarrage (cf. Diarra, 2011). Mais grâce à la disponibilité financière assurée par MDM-F au démarrage du système, les évacuations gratuites ont pu continuer à être assurées.

Evènements spécifiques de la routinisation et de l'implantation

Evènements favorables

Il y a eu une bonne stratégie d'intégration et d'adaptation du projet au contexte du district, ce qui constitue un point positif pour la pérennité du projet. De même, des réunions formelles et informelles étaient fréquentes, il y avait un bon partenariat amical entre MDM-F et l'ECD.

Evènements défavorables

On peut noter une insuffisance de suivi des activités des CS notamment dans la gestion des fonds d'évacuation sanitaire.

La pérennité du « financement solidaire des évacuations sanitaires »

Mémoire du projet dans le district

Les règles organisationnelles du système sont bien connues de tous les acteurs depuis sa phase de projet pilote à son stade actuel.

L'adaptation du projet

Le système appelé « centimes additionnels » n'est pas une innovation venue de l'extérieur. Il s'agit d'une initiative provenant du niveau opérationnel qui a démarré depuis 2004 dans la région de Dosso. Elle a été impulsée par la GTZ à travers le projet « Lafia » dans la région de Dosso⁹. Elle est basée sur la solidarité entre les usagers, dans le sens où les moins malades participent au financement de l'évacuation en urgence des plus malades pour des soins adéquats conformément au système d'évacuation dans la pyramide sanitaire. Elle a gagné quelques districts dans les autres régions à travers le Niger. L'adhésion de ces derniers au système est liée au fait que le système est reconnu comme une alternative efficace pour le financement des évacuations sanitaires qui constituent pour le budget des ménages un lourd fardeau. Lorsque le DS de Keita a décidé d'adhérer à son tour à ce système, le voyage d'étude

⁸ L'ONG éprouvait des difficultés pour financer ces interventions quand elle est passée de son premier bailleur ECHO à EUROPAID ET l'AFD. Avec ces derniers, elle avait du faire face à une diminution de son enveloppe budgétaire.

⁹ Une étude réalisée à Oualam dans la région de Dosso a notamment mis l'accent sur les problèmes d'évacuation rencontrés dans les districts ruraux (Bossyns & collaborateurs, 2006)

que l'ONG a financé témoignait de la volonté de toutes les parties prenantes locales de s'approprier d'un tel système élaboré à l'intérieur du pays. Elles ont ensuite procédé à son adaptation au contexte local de Keita. Cette adaptation a donné lieu à des règles organisationnelles qui ont été présentées plus haut. Ces règles ont été établies de telle sorte qu'elles ne créent pas de décalage entre le mécanisme de fonctionnement des « centimes additionnels » et le fonctionnement officiel des FS. Ainsi, la collecte des centimes est faite de manière décentralisée, conformément au système de caisses autonomes qui régit le fonctionnement des FS du DS de Keita. Chacune des FS gère une partie de ses fonds à son propre niveau. L'autre partie remonte au district dans un compte dit principal depuis la base, la case de santé jusqu'à l'HD en passant par le CSI.

Outre cette adaptation, les ajustements présentés plus haut ont pu également être faits grâce à la flexibilité du mécanisme de fonctionnement qui a pu être modifié en fonction de l'évènement majeur provenant du niveau institutionnel (l'arrêt de la participation des cibles de la gratuité). Des modifications ont aussi été faites face à des problèmes relevés au niveau local comme dans le cas des CSI dits « au rouge » (*cf. supra*).

Les valeurs du projet

Ce projet que l'ONG nomme « financement solidaire des évacuations sanitaires » est communément connu au Niger sous le jargon de « centimes additionnels », en référence aux francs supplémentaires versés par les usagers au moment du paiement des services reçus lors de leur passage dans une FS. Comme pour la gratuité des accouchements, il n'existe pas de symbole pour le projet. Un logo est en cours d'élaboration pour représenter les deux projets à partir d'un dessin d'enfant (*cf. plus haut*). On peut constater que l'ONG a fait de ce projet le complément de leurs activités visant l'amélioration de la prise en charge des accouchements dans le district.

Le projet répond aux objectifs de l'ECD et de la DRSP qui est d'améliorer le système de référencement et contre-référence. Si la DRSP encourage les districts dans cette initiative, il faut souligner qu'elle entend bien prendre ses distances par rapport à son implication. En effet, selon les acteurs du niveau régional, le système des centimes additionnels est une initiative provenant des populations, de ce fait il doit donc rester dans sa gestion au niveau communautaire avec bien évidemment un suivi rapproché de l'ECD.

« La DRSP n'a rien à voir, ce sont les communautés, le district. La DRSP, pourquoi, c'est parce qu'il y'a le district qui s'y met. En fait l'ancrage, c'est la participation communautaire, c'est permis hein ! » [Un cadre de la DRSP]

Le niveau central a une position plutôt tolérante du système. En effet, la préoccupation des acteurs à ce niveau est que ce système ne déteigne sur le principe de la gratuité et c'est pourquoi ils tiennent rigoureusement à ce que leur instruction, qui est de ne pas prélever les centimes sur les cibles de la gratuité, soit respectée.

Le projet répond aussi et surtout aux attentes des populations, lesquelles sont soulagées de la lourde charge financière des évacuations sanitaires. En effet, pour une évacuation sur l'HD, plutôt que de payer par exemple 7 000 FCFA ou 24 000 FCFA qui correspondent respectivement au coût du carburant de Hiro ou de Dodoubey, le patient évacué n'aura eu que 100 FCFA à payer occasionnellement lors d'un épisode de maladie. Un membre de Coges témoigne de la satisfaction des populations :

« Mais la population de toute façon, elle est satisfaite de cette initiative. Parce que je vous dis depuis 2009, il n'y a pas un malade qui dit que s'il vient, même si c'est au niveau de la case, il n'a pas payé même si c'est 5f pour les évacuations. » [Un membre du Coges]

Tout comme le projet sur la gratuité des accouchements, des rencontres formelles et informelles ont été organisées à plusieurs reprises entre l'ONG et l'ECD. Par ailleurs lors de réunions au niveau régional, les deux parties ont été invitées à présenter aux autres districts leur expérience jugée comme exemplaire.

Les règles organisationnelles

La flexibilité du mécanisme de fonctionnement à travers ses règles de fonctionnement a contribué au maintien du système malgré de nombreuses difficultés auxquelles les acteurs ont été confrontés : selon eux, aucun patient n'a payé pour son évacuation quelle que soit la distance depuis le démarrage à maintenant (*cf.* témoignage d'un membre de Coges plus haut).

Cependant, à côté de ces aspects positifs, le système souffre de quelques problèmes soulevés par les acteurs :

- les ambulances de pool données par l'ONG ne sont pas en bon état, elles demandent des réparations fréquentes ;
- les coûts des évacuations préalablement fixés ne sont pas toujours respectés par les chauffeurs des ambulances qui disent être obligés parfois de faire de longs détours à cause du mauvais état des pistes surtout en saison des pluies. Un chef CSI qui est confronté souvent à ce type de problème et qui doute de la bonne foi des chauffeurs, compte à l'avenir remettre du carburant plutôt que de l'argent pour les décourager, « *avec le carburant, on ne peut rien faire* » dit-il [Chef CSI] ;
- comme déjà mentionné, contrairement aux autres CSI, le CSI urbain verse l'intégralité de ses fonds d'évacuation dans le compte principal. Les membres du Coges disent qu'ils ont des problèmes avec leur population qui réclame des explications sur la gestion des 100 FCFA que leur prélève le CSI. En fait ce Coges souhaite pouvoir disposer de ce fond pour servir aux frais de déplacement du major vers les cases de santé ;
- une augmentation du nombre des ambulances de pool est souhaitée notamment pour les CSI qui sont éloignés de l'HD ;
- l'entretien des véhicules de pool est souvent laissé à la seule charge des CSI où ils sont positionnés. Selon un major, les autres CSI doivent aussi participer aux frais d'entretien¹⁰ ;
- au niveau d'une case de santé, les roues de la charrette qui sert pour les évacuations sont cassées depuis au moins trois mois ;
- L'abonnement à la « flotte » est jugé trop élevé (10 000 FCFA par mois) alors qu'aux dires d'un agent de santé, la consommation réelle moyenne dépasse rarement 3 000

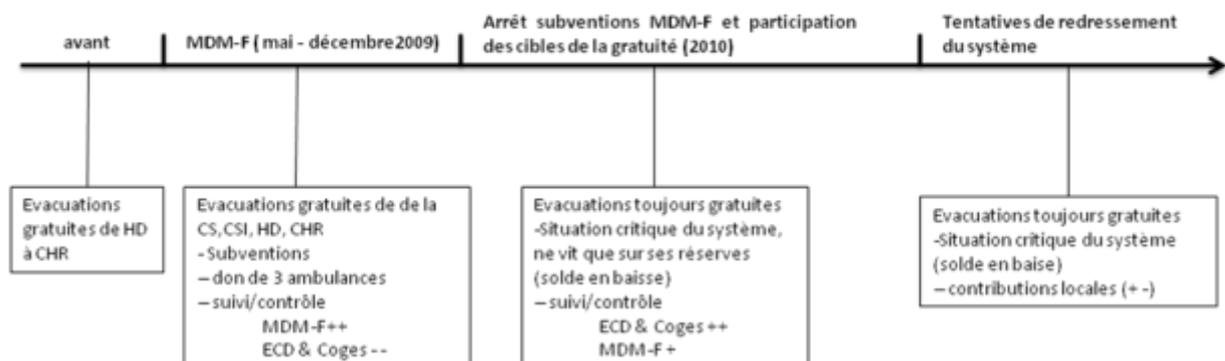
¹⁰ Il est pourtant prévu que MDM-F prenne en charge l'entretien de ces ambulances.

FCFA. Des démarches sont en cours pour contracter avec un autre opérateur à un coût moins élevé (5 000 FCFA/mois).

De notre point de vue, deux autres problèmes mériteraient d'être soulevés. Le premier concerne les fiches de collecte des fonds d'évacuation qui ne présentent pas d'observations sur les montants versés par chacun des CSI avec leurs cases de santé. Aussi, il serait utile, pour le suivi du système, de s'enquérir des difficultés spécifiques que rencontrent les CSI concernés. Le deuxième problème concerne l'absence de sanction pour les cas de non respect des règles organisationnelles. En effet, le système repose sur la foi et la volonté des acteurs, par conséquent une défaillance sur ce plan entraînerait sa faillite. Les acteurs sont bien conscients du risque qu'ils prennent mais comptent continuer sur cette base. En fait, la question de la sanction est rarement abordée dans les services de santé de manière générale. Il s'agit d'un sujet presque tabou qui fait l'objet d'un évitement collectif, particulièrement dans son application (Freidson, 1970). Les soignants ont souvent une conception toute autre de la notion de sanction en décalage avec les textes officiels et se réfèrent plutôt à des logiques de solidarité et de confiance entre eux (*cf.* Diarra, 2010). Dans ces conditions, le système des centimes additionnels gagnerait en viabilité si les responsables des parties prenantes adoptaient une position allant dans le sens de l'incitation comme par exemple la stratégie des primes basées sur la performance que l'ONG avait déjà eu à expérimenter.

La figure 2 est une représentation synthétique de l'évolution du système d'évacuation sanitaire.

Figure 2: Evolution du système d'évacuation sanitaire dans le district sanitaire de Keita



Pour une mise à l'échelle du financement solidaire des évacuations sanitaires

L'innovation

Le système est apprécié par les populations et leurs responsables locaux. Il résout le problème des évacuations sanitaires qui étaient une lourde charge financière pour les populations. Il est d'une facilité de mise en œuvre du fait de son intégration dans l'organisation habituelle du système de santé. Le système a nettement amélioré la durée de l'évacuation une fois la décision prise et cela grâce aux ambulances de pool et le système de « flotte » qui permet aussi au chef CSI de recevoir parfois, de la part du MCD ou de la sage-femme, des directives pour la conduite à tenir face à des cas qu'il arrive finalement à gérer sur place. On peut ajouter que la décision de stocker le carburant au siège de l'ONG a aussi amélioré le temps mis pour l'évacuation des patients comme nous avons pu l'observer :

Nous avons pu nous rendre compte de la rapidité de l'approvisionnement en carburant au niveau du siège de l'ONG : 1) l'ambulance du district est arrivée au siège à 20h40, 2) après le ravitaillement en carburant et le remplissage du cahier d'évacuation tenu par le gardien, il est retourné à l'HD à 20h49, 3) nous l'avons vue repasser à toute allure devant le siège de l'ONG à 21h11 en direction de Tahoua pour une évacuation d'un enfant qui présentait une fracture. Le tout n'aura duré qu'une trentaine de minutes [Observation du 12 mai 2012].

L'organisation cible

Les acteurs de tous les niveaux de la pyramide sanitaire adhèrent au système qui est une initiative communautaire et n'a aucune inscription institutionnelle. Mais il fait l'objet de débats entre les acteurs qui sont partagés entre deux positions. La première regroupe des acteurs du plus haut niveau qui disent tout haut leur opposition à la participation des cibles de la gratuité aux centimes additionnels avec comme argument l'incohérence que cela constituerait par rapport à la notion même de gratuité, « *qu'on demande aux cibles, ce n'est pas acceptable* » nous dit un acteur du niveau institutionnel. La seconde position constituée majoritairement de cadres techniciens de la santé déplorent tout bas le fait que le système des centimes additionnels soit mis à mal par l'instruction du retrait de la contribution des cibles de la gratuité. Leur position rejoint de ce fait celle des acteurs du niveau opérationnel. Il semble que même les populations y compris les cibles de la gratuité soient prêtes à continuer à contribuer dans le système. Un membre de Coges témoigne :

« La population elle-même, elle était prête à ce qu'elle continue dans ce sens, dans ces centimes additionnels, dans toutes les tranches d'âge, que ça soit les femmes ou les enfants. Le blocage, c'est la politique, c'est au niveau de l'Etat qui dit que lui, il a pris l'engagement que tous les enfants de 0-5ans ne doivent pas payer. Moi-même, dans le temps, c'était une ministre là, Fatouma, je lui ai posé la question, que nous, ici à Keita, on veut que ça continue parce que tout simplement on a connu un temps où quand on veut amener un malade à Tahoua, il te faut donner 25 000f, aujourd'hui avec 100f on t'évacue un malade à Tahoua, est-ce que tu peux sentir ça ? Elle a dit non, c'est le président de la république qui a dit qu'il ne faut pas faire ça. Même à la conférence nationale, on a discuté avec Hama, on a exposé tout ce problème, le premier ministre a dit non, comme l'Etat a dit qu'il ne faut pas payer, ils ne vont pas le faire. Vraiment, c'est un problème. » [Un membre de Coges]

Lors de la conférence nationale sur la gratuité des soins, les deux camps, pour la première fois, se sont confrontés publiquement dans leurs positions divergentes et cela a été l'occasion pour les uns de réaffirmer fermement aux autres le maintien de l'instruction.

Malgré ce point de désaccord, tous les acteurs du MSP sont unanimes pour continuer avec le système des centimes additionnels car comme le souligne l'un d'eux, pour les ménages notamment villageois, le coût des évacuations sanitaires sont au même titre que celui des accouchements une barrière financière dans l'utilisation des services de santé. Or selon un de nos interlocuteurs, il n'existe pas une stratégie meilleure que celle des centimes additionnels. Aussi, tous les acteurs pensent qu'il faut trouver une alternative au déficit financier dans les fonds d'évacuation. Les propositions abondent pour une partie vers une solution institutionnelle qui consisterait à mettre en place un mécanisme de financements innovants¹¹. Ainsi par ce biais, le système pourrait être étendu à l'échelle nationale. L'autre partie des propositions suggère que l'Etat prenne en charge la contribution des cibles de la gratuité en l'intégrant dans les tarifs de la gratuité. Ces propositions font partie des recommandations formulées par l'ONG MDM-F à l'endroit du gouvernement nigérien (*cf.* Médecins du Monde-France, 2012)

On peut constater que les acteurs du niveau institutionnel sont peu informés sur le mécanisme détaillé du fonctionnement du système des centimes additionnels. Ils ne le connaissent que dans ces grandes lignes.

L'organisation qui en fait la promotion

L'ONG MDM-F a une bonne expérience de mise en œuvre du système des centimes additionnels, et elle essaie de l'implanter dans un autre district (Illéla).

L'environnement

Le problème des évacuations sanitaires n'est pour l'instant pas inscrit dans l'agenda des PTF. Au niveau national, contrairement à la gratuité des accouchements, le système de financement solidaire des évacuations sanitaires ne connaît pas un début d'inscription au niveau institutionnel. Toutefois le sujet a été discuté lors de la conférence nationale et il faut souligner que les acteurs ont quelques réserves quant à la gestion des centimes au niveau des districts.

La stratégie du passage à l'échelle

Les recommandations pour une mise à l'échelle proviennent surtout du niveau régional et local du district. Au niveau régional, l'accent est mis sur l'importance du renforcement du système de régulation. Si ce système est négligé par les acteurs, cela entraîne des dérives dans l'organisation et l'offre de soins.

« (...) il y'a cette rupture dans la fonction de régulation du système de santé. Parce que bon, si aujourd'hui le district fait et qu'il ne sente pas la région derrière lui, il va laisser ou que la région ne sente pas le niveau central derrière elle, elle va laisser. Parce que si aujourd'hui outre ce qu'on fait quelqu'un ne vient pas regarder, demain, ne vous attendez pas à quelque chose. Ça, c'est naturel, mais si tel que le dispositif l'a prévu, chacun vient regarder, je pense que les gens vont prêter attention. C'est de cela qu'il s'agit, ça motive les gens. (...) quand il n'y a pas de régulation, les gens vont faire ce qu'ils veulent au détriment des populations, et où est l'objectif recherché ? Il ne sera jamais atteint ! » [Un cadre de la DRSP]

¹¹ Instauration d'une taxe dans le secteur des transports, la téléphonie mobile, les industries extractives, etc.

Selon le niveau local, le préalable incontournable repose sur la sensibilisation de toutes les catégories d'acteurs. L'expérience de Keita le montre bien car n'eut été l'adhésion des acteurs au système, celui-ci se serait écroulé sous le poids des goulots d'étranglements que connaissent les DS. Un responsable de l'ONG MDM-F dit à ce sujet :

« Mais allez le faire dans un autre contexte où les gens n'ont pas été du tout préparés, c'est ça qui va causer problème parce que l'impréparation a été toujours à la base des échecs. » [Un responsable de l'ONG MDM-F]

Une fois ce préalable assuré, les règles organisationnelles, qui doivent être adaptées au contexte des districts, seront d'autant mieux intégrées par les acteurs.

CONCLUSION

Cette étude, faut-il le rappeler, est une évaluation sur les questions de processus de pérennisation, pérennité et des conditions de mise à l'échelle d'interventions de gratuité d'une ONG et non sur les projets qui les portent. Cette conclusion reste donc fidèle à notre problématique de départ.

Le projet de gratuité des accouchements de MDM-F a l'avantage d'avoir l'adhésion de toutes les catégories d'acteurs qui sont unanimes sur sa pertinence et la nécessité de sa mise à l'échelle. Il a atteint un niveau de pérennité que nous pouvons qualifier de faible. En effet, des activités mises en œuvre dans le cadre du projet continuent d'être menées de manière officielle à travers la mise en œuvre du FNUAP qui, on le rappelle détient une légitimité institutionnelle. Mais le programme connaît actuellement quelques problèmes de mise en œuvre. Certes, l'expérience du FNUAP a permis le maintien de la tendance à la hausse des accouchements assistés (*cf.* MDM-F, 2012) mais les dysfonctionnements (insuffisance de kits, accouchements dystociques encore payants à la maternité de référence du niveau régionale à Tahoua, retard de remboursements) qui grèvent sa mise en œuvre risquent, si rien n'est fait, de menacer les acquis du projet de MDM-F, notamment pour ce qui concerne la qualité des soins. Par ailleurs, la mise à l'échelle semble être un acquis, mais les goulots d'étranglements qui entravent le déroulement des gratuités de 2006 demeurent des sources d'inquiétudes pour les acteurs. Cela pourrait retarder cette mise à l'échelle.

Le projet de « financement solidaire des évacuations sanitaires » a l'avantage d'avoir l'adhésion surtout des acteurs nationaux. Il se caractérise par le fait qu'il s'agit d'un système de mutuel dont l'initiative est communautaire. Ce système a fait l'objet d'une diffusion à travers le pays sans aucune intervention du niveau central. Celui-ci, jusque là, entendait bien le maintenir à ce niveau communautaire et ne pas s'y impliquer. Mais le fait qu'il ait donné l'instruction du retrait des cibles de la gratuité à cette mutuelle l'interpelle à s'y impliquer en payant aux FS, comme le souhaitent des acteurs, le gap occasionné. Il est aussi envisageable de mettre à contribution des acteurs locaux ou la mise en place d'un mécanisme de financement innovants. Nous pouvons qualifier le niveau de pérennité du système comme moyen dans le DS de Keita. Les activités mises en place par l'ONG continuent d'exister dans le DS, elles ont même été améliorées au fil des difficultés qui se sont révélées.

L'arrêt total et brusque de l'appui financier de MDM-F ainsi que l'instruction ministérielle (arrêt de la participation des cibles de la gratuité) tout aussi sans préambule ont été des événements défavorables au processus de pérennisation, car les acteurs locaux n'ont pas eu le temps de se préparer à cette nouvelle situation. Les retards de remboursement des gratuités des soins institués en 2006 constituent des risques pour la pérennité du système dont les fonds sont exposés à d'autres fins que celles des évacuations sanitaires. Aussi, le système est devenu un défi permanent pour les acteurs. Relever ce défi, revient à reconsidérer sans cesse le mécanisme de fonctionnement dont les règles doivent être nécessairement réajustées au fil de son évolution. Sa pérennité est menacée tant qu'elle reste au niveau local. Il est donc important de la porter au niveau institutionnel, seul gage de sa durabilité. Toutefois, il convient de retenir que si l'institutionnalisation confère des chances de pérennité à une intervention, elle ne garantit pas toujours une bonne mise en œuvre, les acteurs du terrain développent souvent des stratégies pour contourner les normes officielles (*cf.* Diarra, 2012).

La mise en œuvre des deux projets pilotes de MDM-F a montré que l'atteinte des OMD 5 est encore possible si des décisions politiques solides et des rigueurs de fonctionnement

accompagnent leur mise à l'échelle. Comme l'a montré l'ONG, la gratuité des accouchements doit être nécessairement accompagnée d'un système de financement des évacuations sanitaires.

Références

Bossyns, P., Abache, R., Abdoulaye, M.S., Miyé, H., Depoorter, A-M., Van Lerberghe W., 2006, « Monitoring the referral system through benchmarking in rural Niger: an evaluation of the functional relation between health centers and the district hospital », *BMC Health Services Research*, 6: 51.

Diarra, A., 2010, *Socio-anthropologie des agencements structurants de la prise en charge de l'accouchement au Mali*, Marseille, Thèse EHESS.

Diarra, A., 2011, « La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say », *Etudes & Travaux du LASDEL n°96*.

Diarra, A., 2012, « Soigner en temps de gratuité au Niger. Stratégies des soignants face aux exemptions de paiement », Note de synthèse préparée pour la conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger.

DRSP, Circulaire DRSP fixant les tarifs forfaitaires des accouchements assistés par niveau de soins, mars 2011).

Freidson, E., 1970, *La profession médicale*, Paris, Payot.

MDM-F, 2009, « Rapport d'étude en vue de l'amélioration du système de référencement et contre-référence du district sanitaire de Keita ».

MDM-F, 2012, « La prise en charge gratuité des accouchements au Niger, une expérience pilote dans le district de Keita », Rapport d'intervention.

MDM-F, 2012, « Premiers résultats d'une expérience pilote de prise en charge de la gratuité des accouchements dans le district de Keita au Niger », Note de synthèse préparée pour la conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger.

Pluye P, Potvin L, Denis JL., 2004, « Making public health programs last: conceptualizing sustainability », *Evaluation and Program Planning*, 27: 121-33.

Scheirer MA. 1994, « Designing and using process evaluation», In: Wholey H, Hatry P, Newcomer KE, editors, *Handbook of practical program evaluation*, San Francisco: Jossey-Bass, p. 40-68.

Shediac-Rizkallah MC, Bone LR., 1998, « Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy », *Health Educ Res*,13(1): 87-108.

Yin RK. 1979, *Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized*, Lexington: Lexington Books.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien pour personnels MDM et autres acteurs à Keita

- 1) Pouvez-vous me rappeler votre nom et vos fonctions ?
 - 2) Depuis quand vous occupez ce poste ?
-

- 1) Les activités du programme concernant l'exemption de paiement pour l'accouchement et le financement solidaire des évacuations sanitaires (FSES) nécessitent d'importantes ressources organisationnelles. Quelles actions ont été prises pour stabiliser :
 - Les ressources financières ?
 - Les ressources humaines ?
 - Les ressources matérielles ?
 - 2) Est-ce que le programme a pris des risques organisationnels pour maintenir ou améliorer ses activités ?
 - 3) Est-ce que les personnes impliquées dans la mise en œuvre des deux projets ont reçu des incitatifs pour les encourager à réaliser les activités prévues ?
 - 4) Est-ce que les deux projets ont été adaptés au contexte local du district ? Pourquoi ? De quelle manière ?
 - 5) Est-ce que les deux projets implantés à Keita est dans la lignée des objectifs des autorités sanitaires nigériennes ?
 - 6) Est-ce que la communication entre les acteurs impliqués (MDM, autorités du district, autorités nationales, COGES, administrateurs de centres de santé) a été de nature régulière et transparente pour chacun des deux projets ?
 - 7) Est-ce qu'il y a un lien d'ordre culturel (mythes, symboles, métaphores, rituels, valeurs, slogans, etc.) entre l'ONG MDM et les deux projets ?
Et avec les centres de santé, quel type de liens existe ?
 - 8) Est-ce que les règles de fonctionnement des centres de santé ont déteint sur le programme d'exemption ?
Est-ce que les règles internes au programme d'exemption ont déteint sur les centres de santé ?
 - 9) Les ressources (financières, humaines, matérielles) investies par MDM étaient-elles adéquates pour mettre en œuvre les deux projets et les activités qui en découlent ?
 - 10) Est-ce que les pratiques/techniques/habitudes concernant l'offre de soins dans les centres de santé sont compatibles avec les deux projets instaurés par MDM ?
-

- 1) Est-ce qu'une grande variété d'acteurs (organismes publics, privés, non-gouvernementaux, société civile, etc.) apporte sa contribution à la réalisation des deux projets ?

- 2) Est-ce que les agents du Ministère de la santé qui mettraient en œuvre les deux programmes ont été impliqués dans les programmes actuels à Keita ?
- 3) Est-ce que des mécanismes sont prévus pour que le Ministère de la Santé puisse s'approprier les deux programmes ?
- 4) Est-ce que l'exemption du paiement pour les deux projets répond à un problème récurrent/persistant concernant la fourniture de soins de santé ?
- 5) Est-ce que les dites exemptions de paiement reposent sur des preuves solides ?
- 6) Est-ce que les dites exemptions de paiement sont préférables à d'autres stratégies ?
- 7) Étant donné les ressources financières et humaines nécessaires, est-ce que l'exemption du paiement pour l'accouchement et la FSES sont réalisables à l'échelon national ?
- 8) Est-ce que les dites exemption de paiement sont cohérente avec les politiques de santé nationales et les priorités qui en découlent ?
- 9) Est-ce que les deux projets répondent aux attentes des parties prenantes à l'échelle nationale ?
- 10) Concernant le programme mis en place à Keita, est-ce qu'on a identifié et pris en considération des facteurs communautaires, culturels, ou de genre qui peuvent limiter ou faciliter l'implantation ?
- 11) Est-ce que les exemptions de paiement tiennent compte de la culture bureaucratique, des normes et des valeurs du Ministère de la Santé nigérien ?
- 12) Est-ce que les exemptions de paiement rencontrent des contraintes ou des facilités au niveau institutionnel, ou auprès des acteurs en charge de la formulation des politiques ?
- 13) Est-ce que les exemptions de paiement ont réussi à produire des résultats tout en conservant une simplicité dans la mise en œuvre ?
- 14) Est-ce que les exemptions de paiement pour les accouchements et les évacuations ont été testées dans une variété de contextes socioculturels et géographiques qui reflète le Niger dans son ensemble ?
- 15) Est-ce que projets ont été testés en impliquant la(les) structure(s) du système de santé que l'on trouve communément à travers le Niger ?
- 16) Est-ce que l'exemption requiert des ressources humaines et financières qui pourraient raisonnablement être rassemblées en cas d'un passage à l'échelle nationale ?
- 17) Est-ce que le programme est pérenne ? Son mode de financement est-il durable ?
- 18) À Keita, est-ce que le système de santé a la capacité de mettre en œuvre des exemptions de paiement ?
- 19) Si non, qu'est-ce qui est fait pour augmenter la capacité d'implantation dans le système de santé ?
- 20) Lors de la mise en œuvre, est-ce que les impacts sur la santé mais aussi le processus d'implantation ont été documentés ?
- 21) En vue de financer le passage à l'échelle, est-ce que des démarches ont été entreprises pour s'assurer d'un engagement initial et continu de la part des organismes subventionnaires et des partenaires techniques ?
- 22) Est-ce que des mesures sont prévues pour accompagner les changements nécessaires à l'institutionnalisation des exemptions de paiement (au niveau de la formulation des politiques et des règlements) ?
- 23) Est-ce que le programme comporte des mécanismes pour surveiller le progrès de l'implantation et éventuellement adapter celle-ci ? Le programme est-il flexible ?
- 24) Est-ce que les résultats obtenus et les leçons apprises lors de l'implantation du projet pilote ont été partagés ?

25) Est-ce que les parties prenantes comprennent l'importance d'avoir des preuves adéquates et pertinentes concernant la faisabilité et les impacts des programmes d'exemption et du FSES en vue de procéder à un éventuel passage à l'échelle nationale ?

Annexe 2 : Guide d'entretien pour MSP, DRSP, ONPPC, DPHL, PTF, Experts

- 1) Est-ce que l'exemption de paiement implantée à Keita est dans la lignée des objectifs des autorités sanitaires nigériennes ?
- 2) Est-ce que la communication entre les acteurs impliqués (MDM, autorités du district, autorités nationales, COGES, administrateurs de centres de santé) a été de nature régulière et transparente ?
- 3) Est-ce que les règles de fonctionnement des centres de santé ont déteint sur le programme d'exemption ?
Est-ce que les règles internes au programme d'exemption ont déteint sur les centres de santé ?
- 4) Les ressources (financières, humaines, matérielles) investies par MDM étaient-elles adéquates pour mettre en œuvre l'exemption et les activités qui en découlent ?
- 5) Est-ce que les pratiques/techniques/habitudes concernant l'offre de soins dans les centres de santé sont compatibles avec l'exemption instaurée par MDM ?
- 6) Est-ce qu'une grande variété d'acteurs (organismes publics, privés, non-gouvernementaux, société civile, etc.) apporte sa contribution au programme d'exemption du paiement de soins de santé pour l'accouchement et les évacuations sanitaires ?
- 7) Est-ce que les agents du Ministère de la santé qui mettraient en œuvre le programme à l'échelle nationale ont été impliqués dans le programme actuel à Keita ?
- 8) Est-ce que l'exemption du paiement pour les deux projets (accouchement et évacuations sanitaires) répond à un problème récurrent/persistant concernant la fourniture de soins de santé ?
- 9) Est-ce que ladite exemption de paiement repose sur des preuves solides ?
- 10) Est-ce que ladite exemption de paiement est préférable à d'autres stratégies ?
- 11) Étant donné les ressources financières et humaines nécessaires, est-ce que l'exemption du paiement pour l'accouchement et les évacuations sanitaires pour les cibles de la gratuité est réalisable à l'échelon national ?
- 12) Est-ce que ladite exemption de paiement est cohérente avec les politiques de santé nationales et les priorités qui en découlent ?
- 13) Est-ce que le programme d'exemption répond aux attentes des parties prenantes à l'échelle nationale ?
- 14) Est-ce que l'exemption requiert des ressources humaines et financières qui pourraient raisonnablement être rassemblées en cas d'un passage à l'échelle nationale ?
- 15) Est-ce que le programme est pérenne ? Son mode de financement est-il durable ?
- 16) Est-ce que des mesures sont prévues pour accompagner les changements nécessaires à l'institutionnalisation de l'exemption de paiement (au niveau de la formulation des politiques et des règlements) ?
- 17) Est-ce que le programme comporte des mécanismes pour surveiller le progrès de l'implantation et éventuellement adapter celle-ci ? Le programme est-il flexible ?
- 18) Est-ce que les résultats obtenus et les leçons apprises lors de l'implantation du projet pilote ont été partagés ?
- 19) Est-ce que les parties prenantes comprennent l'importance d'avoir des preuves adéquates et pertinentes concernant la faisabilité et les impacts du programme d'exemption en vue de procéder à un éventuel passage à l'échelle nationale ?

Annexe 3 : Tableau synthétique du processus de pérennisation (gratuité des accouchements)

Synthèse du processus de pérennisation Gratuité des accouchements

	Evènements favorables	Evènements défavorables
Evènements spécifiques de l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> -Inscription dans le PAA du DS - Construction d'une maternité, réhabilitation de salles d'accouchement. -Elaboration d'outils de gestion. - Projet d'arrêté pour la gratuité des accouchements. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tarif de remboursement insuffisant pour la maternité de référence
Evènements conjoints de la routinisation et de l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne stratégie d'intégration au contexte du district. - Réunions informelles et formelles fréquentes. -Don de matériels obstétricaux, MEG et consommables. - Suivi et formation des agents de santé. (GATPA, partogramme) 	<ul style="list-style-type: none"> -Non prise en compte du niveau case de santé dans le suivi des activités par l'ONG. (Formations, matériels, intrants à HD et CSI, mais CS rien : CSI supervise mais problèmes: 55/11, achats personnels non qualifiés
Evènements spécifiques de la routinisation	<ul style="list-style-type: none"> - Des tentatives de résolution de l'insuffisance en RH - La continuité de la gratuité des accouchements par le FNUAP étendue à Tahoua et trois autres régions. - Plaidoyer à la conférence nationale sur la gratuité des soins -Adhésion de certaines OI -Flotte 	<ul style="list-style-type: none"> - Une disponibilité très insuffisante en kit. -Des retards de remboursement qui témoignent d'une stabilité financière non encore acquise. - Accouchement dystocique non gratuite à la maternité de référence régionale - Des insuffisances constatées au niveau de l'ONPPC. - Non prise en compte de l'expérience de MDM-F par le FNUAP

Annexe 4 : Tableau synthétique des caractéristiques des déterminants du passage à l'échelle (gratuité des accouchements)

Caractéristiques des déterminants du passage à l'échelle (Gratuité des accouchements)

Déterminants du passage à l'échelle	Caractéristiques
<i>L'innovation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - preuves scientifiques sur les effets bénéfiques de la gratuité des accouchements - forte adhésion des acteurs locaux et du niveau institutionnel - une facilité de mise en œuvre - le projet pilote de MDM-F a montré que cette gratuité est faisable - les populations apprécient les effets bénéfiques - l'existence des matrones pose un problème d'incompatibilité entre les normes communautaire et normes du projet : la notion de gratuité du service est compromise
<i>L'organisation cible</i>	<ul style="list-style-type: none"> - les organes de décision et de mise en œuvre ont une expérience dans la stratégie de gratuité des soins, d'où des recommandations pertinentes pour une future mise à l'échelle - une décentralisation par rapport à la mise en œuvre est fortement recommandée par les acteurs nationaux, ONG et PTF
<i>L'organisation qui en fait la promotion</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'ONG MDM-F ainsi que d'autres ONG comme Help qui font la promotion de la gratuité des accouchements ont une bonne connaissance de l'organisation cible et de l'environnement - l'UNFPA participe de cette promotion de la gratuité des accouchements.
<i>L'environnement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La conférence nationale sur la gratuité des soins a confirmé le décalage entre le MSP et le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) par rapport aux problèmes liés à la stratégie. Selon le premier, le second ne met pas suffisamment de moyens pour résoudre les problèmes financiers auxquels il est confronté. - existence d'une convergence au niveau international vers l'atteinte des OMD, mais les acteurs nationaux souhaitent une plus grande implication des PTF pour les accompagner - les OI demandent que les décideurs nationaux soient plus offensifs
<i>La stratégie du passage à l'échelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - la gratuité des accouchements pourra bénéficier d'une légitimité institutionnelle, puisqu'un arrêté est déjà en projet - existence d'expériences pilotes au niveau district (MDM-F et Help) mais aussi au niveau régional (FNUAP) - la mise à l'échelle doit s'inspirer à la fois des expériences des ONG et celles de l'UNFPA - le passage à l'échelle nécessite au préalable d'assainir la situation des gratuités de 2006, mais les expériences pilotes ne doivent trop se prolonger dans le temps.

Annexe 5 : Tableau synthétique du processus de pérennisation (« financement solidaire des évacuations sanitaires »)

Synthèse du processus de pérennisation (financement solidaire des évacuations)

	Evènements favorables	Evènements défavorables
Evènements spécifiques de l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> -Inscription du projet pilote dans le PAA du district. - Dotation de trois ambulances de pool par MDM-F -Elaboration d'outils de gestion - Voyage d'étude/ système existe dans d'autres DS - Mécanisme de suivi et de contrôle - Adhésion de l'ECD et des Coges - Bonne stratégie d'intégration. 	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt total et brusque de l'appui financier de MDM-F - Instruction brusque de l'arrêt de la participation des cibles gratuite sans aucune alternative pour combler le gap - Retards de remboursements de la gratuité des soins qui exposent les fonds d'évacuation pour d'autres fins
Evènements conjoints de la routinisation et de l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> -Réunions informelles et formelles fréquentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de suivi des activités des CS notamment dans la gestion des fonds d'évacuation
Evènements spécifiques de la routinisation	<ul style="list-style-type: none"> - Processus continu d'adaptation du système au contexte du district - Lors de la conférence nationale plaidoyer pour le soutien du niveau central à cette initiative communautaire. - Plaidoyer pour une alternative dans l'approvisionnement des fonds d'évacuation, notamment par l'intermédiaire de contributions d'acteurs locaux. - Retrait progressif de MDM-F - Appropriation par les acteurs locaux - Soutien des CSI dits « au rouge » -Suivi/contrôle régulier du système même après arrêt des incitatifs -- Dispositif flexible 	<ul style="list-style-type: none"> -Contributions locales timides -Situation financière critique de certains CSI -Abonnement de la flotte jugé trop élevé -Utilisation des fonds d'évacuation à d'autres fins -Entretiens trop coûteux des véhicule de pool -MDM-F impliquée encore dans le système (entretien véhicule, contrôle)

Annexe 6 : Tableau synthétique des déterminants du passage à l'échelle (« financement solidaire des évacuations sanitaires »)

Caractéristiques des déterminants du passage à l'échelle (Financement solidaire des évacuations)

Déterminants du passage à l'échelle	Caractéristiques
L'innovation	<ul style="list-style-type: none"> - le système est apprécié par les populations et leurs responsables locaux, il résout le problème des évacuations sanitaires qui étaient une lourde charge financière - le système est reconnu comme une solution meilleure que celles mises en œuvre par le passé - le niveau institutionnel a conscience du problème mais aucune proposition de solutions alternatives face à l'insuffisance des crédits délégués de l'Etat qui devraient prendre en charge les évacuations sanitaires - une facilité de mise en œuvre du fait de son intégration dans l'organisation habituelle du système de santé
L'organisation cible	<ul style="list-style-type: none"> - les acteurs de tous les niveaux adhèrent au système mais il reste pour l'instant une initiative communautaire et n'a aucune légitimité institutionnelle - le niveau central n'a pas manifesté une volonté de mise à l'échelle du système - les responsables administratifs (gouverneur et préfets) ainsi que les acteurs de la DRSP envisage d'élargir le système au niveau régional
L'organisation qui en fait la promotion	<ul style="list-style-type: none"> - L'ONG MDM-F a une bonne expérience de mise en œuvre du système et essaie de l'implanter dans un autre district (Illéla)
L'environnement	<ul style="list-style-type: none"> - le problème des évacuations sanitaires n'est pour l'instant pas inscrit dans l'agenda des PTF et des décideurs nationaux, mais le système faisait partis des débats lors de la conférence nationale - les décideurs nationaux ont quelques réserves quant à la gestion des centimes au niveau des districts
La stratégie du passage à l'échelle	<ul style="list-style-type: none"> - la gratuité des accouchements pourra bénéficier d'une légitimité institutionnelle à travers la prise en charge par l'Etat de la participation des cibles de la gratuité - existence d'une mise en œuvre réussie par MDM-F - la mise à l'échelle doit s'inspirer de l'expérience de MDM-F (ONG)

Annexe 7 : Calendrier des entretiens

23 avril	Entretien informel Coordinateur MDM-F Niger (Niamey)
03 mai	Entretien informel Coordinateur MDM-F Niger (Niamey)
08 mai	Entretien formel chef du bureau ECHO (Niamey)
08 mai	Entretien formel UNFPA (Niamey)
10 mai	Entretien formel Chef de canton du département de Keita
10 mai	Entretien formel responsable MDM-F Keita
10 mai	Entretien formel MCD DS Keita
10 mai	Entretien formel point focal « participation communautaire » ECD Keita
10 mai	Entretien formel gestionnaire ECD Keita
10 mai	Entretien formel S-F MDM-F Keita
11 mai	Entretien formel chef CSI Dodoubeye (Keita)
11 mai	Entretien formel président Coges CSI Dodoubey (Keita)
11 mai	Entretien formel percepteur CSI Dodoubey (Keita)
12 mai	Entretien formel chef CSI Hiro (Keita)
12 mai	Entretien formel percepteur Hiro (Keita)
12 mai	Focus groupe président Coges, Cosan, percepteur et chef CSI Hiro (Keita)
12 mai	Focus groupe IC et ASC Case de santé Sabon Sara (Keita)
12 mai	Focus groupe président Coges, trésorier Coges, membre Coges et chef de village Sabon Sara (Keita)
12 mai	Entretien formel chef CSI Ibohamane (Keita)
12 mai	Entretien formel percepteur CSI Ibohamane (Keita)
12 mai	Entretien formel trésorière Coges CSI Ibohamane (Keita)
12 mai	Entretien formel Maire Ibohamane (Keita)
12 mai	Entretien formel (Keita) un représentant société civile (Keita)
13 mai	Entretien formel trésorier Coges départemental (Keita)
13 mai	Entretien formel président ANDDH (Keita)

13 mai	Entretien formel sage-femme HD (Keita)
13 mai	Entretien formel Préfet du département de Keita
13 mai	Focus groupe président, secrétaire général et trésorière Coges CSI urbain (Keita)
13 mai	Entretien formel percepteur CSI urbain (Keita)
13 mai	Entretien formel chef CSI urbain (Keita)
14 mai	Entretien formel point focal « gratuité des soins » DRSP (Tahoua)
14 mai	Entretien formel responsable MDM-F Keita
14 mai	Focus groupe directeur par intérim de la DRSP de Tahoua et le point focal « santé de la reproduction » DRSP (Tahoua)
31 mai	Entretien formel responsable santé maternelle et infantile UNICEF (Niamey)
31 mai	Entretien formel Directeur Direction des Etudes et de la Programmation (Niamey)
1 ^{er} juin	Entretien formel Chef de division à la DPHL (Niamey)
1 ^{er} juin	Entretien formel ancien responsable de la cellule de gratuité des soins (Niamey)
4 juin	Entretien formel Directeur Général ONPPC (Niamey)