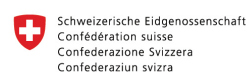


Les transferts monétaires pour le transport vers les centres de santé et de traitement de la malnutrition

L'expérience de HELP
(Hilfe zur Selbsthilfe)
au Burkina Faso.



© PAM - Marwa Awad, Photo d'illustration, novembre 2019



Préface

Cette étude de cas a été produite dans le cadre d'un projet de documentation des expériences de transferts monétaires dans le secteur de la santé, financé par l'Agence Suisse pour le Développement et la Coopération (SDC) et soutenu par le Cash Learning Partnership (CALP), CashCap/NORCAP et la Cash Task Team (CTT) du Cluster Global Santé. Plusieurs études de cas seront produites et illustreront différentes utilisations des transferts monétaires en santé dans différents contextes.

L'idée de ce projet est partie du constat d'un manque de documentation sur l'utilisation des transferts monétaires (TM) dans les réponses d'urgence en santé. Mais le manque de documentation ne signifie pas un manque d'expérience et un nombre croissant d'acteurs santé utilisent des transferts monétaires d'urgence même s'ils ne sont pas toujours étiquetés en tant que tels.

Avec l'épidémie d'Ebola et la pandémie de Covid19, l'intérêt de la communauté humanitaire sur l'utilisation des TM en santé s'est considérablement accru et des projets de recherche se sont multipliés ces cinq dernières années pour tenter de combler le manque de documentation sur les bénéfices des TM en santé.

L'objectif de cette étude de cas est de présenter l'expérience de l'ONG HELP au Burkina Faso d'un point de vue opérationnel, en présentant la logique du projet, les succès, les défis mais aussi parler de ses lacunes et des leçons qui ont été tirées par l'équipe du projet.

À travers la série d'études de cas qui seront produites par le CaLP, la Cash Task Team du Cluster Santé et le SDC, l'ambition est d'encourager les acteurs de santé au partage d'expérience, faciliter l'apprentissage par les pairs et d'engager un dialogue sur « comment » et non plus « si » ou « pourquoi » les transferts monétaires peuvent être utilisés dans des projets de santé humanitaire.

Remerciements

L'auteure de ces études de cas voudrait remercier l'organisation HELP et en particulier Mme Kristina Rauland-Yambré (directrice pays), Dr. Frida Bonou-zin (coordinatrice santé nutrition), Dr. Noufou Zidwemba (point focal nutrition), M. Arsène Ouédraogo (chef de projet), M. Lassina Millogo (superviseur des soins nutrition clinique), M. Mahamadi Kientega (chargé de soins nutrition clinique) et M. Youmanli Lompi (superviseur des soins au niveau communautaire) pour leur envie de partager leur expérience, pour leur transparence sur les défis rencontrés et pour leur collaboration dans l'écriture de ce document. Remerciements également au Dr Jerry Masuidi (NORCAP- OMS Burkina Faso) qui a facilité l'identification de études de cas au Burkina Faso et a réussi à susciter l'intérêt pour les transferts monétaires auprès des acteurs de santé dans le pays.

Enfin, l'auteure voudrait également remercier la Cash Task Team du Cluster Santé, le CaLP, CashCap et le SDC pour leur soutien, leur patience et pour leurs conseils avisés pour mener à bien l'écriture de cette étude de cas. C'est grâce à leur engagement pour faire avancer les connaissances sur les TM en santé que cette étude de cas a pu voir le jour.

Table des matières

Préface	2
Remerciements	2
Liste des abréviations	2
Résumé	2
1. Introduction et contexte	7
1.1 Situation humanitaire	7
1.2 Situation sanitaire et nutritionnelle au Burkina Faso	9
2. Description du projet et du volet « argent pour transport »	11
2.1 Objectifs et activités	12
2.2 Des transferts monétaires pour la traversée des mares	12
2.3 Déterminer la faisabilité du transfert monétaire.	13
2.4 Sélection des bénéficiaires des TM	13
2.5 Conditionnalité, modalité du transfert et mécanisme de distribution	14
2.6 Montant et fréquence du transfert monétaire	14
2.7 Suivi et évaluation	15
2.8 Contrôle et évaluation	16
3. Défis rencontrés	18
4. Leçons apprises et recommandations	19
Tableaux et graphiques	
Carte 1 : Aperçu des besoins humanitaires au Burkina Faso en janvier 2019 (UNOCHA)	8
Carte 2 : District sanitaire de Sebba	11
Encadré 1 : Fiche technique du projet	12
Graphique 1 : Organisation des niveaux de soins de santé au Burkina Faso	9
Graphique 2 : Facteurs favorables à l'utilisation des transferts monétaires pour la traversée des mares	14
Graphique 3 : Nombre d'admission de cas de MAS au CRENI en 2018 et 2019	16
Graphique 4 : Taux de décès des cas de MAS au CRENI de Sebba entre 2018 et 2019	17

Liste des abréviations

ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AS	Agent de Santé
ASBC	Agent de Santé à Base Communautaire
CALP	Cash Learning Partnership CAMEG : Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CRENI	Centre de récupération et d'Éducation Nutritionnelle en Interne
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CTT-GHC	Cash Task Team - Global Health Cluster
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	District Sanitaire
ECHO	Service d'aide Humanitaire de la Commission Européenne
FEFA	Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes
HELP	Hilfe zur Selbsthilfe
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'enfant
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
SDC	Swiss agency for Development and Cooperation (Agence Suisse pour le Développement et la Coopération)
SQUEA	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
TM	Transferts monétaires

Résumé

Le Burkina Faso est plongé depuis 2015 dans une crise humanitaire et sécuritaire d'une ampleur sans précédent. Déjà affecté par une insécurité alimentaire et nutritionnelle chronique, le pays est désormais le théâtre d'incidents sécuritaires qui ont entraîné le déplacement interne d'environ 900 000 personnes et ont affecté 1,3 millions de familles dans les communautés hôtes.¹ Les infrastructures et les services publics ont profondément été impactés et fonctionnent désormais à minima ou sont fermés. La région du Sahel est l'une des zones les plus touchées et enregistre un taux de malnutrition aiguë globale (MAG) de 12,8 %² ce qui est bien au-dessus du seuil d'alerte de 10 % fixé par l'OMS.

L'ONG HELP intervient dans la région du Sahel depuis 2008 et a mené avec succès des interventions de renforcement du système de santé et de lutte contre la malnutrition. En 2018, HELP a obtenu un financement d'ECHO pour un projet de lutte contre la malnutrition aiguë dans le district sanitaire de Sebba. C'est dans le cadre de ce projet que HELP a introduit des transferts monétaires pour payer les coûts de transport pour les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère vers le Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive (CRENI) de Sebba.



Avec l'expérience acquise avec ce projet, je vois que le cash est vraiment sous-utilisé en santé

Arsène L. Ouédraogo, chef de projet

L'idée d'inclure de l'« argent pour transport » s'est basée sur le constat que, malgré la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, le coût de la traversée des mares pendant la saison des pluies constituait une barrière économique considérable pour les ménages pauvres et les décourageait à venir tôt au CRENI.

Le choix de la modalité de transfert s'est porté sur un transfert d'espèces, conditionnel et non-restrictif d'un montant de 5 000 FCFA (prix d'un aller-retour en pirogue). Les bénéficiaires ne pouvaient recevoir l'argent qu'à la fin de leur séjour au CRENI pour encourager les parents à rester jusqu'à la fin du traitement de leur enfant. Cette intervention monétaire s'inscrit dans un panel plus large d'activités de renforcement du système de santé, de mobilisation communautaire et de surveillance nutritionnelle pour lutter contre la malnutrition infantile.

S'il est difficile d'évaluer les effets uniquement attribuables à « l'argent pour transport » dans un projet de santé et nutrition, des résultats positifs ont été observés avec une prise en charge plus rapide des cas de MAS, une augmentation de la fréquentation du CRENI (+ 50 %), et une baisse du taux de décès des cas MAS pendant la période de distribution de l'argent comparé à 2018 (- 23.7 %).

Mais les défis ont été nombreux, en particulier dans la mise en place et le suivi de cette activité pilote. Les enseignements ont également été riches pour l'équipe du projet, notamment sur l'importance d'une bonne coordination entre le volet communautaire et le volet médical pour optimiser l'impact du transfert monétaire.

1 UNOCHA. (2020). *Aperçu des besoins humanitaires Burkina Faso*.

2 Clusteur Nutrition, Bulletin d'information nutritionnelle n1, mars 2020

01. Introduction et contexte

Le Burkina Faso est un pays enclavé, dont l'économie repose principalement sur l'agriculture et l'élevage. Malgré une croissance économique moyenne de 6 % entre 2000 et 2016,³ l'indice de développement humain (IDH) du Burkina Faso figure parmi les plus bas au monde et place le pays au 182ème rang sur 189 pays.⁴ Le niveau de pauvreté reste également élevé avec 43.7 % de la population qui gagne moins de 1.90 dollars américains par jour.⁵

Cette situation de pauvreté chronique se caractérise notamment par un accès aux services sociaux de base difficile pour les ménages pauvres, un taux d'alphabétisation de seulement 41 % en 2018 (33 % pour les femmes),^{6,7} et des niveaux de malnutrition aiguë élevés.

L'organisation HELP (Hilfe zur Selbsthilfe) est une ONG allemande d'urgence et de développement qui intervient au Burkina Faso depuis 2008. Adoptant une approche intégrée de la lutte contre la pauvreté, HELP décrit sa vision comme « un monde où tous les hommes, femmes et enfants peuvent vivre de manière autonome dans la dignité, la paix et la sécurité ».⁸ Ses domaines d'intervention couvrent la santé développement, la nutrition, la sécurité alimentaire, les moyens d'existence, l'hygiène et l'assainissement.⁹

En 2018, HELP a obtenu un financement d'ECHO de 22 mois pour un projet de lutte contre la malnutrition aiguë dans le district sanitaire de Sebba (région du Sahel). C'est dans le cadre de ce projet que l'ONG a introduit un transfert monétaire pour couvrir une partie des coûts du transport (« argent pour transport ») vers les Centres de récupération nutritionnelle intensive (CRENI). Le projet s'est achevé en avril 2020, avant que la pandémie de Covid19 ne soit déclarée et que les premiers cas soient détectés au Burkina Faso.

1.1 Situation humanitaire

Longtemps préservé de l'instabilité qui touchait ses pays voisins, le Burkina Faso est plongé depuis 2015 dans une crise humanitaire et sécuritaire d'une ampleur sans précédent. Déjà affecté par une insécurité alimentaire et nutritionnelle chronique, le pays est désormais le théâtre d'incidents sécuritaires violents et complexes qui ont d'abord touché les régions de la bande sahélienne, puis se sont étendus sur tout le territoire par vagues successives. En décembre 2018, l'état d'urgence a été décrété dans plusieurs provinces.

Depuis 2016, la multiplication des attaques a entraîné le déplacement interne d'environ 900 000 personnes et affecté 1,3 millions de familles dans les communautés hôtes.¹⁰

Entre 2018 et 2019, les services publics essentiels fonctionnaient à minima ou ont été fermés dans les régions du Sahel, du Nord, du Centre Nord, de l'Est (carte 1).

En santé, la disponibilité et la qualité des soins se sont considérablement dégradées sous la pression des flux de déplacés et une partie du personnel qualifié a déserté les centres de soins face à la montée de l'insécurité. Les femmes enceintes, les enfants, les personnes en situation de handicap, personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées ont été plus sévèrement affectés par la situation.¹¹

Enfin, la situation sécuritaire a également affecté l'ap-

³ Banque Mondiale, GDP growth (annual %) in Burkina Faso. Vu le 01/08/2020. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=BF>

⁴ UNDP, Inequalities in human development in the 21st century-Burkina Faso, 2019

⁵ Banque Mondiale, Poverty headcount ratio at 1.90\$ a day (2011PPP) (% of population). <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY?locations=BF>

⁶ Banque Mondiale, Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)- Burkina Faso. <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?locations=BF>

⁷ Banque Mondiale, Literacy rate, adult female, (% of females aged 15 and above)- Burkina Faso. <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.FE.ZS?locations=BF>

⁸ <https://www.helpbf.org/spip.php?article3>

⁹ <https://www.helpbf.org/spip.php?article24>

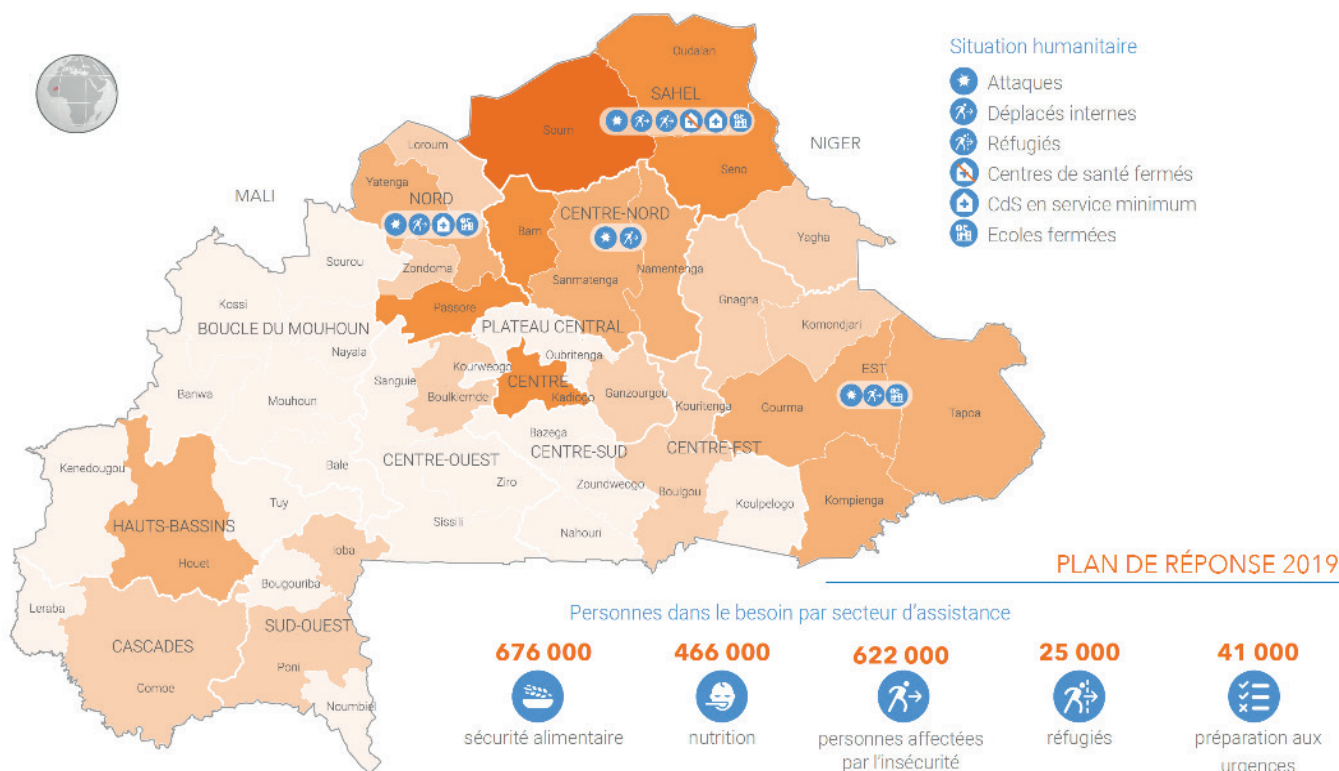
¹⁰ UNOCHA. (2020). *Aperçu des besoins humanitaires Burkina Faso*.

¹¹ Ibidem.

provisionnement en médicaments et autres intrants, et a également réduit la capacité des acteurs humanitaires à accéder aux zones touchées et à fournir une assistance humanitaire adéquate aux personnes affectées.

En décembre 2019, le système des clusters a été officiellement activé au Burkina Faso afin de coordonner la réponse humanitaire, de mobiliser les ressources et de faire du plaidoyer sur les besoins humanitaires les plus pressants.¹²

Carte 1 : Aperçu des besoins humanitaires au Burkina Faso en janvier 2019 (UNOCHA)



1.2 Situation sanitaire et nutritionnelle au Burkina

Avant l'éclatement de cette crise, le Burkina Faso avait connu des progrès encourageants dans l'atteinte des objectifs de développement durable.

Entre 2000 et 2016, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a été divisée par deux,¹³ mais restait tout de même à un niveau les plus élevés du monde (76.4 pour 1000 naissances).¹⁴ En 2010, la province du Sahel affichait le taux de mortalité infantile le plus élevé (235 ‰), contre 80 ‰ dans la région du Centre-Est.¹⁵ Les causes de décès varient selon l'âge de l'enfant mais dans 54 % des cas, ces décès sont survenus sur des terrains de malnutrition aiguë.¹⁶

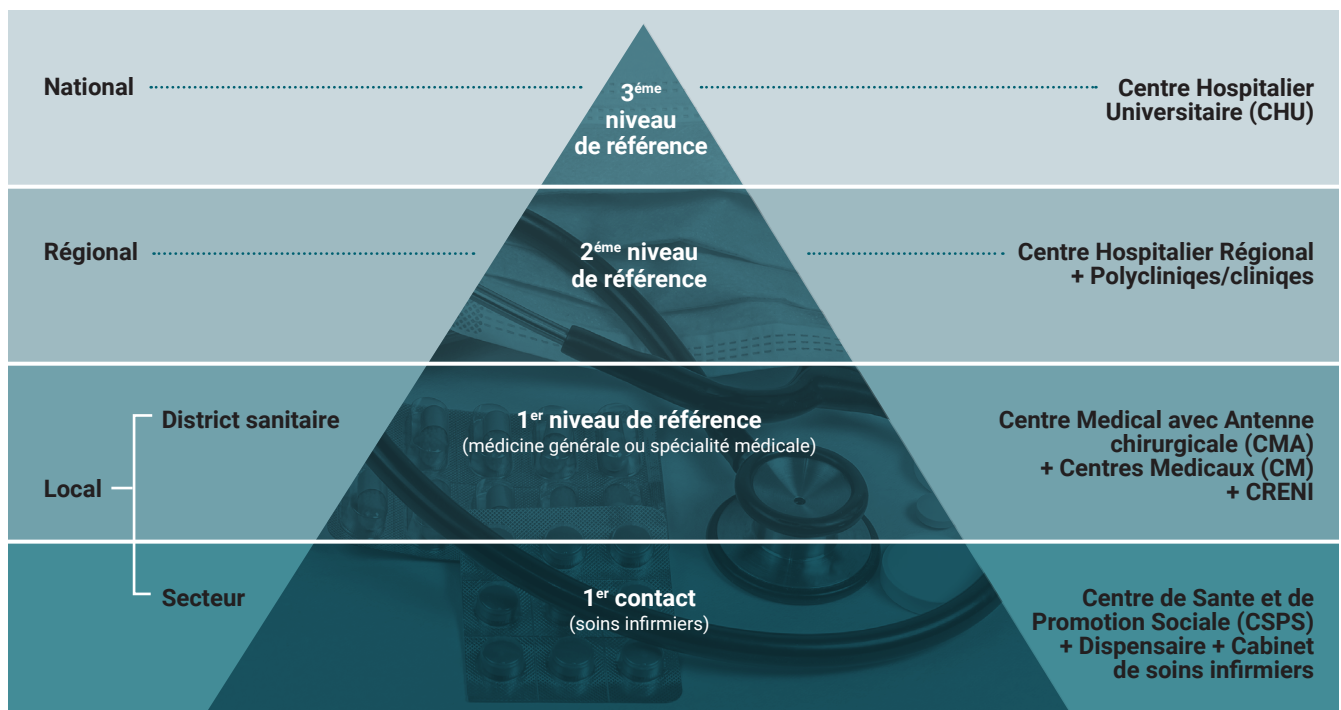
● Prévalence de la malnutrition au Burkina Faso

L'enquête nutritionnelle nationale de 2018 révélait que 9 des 45 provinces du pays avaient un taux de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) supérieur au seuil d'alerte de 10 % fixé par l'OMS¹⁷. La région du Sahel enregistrait la prévalence la plus élevée de malnutrition infantile dans le pays, avec 3,1 % de MAS et 12,8 % de MAG.¹⁸

● La politique de gratuité des soins pour améliorer l'accès économique aux soins

En 2016, le gouvernement a mis en place une politique de gratuité des soins essentiels qui sont offerts « aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes dans toutes les formations sanitaires publiques et dans certaines formations sanitaires privées ayant accepté les procédures de mise en oeuvre ». ¹⁹ Les patients n'avancent pas de frais, les formations sanitaires facturent l'État qui rembourse ensuite les coûts des prestations délivrées.

Graphique 1 : Organisation des niveaux de soins de santé au Burkina Faso



Adapté de Kpoda et al., 2019

¹³ UNICEF, Burkina Faso: Demographics, Health and Infant Mortality. <https://data.unicef.org/country/bfa/>

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ INSD (2010), Enquête démographique et de santé et a indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV).

¹⁶ Ministère de la Santé du Burkina Faso (2011), Plan National de Développement Sanitaire : 2011-2020.

¹⁷ Clusteur Nutrition, Bulletin d'information nutritionnelle n1, mars 2020

¹⁸ Clusteur Nutrition, Bulletin d'information nutritionnelle n1, mars 2020

¹⁹ SIG, Mensuel du Service d'Information du Gouvernement, n1, janvier 2019. Vu le 25/07/2020

<https://www.sig.bf/wp-content/uploads/2019/01/Mag-Numerique-Action-Developpement-Ok.pdf>

Les services de soins concernés par la politique de gratuité sont : ²⁰

1. Les frais de consultation et d'intervention chirurgicales
2. Les frais de médicaments et consommables médicaux y compris les produits sanguins
3. Les frais des examens complémentaires (ex. sérologie, radiographie)
4. Les frais de séjours (hospitalisation, mise en observation)
5. Les frais de transport pour les évacuations sanitaires entre les formations sanitaires

Mais de l'aveu même du gouvernement, cette politique de gratuité des soins rencontre des difficultés de mise en oeuvre et de suivi de son application. Par exemple, les coûts des prestations offertes ne sont pas harmonisés, le remboursement par l'État pouvait avoir 6 mois de retard et le budget total est devenu insuffisant pour honorer 100 % des factures émises.²¹ En conséquence, des frais « informels » sont régulièrement rapportés par les ONG et les patients, et concernent principalement les services de santé primaire et l'achat de médicaments.²²

● Barrières à la couverture et à l'utilisation des services de traitement de la MAS dans le district sanitaire de Sebba.

La couverture des soins dans le district sanitaire de Sebba reste faible (46 % en 2013, 55 % en 2017)²³ malgré certains progrès ces 10 dernières années. Plusieurs facteurs d'explications liés à l'offre sanitaire et à la demande de services peuvent être avancés : ^{24, 25}

a. Insuffisances au niveau de l'offre de services de santé et nutrition :

- Une qualité des soins sous-optimale notamment due à un fort taux de rotation du personnel ainsi que des besoins de formation des agents de santé sur les différents protocoles de prise en charge de la malnutrition.
- Une insuffisance de collecte et d'analyse des données sanitaires/nutritionnelles (enregistrement, analyse, partage) qui réduit la capacité à proposer des réponses adéquates.
- Rupture en médicaments et autres intrants, avec des problèmes récurrents d'approvisionnement et de contrôle de la qualité.
- Faible taux de référencement (20 %) des cas de MAS entre les différents niveaux de soins.

b. Un faible taux d'utilisation²⁶ des services de traitement de MAS et des arrivées tardives au CRENI : ²⁷

- Méconnaissance des signes de MAS et des traitements appropriés au niveau du ménage et de la communauté
- Mauvais état du réseau routier à l'intérieur de la province surtout en saison des pluies
- Distance géographique entre le village et le CRENI (parfois plus de 50km) et difficulté d'accès pendant la saison des pluies avec l'augmentation du niveau des mares et fleuves
- Malgré la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, le poids des coûts « annexes » tels que les coûts du transport ou les coûts du séjour pour les accompagnants découragent les parents à venir ou à venir tôt au CRENI
- Manque de temps des mères, avec les travaux champêtres qui coïncident avec la période de pics de MAS.



²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

²² Ministère de la Santé, Compte rendu de la quatrième rencontre bilan national de mise en oeuvre des mesures de gratuité des soins, 2018

²³ Enquêtes SQUEAC 2013 et 2017 pour le district sanitaire de Sebba

²⁴ Woodhead,S. (2013) Rapport d'évaluation SQUEAC; district sanitaire de Sebba.

²⁵ Slim, H. et al. (2004) Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso, Santé, Société et Solidarité, n°2, pp. 199-210;

²⁶ « Les taux d'utilisation montrent de façon globale l'intérêt que porte la population au centre de santé, compte tenu de tous les facteurs qui l'incitent ou la retiennent d'en fréquenter les services : attrait pour des prestations de qualité, où on sait pouvoir trouver une réponse aux problèmes de santé, freins en raison de la distance, du coût, ou de l'inadéquation des soins ou de l'accueil par rapport aux attentes. », Galland, B. et al. (1997), Evaluer la viabilité des centres de santé- Guide méthodologique, p.18

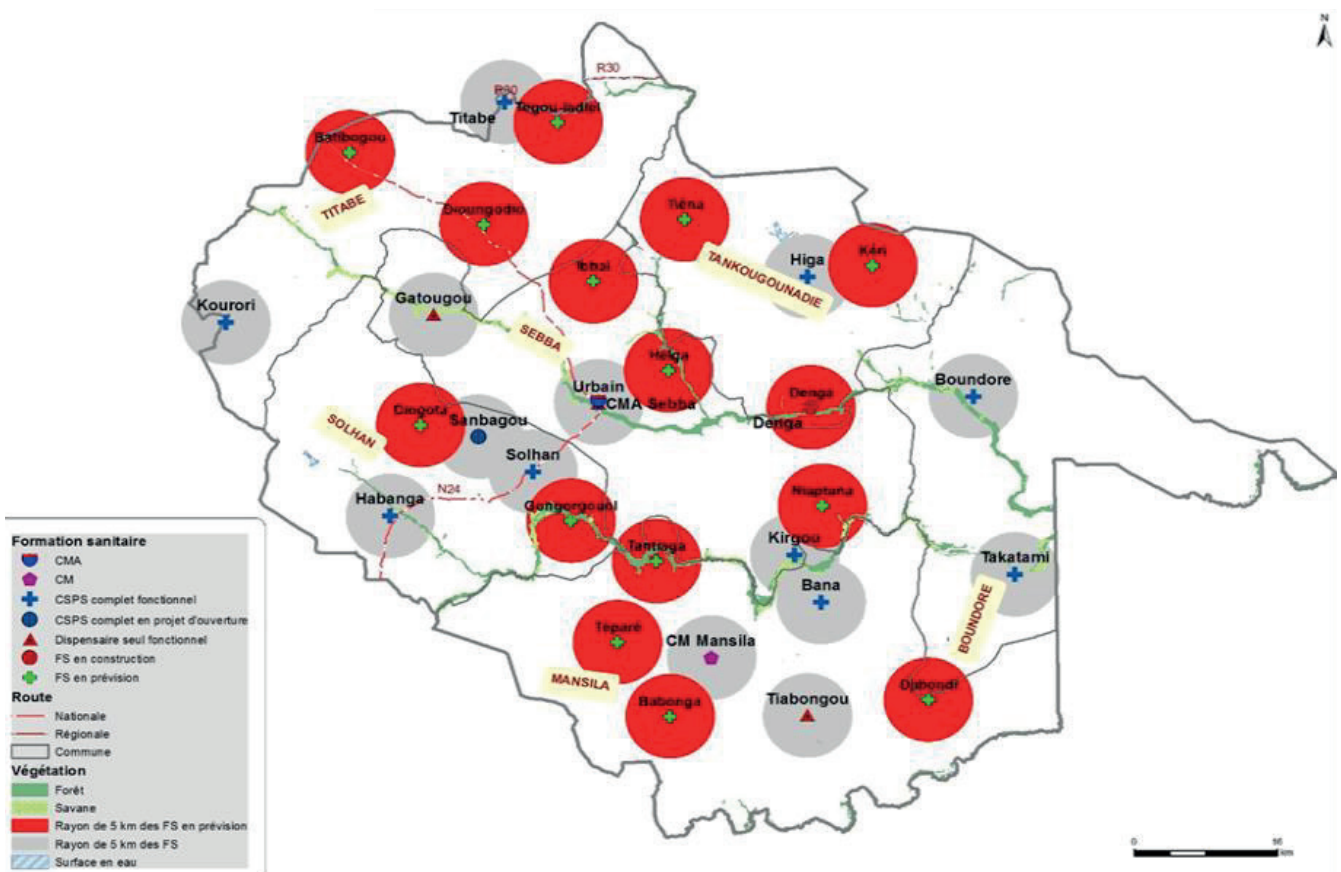
²⁷ Woodhead,S. (2013) Rapport d'évaluation SQUEAC; district sanitaire de Sebba.

02. Description du projet et du volet « argent pour transport »

L'ONG HELP intervient dans la région du Sahel depuis 2008 et a mené avec succès des interventions de renforcement du système de santé et de lutte contre la malnutrition.

En 2018, HELP a obtenu un financement d'ECHO pour un projet de lutte contre la malnutrition aiguë dans le district sanitaire de Sebba. C'est dans le cadre de ce projet que HELP a introduit des transferts monétaires pour couvrir une partie des coûts de traversée des mares vers le Centre de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle en Interne (CRENI) de Sebba.

Carte 2 : District sanitaire de Sebba



Encadré 1 : Fiche technique du projet

Nom du projet : Projet de lutte contre la malnutrition aiguë dans le District sanitaire de Sebba au Burkina Faso

Durée : Mars 2018 - Avril 2020

Zone d'intervention : Région du Sahel, Province du Yagha, district sanitaire de Sebba

Objectif général du projet : Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité infantiles dues à la malnutrition aiguë au Burkina Faso



Objectif du volet « argent pour transport »

Faciliter l'accès au CRENI pour les villages enclaves en couvrant une partie des coûts du transport (pirogue) pour la traversée des mares pendant la saison des pluies



Modalité du transfert monétaire :

transfert en espèces, conditionnel et non restrictif



Population ciblée par le volet TM :

enfants de 0-59 mois atteints de MAS avec complication et leur accompagnant



Nombre de bénéficiaires des TM :

23 accompagnants d'enfants atteints de MAS



Montant du transfert :

5 000 FCFA pour un aller/retour

Fréquence des transferts :

au terme du séjour (hospitalisation) au CRENI



Période de distribution prévue :

4 mois pendant la saison des pluies (juin-septembre)

2.1 Objectifs et activités

L'objectif général du projet était la lutte contre la malnutrition aiguë dans le district sanitaire de Sebba. L'objectif spécifique de l'assistance monétaire pour la traversée des mares était de faciliter l'accès au CRENI pour les villages enclaves en couvrant une partie des coûts du transport (pirogue) pour la traversée des mares pendant la saison des pluies.

2.2 Les TM dans une approche intégrée d'accès aux soins de santé et de nutrition

Pour atteindre ces objectifs, HELP a mis en place un panel d'activités pour soutenir à la fois le système de santé et améliorer la demande de soins :

- *Le renforcement des capacités du système de santé à travers des supervisions formatives, des donations de matériel médico technique et d'intrants, des donations d'ambulances-moto, un appui à la gestion des données ;*
- *Un appui en ressources humaines et un transfert des compétences avec le placement de 7 personnes au CRENI*
- *Le renforcement du dépistage et du référencement de la malnutrition aiguë au niveau communautaire grâce à la formation des ASBC et à leurs supervisions, à la mise en place d'un mécanisme de collecte des données au niveau communautaire pour la surveillance nutritionnelle ;*
- *Le renforcement de la sensibilisation sur les signes de malnutrition et les pratiques ANJE pour les mères d'enfants et/ou femmes enceintes au niveau des CSPS dans les villages*
- *La formation des mères et des grands-mères pour le dépistage et le suivi de la malnutrition au niveau communautaire*
- *La distribution d'« argent pour transport » de 5000 FCFA aux mères d'enfants MAS avec complications qui résident dans les villages enclavés par des mares*
- *La distribution de kits de couchage, kits d'hygiène et de 2 repas par jour aux mères pendant toute la durée*

2.3 L'« argent pour transport » pour venir au centre de traitement de la MAS

Dans le projet initial, la distribution de transferts monétaires pour le transport des patients au CRENI n'était pas prévue. Elle a été introduite en 2019, un an après le démarrage du projet, à la suite des évaluations des barrières d'accès au CRENI de Sebba.

En effet, la majorité des cas de malnutrition aiguë sévère référés vers le CRENI proviennent de villages situés à plus de 50 km du CRENI de Sebba. En saison des pluies (qui correspond au pic de MAS), le coût du transport augmente considérablement car la zone devient presque entièrement encerclée par des mares. Certaines mares peuvent faire plus de 1 km de long et les patients doivent souvent traverser plusieurs mares en pirogue pour atteindre le CRENI.

Le constat fait par HELP lors de discussions avec les communautés et les parents, et corroboré par l'étude d'accès et de couverture sanitaire SQUEAC²⁸ était que la distance géographique et les coûts du transport constituent des barrières importantes dans la décision des parents d'emmener leur enfant malnutri au CRENI. Dans le cas de malnutrition aiguë sévère avec complications, la rapidité de la prise en charge de l'enfant est un facteur clé pour augmenter ses chances de survie.

Quant à la montée de l'insécurité, l'analyse des risques et la surveillance des incidents sécuritaires dans la zone démontrent des résultats mitigés. En effet, au dernier trimestre de 2019, le taux d'admission au CRENI de Sebba a augmenté malgré une hausse du nombre d'incidents sécuritaires et la fermeture de plusieurs centres sanitaires (voir tableau 3).

2.4 Déterminer la faisabilité du transfert monétaire

Une évaluation de l'offre et de la demande de soins a été rapidement conduite par HELP lors de l'écriture du projet. Le graphique 2 ci-dessous présente les facteurs favorables à l'utilisation de transferts monétaires dans ce projet. Les étoiles bleues représentent les activités soutenues par HELP.

Graphique 2 : Facteurs favorables à l'utilisation des transferts monétaires pour la traversée des mers

Contexte, systèmes et politiques



Gratuité des soins pour les enfants <5 ans



Soutien du bailleur de fonds



Soutien des autorités locales



Système de veille et d'analyse des incidents sécuritaires

Disponibilité, quantité et qualité des soins



Disponibilité des services de traitement au CRENI



Disponibilité des médicaments et autres intrants



Qualité des soins



Système de suivi et de supervision des activités

Infrastructure de transport et de moyen de paiement



Familiarité des bénéficiaires avec la modalité de transfert (espèces)



Disponibilité d'argent en espèces



Existence d'un système de transport en pirogue pour la traversée des mers

Demande existante pour les services du CRENI



Forte demande pour les services du CRENI



Sensibilisation communautaire, formations au dépistage et référencement de la MAS



Dépistage et référencement au niveau des CSPS des cas de MAS



Distribution de kits de couchage et de repas pour les accompagnants pendant l'hospitalisation de l'enfant

2.5 Sélection des bénéficiaires des TM

Pour sélectionner les familles pouvant bénéficier de ce TM, HELP a établi les critères suivants :

- *Enfant de moins de 5 ans atteint de malnutrition aiguë sévère avec complications.*
- *Habitant dans un des villages séparés par au moins une mare pour venir au CRENI. HELP avait préalablement fait une cartographie de ces villages.*

Il n'y a pas eu de distinction faite entre les déplacés internes et les populations hôtes, tout enfant de moins de 5 ans avec MAS et vivant dans un village concerné était éligible.

Il n'y a pas eu de critère socio-économique dans la sélection des bénéficiaires.

2.6 Conditionnalité, modalité du transfert et mécanisme de distribution

Le choix de la modalité et du mécanisme de distribution du TM a tenu compte de :

- *L'objectif visé*
- *La capacité de financement et de gestion par les équipes HELP*
- *Les risques de dépenses contraires aux objectifs du projet*
- *La familiarité et facilité d'utilisation par les bénéficiaires*
- *La facilité et flexibilité de mise en oeuvre et de suivi*

L'équipe projet a donc opté pour un transfert d'argent en espèces, conditionnel²⁹ et non restrictif³⁰.

L'argent était conditionnel car seulement donné une fois que l'enfant terminait son traitement au CRENI. L'agent de santé employé par HELP au CRENI était chargé de faire le suivi nutritionnel de l'enfant, de vérifier que les critères d'éligibilité étaient réunis et enfin de donner l'argent (en espèces) au parent accompagnant.

Dans le cas présent, l'objectif de la conditionnalité était

d'encourager les parents à emmener leur enfant atteint de MAS le plus tôt possible au CRENI sans qu'ils ne soient freinés par le coût du transport. Les autres coûts induits par le séjour au CRENI étaient couverts par HELP avec la distribution de kits de couchage, des kits d'hygiène et des repas gratuits pour les mères accompagnantes. Dans les cas de malnutrition aiguë sévère, une prise en charge tôt est un facteur déterminant dans les chances de survie de l'enfant.

Par ailleurs, la littérature scientifique démontre que les transferts conditionnels, lorsqu'ils sont accompagnés d'investissements dans les systèmes de santé, ont des impacts positifs sur le taux d'utilisation des services de santé.³¹

Cependant, le désavantage non négligeable pour les bénéficiaires est qu'ils ont dû avancer les frais du voyage aller (env. 2 500 FCFA = 4 euros) pour venir au CRENI, ce qui a pu freiner les ménages les plus pauvres. L'équipe du projet avait pris la décision de ne pas donner une avance pour payer le voyage aller, car elle craignait que cette somme soit dépensée pour d'autres besoins et que l'enfant ne soit finalement pas emmené au CRENI.

²⁹ Le CALP définit la conditionnalité comme se référant « aux activités ou obligations pré-requises pour que les bénéficiaires ciblés par un programme puissent bénéficier de l'aide. Les conditions peuvent en théorie être utilisées pour tous types de transferts (espèces, coupons, nature, services), en fonction des objectifs et de la conception du programme. [...] La conditionnalité est différente de la restriction (qui s'applique à la façon dont l'aide reçue est utilisée) et aux critères de ciblage appliqués pour définir qui, dans un groupe, sera couvert par le programme. Le type de conditions peut inclure la scolarisation, construire un abri, participer au dépistage de la malnutrition, à une formation... Les interventions de type « travail contre actif/formation/travail » sont toutes des formes de transferts conditionnels. ». CALP (2018), Glossaire des transferts monétaires.

³⁰ Le CALP définit qu'un transfert est restrictif par rapport « aux limites appliquées à l'utilisation du transfert, après qu'il a été reçu par le bénéficiaire. Les restrictions peuvent aussi bien définir les biens et services auxquels le transfert donne accès, et/ou les lieux où le transfert peut être utilisé. Le degré de restriction peut varier, de l'obligation d'acheter des biens spécifiques, à dépenser le transfert pour une certaine catégorie de biens et services. Tous les coupons sont par nature restrictifs, puisqu'ils limitent ce que le bénéficiaire peut acheter et où utiliser le coupon. L'aide en nature est aussi restrictive. Les transferts d'espèces sont par nature non restrictifs quant à leur utilisation par les bénéficiaires. Les restrictions sont différentes des conditions qui sont des activités ou pré-requis exigés des bénéficiaires pour qu'ils puissent recevoir l'assistance. » CALP (2018) Glossaire des transferts monétaires.

³¹ Glassman, A. et al. (2013). Impact of Conditional Cash Transfers on Maternal and Newborn Health. J HEALTH POPUL NUTR, 3(4). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4021703/>

Le choix s'est également porté sur la distribution d'argent en espèces (plutôt que l'utilisation de coupons) pour les raisons suivantes :

- *L'argent en espèces est plus facile et rapide à mettre en place que les coupons, surtout qu'il s'agissait d'une activité pilote de petite échelle. Les coupons requièrent souvent plus de personnel pour la mise en place et le suivi, et des démarches administratives qui*

peuvent être plus lourdes au début (ex : identification et la contractualisation de prestataires de service).

- *Familiarité des bénéficiaires et du personnel HELP avec cette modalité de paiement*
- *Flexibilité d'utilisation par les bénéficiaires, même si le faible montant du transfert (5 000 FCFA = 7,6 euros) ne permettait pas des utilisations « abusives » par le bénéficiaire.*

2.7 Montant et fréquence du transfert monétaire

Le montant du transfert a été calculé sur le coût moyen d'une traversée en pirogue d'une mare (aller/retour). Ce montant a été estimé à 5 000 FCFA (7,6 euros).

Le montant restait néanmoins le même si la personne devait traverser plusieurs mares ou engager des frais supplémentaires (ex : taxi-moto jusqu'à la mare).

Il a été communiqué aux mères des enfants que le transfert monétaire était une contribution pour les soulager du poids financier de venir au CRENI, mais qu'il n'était pas destiné à couvrir 100 % de leurs frais de transport.

Pour ce projet, HELP a estimé que chaque bénéficiaire n'aurait besoin de venir au CRENI qu'une seule fois en 4 mois. Néanmoins, si un enfant faisait une rechute et devait revenir plusieurs fois au CRENI, il pourrait recevoir plusieurs fois le transfert monétaire.



2.8 Suivi et évaluation

Pour le volet transfert monétaire du projet, HELP a mis en place un système de suivi « léger » qui peut facilement être intégré au système de suivi déjà en place pour les activités de santé et nutrition et ne pas alourdir la charge de travail des agents de santé du CRENI.

Pour le suivi du processus de distribution du TM, des outils ont été mis en place tels qu'une feuille d'émergence avec les contacts, le lieu de résidence, une preuve d'identité du bénéficiaire et une fiche de paiement co-signée par l'AS et le bénéficiaire.

Pour le suivi de l'impact des activités du projet, un suivi d'indicateurs tels que le nombre d'admission, le nombre de guérisons, d'abandons et de décès au CRENI a été effectué.

● Impacts sur le nombre d'admission MAS au CRENI

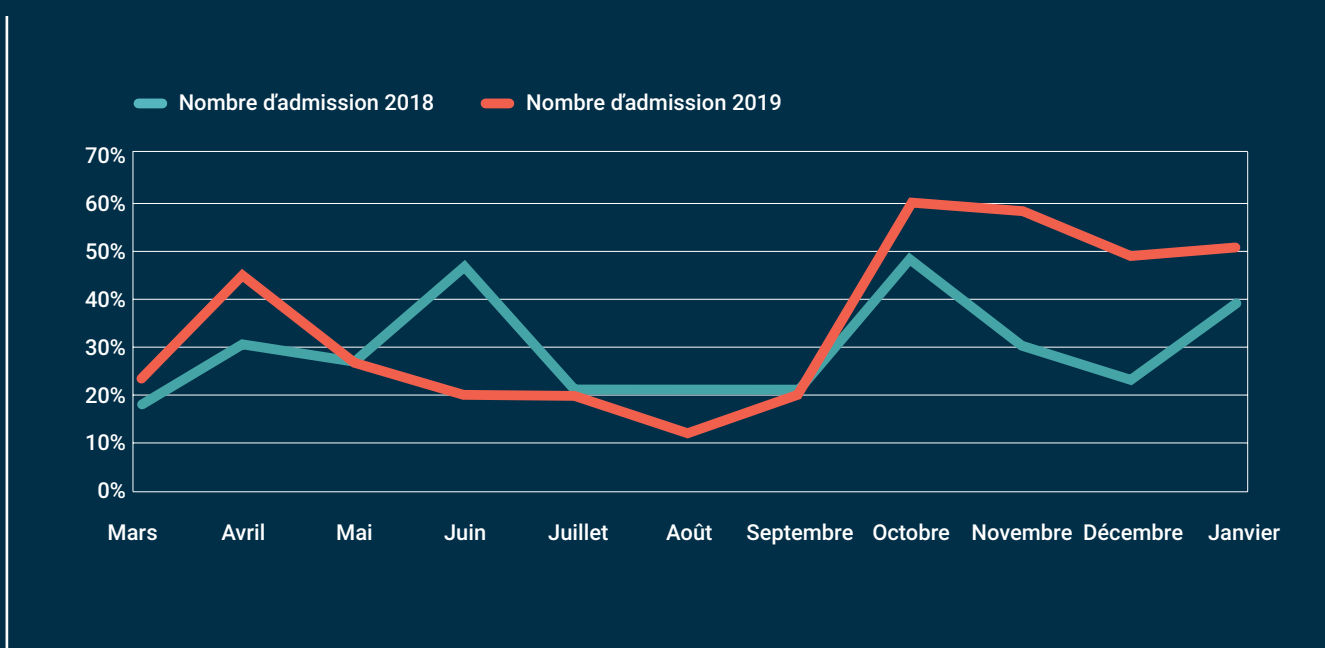
Les premiers transferts d'« argent pour transport » ont eu lieu en septembre 2019. Il apparaît sur ce graphique que le pic d'admission de cas de MAS démarre vers septembre, à la fin de la saison des pluies. Cependant, le nombre de cas admis en 2019 a été plus élevé avec une hausse moyenne

de 50 % entre septembre et décembre comparé à la même période en 2018.

● Impacts sur la rapidité de prise en charge

Les impacts des transferts monétaires ont également été suivis par des observations, témoignages et interactions avec les bénéficiaires lors des visites dans les

Graphique 3 : Nombre d'admission de cas de MAS au CRENI en 2018 et 2019



communautés et par le suivi du nombre d'admissions au CRENI. Les superviseurs santé du CRENI rapportent que le transfert monétaire aurait permis :

- Une réduction de la sévérité des cas emmenés au CRENI en provenance des villages bénéficiaires
- Une réduction du délai de latence entre le référencement d'un cas MAS et sa prise en charge

Si cette expérimentation d'« argent pour transport » est reconduite et étendue à d'autres zones d'interventions, des évaluations plus approfondies seraient nécessaires pour pouvoir mieux mesurer les effets attribuables aux transferts monétaires sur l'accès et sur le taux d'utilisation des services de santé.

● **Impacts sur le taux de mortalité**

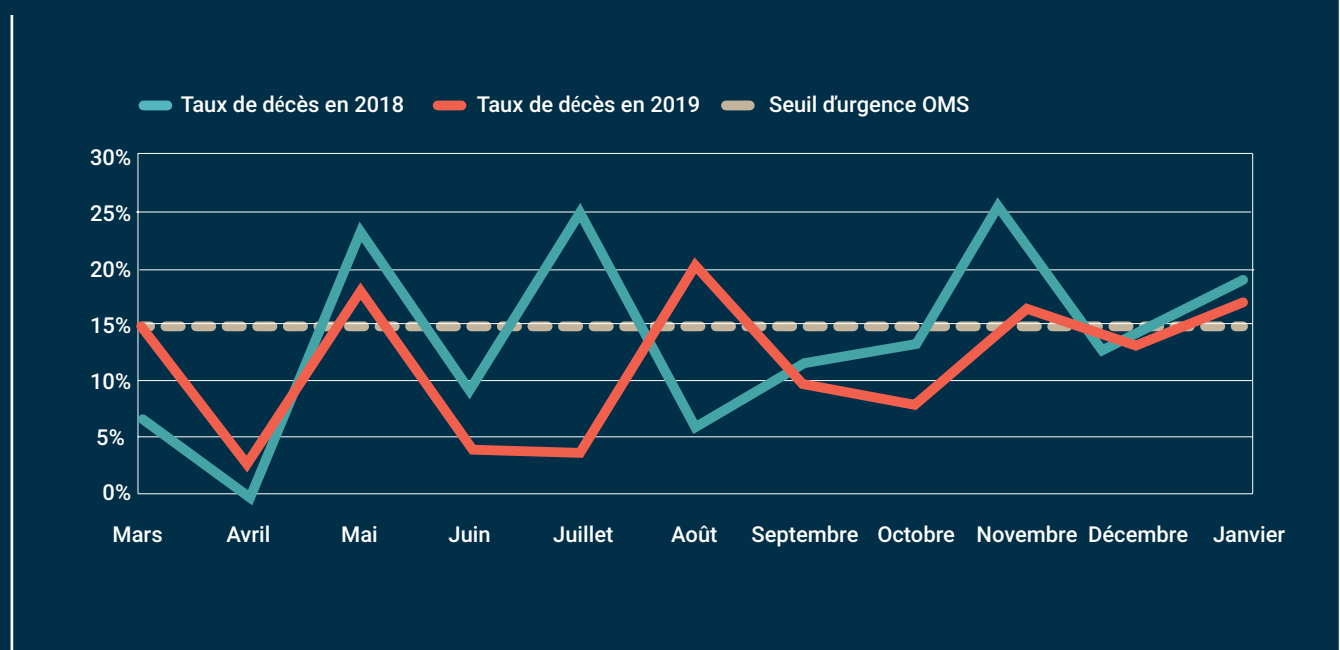
S'il est difficile d'évaluer les effets pouvant être attribués aux TM sur le taux de mortalité infantile, on observe cependant que le taux de mortalité entre septembre-décembre 2019 a été plus faible qu'en 2018 à cette même période, avec une baisse moyenne de 23.7 %.



Avant, beaucoup de cas de MAS étaient référés pendant la saison des pluies mais les parents devaient attendre que le niveau de l'eau baisse avant de pouvoir venir, le coût de la traversée était trop élevé. Les parents attendaient 5-6 jours jusqu'à ce que l'état de l'enfant empire. Maintenant (avec le transfert monétaire), ils n'attendent plus autant, peut-être quelques heures

Lassina Millogo, superviseur des soins nutrition clinique au CRENI de Sebba.

Graphique 4 : Taux de décès des cas de MAS au CRENI de Sebba entre 2018 et 2019



Témoignage de Maimouna, mère d'un nourrisson de 10 mois hospitalisé au CRENI de Sebba.



À la vue de l'état de mon enfant l'infirmier a décidé de nous envoyer à SEB-BA. J'étais inquiète pour la santé de mon enfant et des conditions de notre séjour à l'hôpital. Une fois à l'hôpital l'état de l'enfant s'est encore dégradé, j'ai même demandé à l'infirmier si mon enfant allait survivre. Le jour le plus triste pour moi c'est le jour où on a placé un raccord [une sonde, NDLR] à mon enfant parce qu'elle n'arrivait plus à s'alimenter ; deux jours plus tard elle a ouvert les yeux et a commencé à téter, son état a commencé à s'améliorer ».

« Pendant notre séjour nous avons été satisfaits de la manière dont on nous a traités. En plus des kits composés de seau, pot, couverture, plats, savon ; nous bénéficions de deux repas par jour. À la sortie on nous a donné de l'argent afin de nous aider à payer les piroguiers pour la traversée des mares. Le major nous a dit que c'est un appui de leur partenaire HELP pour nous soutenir pendant notre séjour à l'hôpital. Je remercie beaucoup les infirmiers et HELP pour leur aide à la population. Je suis prête à partager les conseils reçus avec les autres femmes afin qu'elles puissent avoir recours aux CSPS en cas de maladie. Cependant, je demande à HELP de continuer à nous appuyer surtout avec le carburant pour le retour parce que les ambulances ne peuvent plus venir dans les villages à cause de l'insécurité.”

« Je suis vraiment contente ; aujourd'hui ma fille a 14 mois, elle a commencé à marcher et est sortie du suivi [sortie le 27 janvier 2020, NDLR] ».

03. Défis rencontrés

Dans l'expérimentation des transferts monétaires en santé/nutrition, HELP a rencontré des défis à plusieurs niveaux :



Défis contextuels :

- Aggravation de l'insécurité, surtout à partir du dernier trimestre de 2019, avec une partie du personnel médical qui a déserté les centres de santé et des CSPS qui ont fermé.
- Mouvements de grève dans le service public pendant plusieurs mois (juin à novembre 2019) qui ont perturbé le fonctionnement des services sanitaires publics et la collecte de données aux niveaux local et national.



Défis programmatiques :

- Retard dans la mise en place des transferts monétaires, plus de temps a été nécessaire qu'anticipé pour la sensibilisation des agents de santé et pour mettre en place les procédures de distribution et de suivi. Les premiers transferts n'ont eu lieu qu'en septembre 2019 vers la fin de la saison des pluies.
- Communiquer et justifier les critères de sélection : les besoins d'aide financière pour le transport sont considérables dans la province et ne concernent pas seulement les villages coupés par des mares. Une crainte était de créer une demande trop forte à laquelle HELP n'aurait pas pu répondre. La solution appliquée a été d'informer la personne de son éligibilité au TM uniquement à la sortie du CRENI.
- Manque de coordination entre les agents de mobilisation communautaire et les agents de santé au CRENI. Les superviseurs communautaires n'étaient pas assez informés sur le volet transfert monétaire et n'ont pas pu communiquer efficacement dessus ou activement participer au suivi d'impact auprès des communautés.
- Manque de documents d'identité officiels pour vérifier l'identité des parents lors de la distribution de l'argent. Le compromis mis en place a été de demander le contact d'un référent pour l'enfant qui possède une carte d'identité.
- Manque de mécanismes de collecte de données exhaustives sur le dépistage et référencement au niveau communautaire.

Suivi et évaluation : le système de suivi des TM devait être assez simple et léger pour pouvoir être utilisé rapidement par les agents de santé du CRENI, mais il n'était pas assez élaboré pour mesurer les impacts du TM sur l'accès aux soins.



Défis de financement :

Trouver des financements pour continuer les TM, voire augmenter le nombre de bénéficiaires et étendre l'expérience à d'autres zones d'intervention.

04. Leçons apprises et recommandations

Planification et coordination

- Prévoir assez de temps avant les distributions d'argent pour former les équipes, informer les autorités locales, mobiliser les communautés (env. 1 mois). La coordination avec les équipes « cash » de HELP ou avec d'autres acteurs expérimentés en transferts monétaires peut aussi permettre d'accélérer le processus de mise en place.
- Impliquer si possible le département finance/administration dans la planification : il pourra donner des conseils précieux pour des outils de suivi des paiements
- Une bonne communication sur les objectifs et sur les critères de sélection pour ce transfert monétaire est primordiale, que ce soit en interne entre les membres d'équipe du projet, ou en externe avec les formations sanitaires, les autorités et les communautés.

Choix de la modalité du transfert monétaire

- Chaque modalité de transfert monétaire comprend des avantages et inconvénients, mais il est important de garder une certaine flexibilité dans le type de modalité utilisée pour pouvoir s'adapter à l'évolution des besoins, du contexte sécuritaire et des capacités de gestion en interne.
- Afin de diminuer le coût du voyage aller pour les familles, d'autres options peuvent aussi être envisagées :
 - a. des « coupons transport » qui seraient distribués au niveau du village ou dans les CSPS lors du référencement plutôt qu'à la fin de la visite au CRENI ; les transporteurs collecteraient ces coupons au retour et se feraient rembourser le coût par HELP.
 - b. une avance en espèces du coût du voyage aller lors du référencement des cas de MAS vers le CRENI. Le risque que cette avance soit dépensée pour d'autres besoins peut être réduit avec la sensibilisation des parents sur l'objectif de cette aide, mais aussi en s'assurant avec des interventions complémentaires (sécurité alimentaire, moyens d'existence etc.) que les besoins primaires des ménages sont couverts dans la mesure du possible.
- Calcul du montant du transfert pour d'autres types de transport (moto etc.) : une grille de calcul par distance ou par coût du carburant/type de transport (ou une combinaison des deux) sera nécessaire pour calculer un montant forfaitaire à donner.
- La durée du séjour au CRENI (de plusieurs jours à plusieurs semaines) et les coûts induits (nourriture, logement etc.) peuvent aussi décourager les mères à emmener leurs enfants au CRENI. Le fait que HELP a également distribué des kits de couchage, des kits d'hygiène et des repas gratuits pour les mères accompagnantes a permis de réduire encore plus le poids financier de l'hospitalisation de l'enfant.

Prévention des abus et des risques de corruption

- Pour des questions d'impartialité et de prévention d'abus, il est généralement déconseillé d'avoir la même personne qui donne l'argent au bénéficiaire et qui fait le suivi post-distribution. Si possible, déléguer le suivi à une équipe « neutre » (équipe HELP de suivi et évaluation), ou impliquer davantage les agents de mobilisation communautaires dans cette tâche. Utiliser également les mécanismes de plaintes existants pour faire remonter des problèmes et trianguler l'information.



Suivi et évaluation

- Définir des indicateurs d'impacts liés à l'« argent pour transport » avant les distributions et les intégrer dans les outils de suivi et d'évaluation.³²
- L'introduction de TM dans un projet santé/nutrition nécessite de faire un suivi après chaque cycle de distribution d'argent pour vérifier que le processus de distribution a été respecté, collecter les commentaires des bénéficiaires et mesurer l'impact du transfert monétaire. Ce suivi se fait généralement avec des enquêtes ménages « post distribution » qui se font entre 2 et 3 semaines maximum après la distribution de l'argent et peuvent être complétées avec les données déjà collectées par les équipes (taux de fréquentation du CRENI, données anthropométriques etc.).

³² Des exemples d'indicateurs pour le cash en santé sont donnés ici : <https://www.calpnetwork.org/publication/multipurpose-cash-outcome-indicators-final-draft-for-testing/>

Étude de cas : Transferts monétaires dans le secteur de la santé et de la nutrition.

