



Somalie : Argent Mobile pour la Santé Maternelle et Infantile

LIEU	Badhan, Puntland, Somalie et Yubbe, Somaliland
MODALITÉ ET RÉSULTATS DE LA SDSR	Versements inconditionnels pour les services de santé maternelle et infantile et le transport
DURÉE	Septembre - Décembre 2020
POPULATION CIBLE	Les femmes enceintes dans leur dernier trimestre de grossesse
NOMBRE DE VERSEMENTS	Trois transferts mensuel
	Puntland - 80 USD par mois
	Somaliland - 100 USD par mois
CONTRÔLE	Enquête de Suivi post-distribution (PDM), enquête CAP (connaissance, attitudes, pratiques) avant et après, discussions avec un groupe témoin
MÉTHODES DE VERSEMENT	Argent mobile
PORTÉE	70 femmes

Contexte

Cette étude fait partie d'une étude multi-pays plus large réalisée par CARE intitulée: "Transferts Monétaires Pour Des Résultats En Matière De Santé Et Des Droits Sexuels Et Reproductifs : Enseignements Tirés De L'équateur, La Colombie, Le Liban Et la Somalie".

Dans ses programmes, CARE Somalie a eu recours aux transferts monétaires depuis plus de dix ans. Cela comprend les transferts monétaires pour la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance, la nutrition, l'EHA, l'éducation ainsi que les transferts monétaires à usage multiple (TMUM). Depuis 2018, avec l'aide du Bureau d'assistance aux catastrophes à l'étranger (OFDA) (appelé maintenant le BHA Bureau d'aide humanitaire), CARE Somalie a mis en œuvre des programmes de sécurité alimentaire et moyens de subsistance, santé, nutrition, protection et WASH. Avec ce financement de BHA, CARE soutient 19 centres de santé maternelle et infantile au Somaliland et Puntland qui ciblent les enfants et les femmes enceintes et allaitantes.

Conception du programme

De par sa grande expérience en transferts monétaires dans d'autres secteurs et avec l'aide de la Fondation de la Famille Sall, l'équipe de CARE Somalie a élaboré un projet pilote dont les objectifs étaient d'améliorer l'accès des femmes à au moins trois consultations prénatales (CPN) et à un accouchement assisté par une personnel de santé qualifié (e.x. sages-femmes). Les participantes ciblées étaient les femmes enceintes au troisième trimestre de leur grossesse. Les versements étaient destinés à couvrir les frais pour un accouchement assisté et en toute sécurité et les participantes ont reçu trois versements mensuels via Argent mobile en partenariat avec Telesom (Somaliland) et Golis (Puntland).

IDENTIFICATION DES BESOINS

Frais de transport à l'hôpital (aller-retour) et centre de santé maternelle et infantile
Test en laboratoire au dernier trimestre
Échographie (2)
Accouchement par césarienne et soins obstétricaux d'urgence (SOUB) de base
Transfusion sanguine
Allocation pour viande fraîche, volaille, poissons et légumes

TABLEAU 1: OPTIONS D'UTILISATION DES VERSEMENTS POUR LES FEMMES ENCEINTES

L'enquête démographique de Somalie de 2020 souligne le taux élevé de mortalité maternelle (692 pour 100 000 naissances vivantes) et mentionne les problèmes les plus importants pour accéder aux services de santé maternelle et infantile : le manque d'argent (65 %), l'éloignement des centres de santé (62 %) et l'absence d'autorisation (42 %).¹ L'enquête montre aussi que 79 % des naissances se déroulent à domicile, 31 % des femmes avaient eu une consultation prénatale avec un professionnel de santé avant leur dernier accouchement et 89 % n'ont pas pu suivre de consultation postnatale dans les 2 jours qui ont suivi leur accouchement.²

Le personnel de CARE dans les centres de santé maternelle et infantile a remarqué que plus les femmes avancent dans leur grossesse moins elles participent aux consultations prénatales. Pour en savoir davantage, CARE Somalie a réalisé une enquête préliminaire sur la santé maternelle et infantile et des discussions avec des groupes de discussion sur les connaissances, les attitudes et les pratiques.³ Les résultats ont révélé que 48 % des femmes préféraient accoucher chez elles pour différentes raisons.⁴ De plus, le soutien de leur conjoint influence leur décision. A Yubbe (Somaliland), plus de 60 % des femmes disent que leurs maris prennent les décisions au sujet des naissances.⁵ CARE Somalie a conçu un

1 Government of Somalia and UNFPA. (2020). [The Somali Health and Demographic Survey](#).

2 Ibid.

3 CARE Somalia. (2020). Ligne de base SSR et TM.

4 Le coût élevé des hôpitaux, le manque de transport, la distance, les inquiétudes au sujet de la confidentialité dans les centres de soin, le manque d'information, les inquiétudes concernant la propreté et l'hygiène des centres et l'impression de bénéficier de meilleurs soins avec les accoucheuses traditionnelles.

5 Ibid.

projet pilote pour aborder certains problèmes financiers et pour répondre aux besoins de santé maternelle et infantile à travers les transferts monétaires.

VALEURS DE TRANSFERTS ET MÉCANISMES

Pour s'assurer que le projet pilote est sensible au marché, CARE Somalie a utilisé l'outil d'évaluation MERS (**Normes Minimales pour le Relèvement Économique**). Cela a donné des indications sur ce à quoi une programmation basée sur le marché et sur ce qui devait être pris en considération pour élaborer la note de synthèse. Grâce à ces indications, une évaluation rapide et ciblée a été menée dans les deux sites pour déterminer le coût des services prénatals et les coûts pour accoucher en toute sécurité (assisté par un personnel qualifié). L'évaluation du marché a permis de déterminer le montant des versements : 100 USD pour Yubbe et 80 USD pour Badhan (Puntland). Ces valeurs ont été estimées comme étant le coût des services non offerts dans les centres de santé maternelle et infantile et qui sont essentiels pour une grossesse et un accouchement sûrs.

Bien que les soins pré-/post-natals et les accouchements soient gratuits dans les centres de santé maternelle et infantile, l'objectif des transferts monétaires était de couvrir les frais de transport jusqu'aux centres et aux hôpitaux ainsi qu'à tous les autres endroits proposant des services de Santé sexuelle et reproductif (SSR) qui sont essentiels comme les tests en laboratoire du dernier trimestre (par ex. le dépistage de la syphilis, de l'anémie, etc.), les échographies et les transfusions sanguines en cas de césarienne. De plus, en raison du taux élevé de femmes enceintes sous-alimentées en Somalie, le versement devait couvrir les frais d'achat de denrées nutritives comme la viande fraîche, la volaille, le poisson et les légumes disponibles sur le marché local. En plus des transferts monétaires, CARE a également travaillé avec deux hôpitaux de référence pour couvrir les coûts de dix grossesses compliquées avec un plafond de 350 USD par bénéficiaire.

Le projet a adopté les Procédures Opérationnelles Normalisées (PON) du transfert monétaire de CARE Somalie élaborées pour la pandémie de COVID-19 pour garantir la sécurité et le bien-être du personnel de CARE, de ses partenaires et des bénéficiaires. Il y a eu des ajustements au niveau de la sélection des participantes, des montants et du suivi.

Pour son intervention, CARE Somalie a choisi deux centres de santé : un à Yubbe, dans le district de Erigavo et un à



Badhan dans le district de Badhan. Les critères suivants ont motivé le choix de ces lieux : la grande fréquentation des établissements de santé maternelle et infantile supportés par CARE, leur proximité avec les populations desservies et l'engagement continu avec les communautés à travers le programme de nutrition. De plus, il était intéressant de comparer un établissement périurbain (Badhan) et rural (Yubbe). Les établissements choisis disposaient également de mécanismes de référence permettant aux survivantes de VBG d'accéder au CMR et à d'autres services pertinents en matière de VBG dans les hôpitaux avec des infirmières soutenues par CARE et des centres de protection, des gestionnaires de cas et des conseillers psychosociaux ayant des relations de longue date avec les communautés. De plus, CARE a des protocoles d'entente avec les deux gouvernements et des relations solides avec les communautés, y compris les comités de santé communautaire.

CIBLAGE DES PARTICIPANTES

En se basant sur le budget disponible et sur les objectifs du projet, 70 femmes enceintes ont été ciblées (35 par site). Les participantes ont été identifiées grâce aux registres de consultations prénatales en collaboration avec le personnel médical et les chefs de communauté selon des critères prédéfinis. Dans le cadre du lancement du projet, le personnel de CARE a rencontré les comités de santé communautaire pour les orienter sur les objectifs du projet, y compris les offres de services.

Les critères de sélection visaient les femmes qui :

- étaient dans le dernier trimestre de grossesse
- étaient présumées sous-alimentées
- appartenaient à un foyer où le chef de famille était au chômage ou ne travaillait pas
- présentaient des grossesses à haut risque (grossesse tardive/précoce, cicatrice antérieure, pré-éclampsie, diabète, naissances multiples)
- participaient à des mécanismes de survie néfastes comme la vente de bois de chauffage/de charbon (soit la bénéficiaire ou des membres du foyer)
- n'avaient pas de revenu ou de patrimoine
- avaient récemment bénéficié d'aide provenant d'autres sources.

Les bénéficiaires potentielles ne devaient pas satisfaire à tous les critères de sélection, les femmes devaient seulement être enceintes et idéalement dans leur dernier trimestre de grossesse. Les autres critères ont été utilisés pour un système de notation, les femmes avec les notes les plus élevées (qui indiquaient qu'elles correspondaient plus aux critères de sélection) avaient le plus de chance d'être sélectionnées.

ACTIVITÉS DU PROJET

Après avoir choisi les bénéficiaires, CARE les a rencontrées par groupes dans chacun des sites d'intervention. Les registres ont fourni à CARE les numéros de téléphone mobile des femmes, ce qui a facilité les versements étant donné que l'argent mobile est très utilisé dans ces zones. CARE a reçu l'accord de chaque participante pour effectuer les versements

sur leur numéro de téléphone afin de garantir la sécurité, la confidentialité et la possession d'un téléphone. Les femmes ont suivi des consultations de santé maternelle et infantile deux fois par mois où elles partageaient leurs expériences et leurs problèmes avec d'autres femmes enceintes et le personnel. Étant donné qu'il s'agit d'un programme permanent, les centres de santé maternelle et infantile aidés par CARE ont continué de proposer des services prénatals et des sessions hebdomadaires d'éducation. Les sujets abordés lors des sessions de sensibilisation comprenaient les aliments nutritifs, l'allaitement exclusif et mixte, l'importance d'un accouchement assisté par un personnel qualifié, la planification familiale et l'implication des maris lors des visites prénatales ainsi que pendant et après la naissance. Outre l'engagement permanent de l'équipe du projet et des participantes lors des consultations, une hotline pour les feedbacks sur le projet a été mise à disposition des participantes.

Le projet pilote s'est aussi appuyé sur le soutien que CARE fournit aux mères grâce au financement du BHA qui permet de payer deux sages-femmes pour les gardes de nuit. Cela a permis de proposer des soins 24 heures sur 24 vu qu'habituellement les établissements de soins maternels et infantiles ne sont ouverts que pendant la journée.

Résultats

Le premier PDM comptait 70 personnes sondées qui étaient soit présentes dans l'établissement soit chez elles pour celles qui venaient d'accoucher. Soixante-neuf participantes ont répondu au second PDM et à l'enquête CAP finale.

TABLEAU 2: CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT ET D'ATTITUDE ENTRE LA SITUATION INITIALE ET LA SITUATION FINALE

	Situation initiale	Situation finale
Préférence pour un accouchement dans un établissement de santé	52 %	100 %
Intérêt perçu de visiter un établissement de santé avant l'accouchement	61 %	99 %
Consultations d'une structure de santé trois fois ou plus avant l'accouchement (pour les grossesses précédentes en situation initiale, pour les grossesses récentes en situation finale)	76 %	82 %
Connaissance des méthodes pour différer une grossesse	43 %	72 %

Quatre discussions de Groupe (DG) composées de femmes et d'adolescentes ont été organisées. Toutes les conclusions ont été mentionnées dans le rapport final.⁶

Les résultats du suivi ont mis en avant des changements positifs entre les données de départ et les données finales au niveau des attitudes et pratiques envers la santé maternelle et infantile et la Santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR) (voir tableau 2). Il y a eu une augmentation de 48 points de pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié dans les établissements et la perception de l'importance de la consultation prénatale a augmenté de 38 points de pourcentage. La connaissance des méthodes pour différer une grossesse a augmenté de 29 points de pourcentage.

Entre l'enquête CAP initiale et l'enquête CAP finale, on note une augmentation des décisions conjointes au sujet de planification familiale. Les hommes ont été directement impliqués dans les sessions d'information sur la santé, et certains ont accompagné leurs femmes aux consultations prénatales et à l'accouchement. Cependant, les hommes étaient impliqués pendant les discussions de groupe (DG) pour être tenus informés de la conception du programme (illustration 1).

Les enquêtés (masculins et féminins) à l'enquête CAP ont mentionné qu'ils étaient satisfaits du système de santé. Les hommes interrogés lors des discussions étaient soit les maris des participantes soit d'autres membres de la communauté. Ils ont fait état d'une volonté accrue de visiter un établissement pour les soins prénatals, un changement considérable par rapport à la situation initiale.

Qui décide de la taille de votre famille ou du nombre d'enfants ?

■ Participante elle-même ■ Époux ■ Participante et son époux



ILLUSTRATION 1: PRISE DE DÉCISIONS AU SUJET DE LA TAILLE DE LA FAMILLE

ACCOUCHEMENTS

Quatre-vingt-quatorze pour cent des participantes ont accouché pendant la durée du projet. Parmi celles qui ont donné naissance, 85 % ont accouché dans un centre de santé : soit dans l'établissement de santé maternelle et infantile, soit dans un hôpital de référence. Dix femmes qui ont accouché chez elles et/ou qui n'ont pas pu se rendre dans un centre de santé ont pu demander l'aide d'une sage-femme du centre de santé maternelle et infantile. Ces résultats sont encourageants étant donné qu'au début, 54 % des femmes à Badhan et 41 % des femmes à Yubbe ont déclaré préférer accoucher à la maison.

Des histoires de femmes n'ayant jamais accouché dans un centre de santé ont été rapportées à Badhan et à Yubbe. Une femme qui avait auparavant perdu six bébés pendant les derniers trimestres de ses grossesses et qui avait accouché d'un bébé mort-né, a donné naissance à son premier bébé vivant dans un hôpital de référence au Somaliland.

TABLEAU 3: LIEU D'ACCOUCHEMENT ET ACCOUCHEMENT PAR UNE SAGE-FEMME PENDANT LA DURÉE DU PROJET (DONNÉES AU 4 JANVIER 2021)

	Nombre total d'accouchements	SOU de base et/ou complets à l'hôpital de référence	Accouchement normal au centre de santé maternelle et infantile	Naissance à domicile (assistée par les sages-femmes en poste 24h/24 et 7 jours sur 7 dans les centres de santé maternelle et infantile)	Accouchements à domicile avec des accoucheuses traditionnelles
Badhan	32	8	18	6	0
Yubbe	34	4	26	4	0

Le personnel de CARE a déclaré que le projet pilote avait renforcé le système de référence et avait considérablement augmenté la confiance qu'avaient les femmes à contacter les sages-femmes ou à se rendre dans des établissements de santé. De plus, il a mentionné que les transferts monétaires ont soulagé le poids financier qui pèse sur les familles et qui s'est alourdi avec l'épidémie de COVID-19. Le personnel a également déclaré que les femmes présentes aux sessions d'éducation partageaient les informations avec d'autres femmes qui ne participaient pas.

Les facteurs de succès

Un certain nombre de facteurs ont favorisé la mise en place rapide et efficace du projet pilote. Le programme était intégré aux programmes de nutrition existants et a bénéficié de la confiance qui existait avec les communautés et des relations qui ont été établies avec les femmes, leur mari, leur famille et les communautés. De plus, un réel besoin et une insuffisance de services et d'accès ont aidé à établir un objectif clair en termes de problèmes financiers et de transport pour accéder aux services de santé maternelle et infantile. Cette situation s'est encore renforcée avec la COVID-19 quand les familles ont dû faire face à davantage de contraintes financières.

La méthode de paiement et le versement mensuel par Argent mobile étaient largement utilisés par les programmes et les infrastructures de CARE et ce type de transfert est très fréquent dans les communautés du Somaliland et du Puntland. Cette méthode de distribution est largement utilisée et accessible par les participantes sans aucun frais.

Le projet pilote a aussi mis à profit les Mémoires d'Entente existants ainsi que les relations avec le Ministère de la Santé, les hôpitaux de référence, le personnel des services de santé maternelle et infantile et les comités de santé communautaire. De plus, il a utilisé des contrats existants pour le transport et les services de téléphonie. Le projet pilote a étendu les sessions d'éducation à la santé existants pour y inclure la SDR et travaillé avec le personnel du centre de soins pour développer des outils de contrôle et avec les sages-femmes pour élargir leur cadre de travail de manière à ce qu'elles soient de garde la nuit pour les accouchements.

Les sessions de sensibilisation ont aussi favorisé un engagement individuel plus fort entre les participantes

au projet et les agents de santé qui ont développé une confiance mutuelle. Elles ont aussi permis aux agents de santé de rappeler aux participantes les rendez-vous à venir et d'obtenir des retours au sujet des transferts monétaires et de tous les autres besoins.

Difficultés

Les problèmes ont été liés au peu de temps dédié à la conception et à la mise en œuvre du projet pilote. Idéalement, le PDM doit être effectué un mois après la distribution, cependant, les retards dans le démarrage ont écourté le temps entre les différents PDM ce qui a entraîné la lassitude des bénéficiaires à l'égard des enquêtes. De plus, le projet pilote a été mené dans deux systèmes gouvernementaux différents, exigeant le même processus d'approbation et dans des lieux où la mobilité pouvait être limitée par des problèmes de sécurité. Malgré les besoins élevés des communautés, seules 70 femmes ont pu être inscrites en raison des contraintes financières. Enfin, l'épidémie de la COVID-19 et les restrictions connexes ont intensifié les problèmes du personnel et des participantes pour atteindre les centres de soins ou les communautés, surtout au Puntland.

Enseignements tirés

Les transferts monétaires pour la SSR doivent être associés à des services complémentaires pour traiter les problèmes complexes. Le projet pilote a révélé que les transferts monétaires pour la SSR combinés à un engagement permanent avec la communauté et des mesures de sensibilisation n'étaient pas seulement réalisables mais aussi extrêmement efficaces pour améliorer les comportements sains en matière de SDR. En seulement trois mois, le projet pilote en Somalie a non seulement démontré une meilleure compréhension des objectifs clés du projet (garantir l'accès à au moins trois consultations prénatales et à des accouchements pratiqués par des professionnels), mais il a aussi mis en évidence des changements d'attitude. En effet, les femmes préfèrent accoucher dans un centre de soins et elles en ont compris l'intérêt.

Les versements d'espèces, même s'ils étaient non restrictifs, ont encouragé les participantes à chercher des services de santé maternelle et infantile, ce qui a réduit les problèmes d'accès comme le transport et qui a contribué à augmenter

les consultations prénatales et le nombre d'accouchements assistés par des sages-femmes. L'engagement permanent à travers les sessions d'éducation et le suivi rigoureux grâce aux PDM ont eu plusieurs avantages. Ce processus a révélé la perception d'une barrière financière liée au coût de services tels que les soins prénatals, tandis que les sessions éducatives ont permis de dissiper cette désinformation et de sensibiliser à la disponibilité de services gratuits dans les centres de santé maternelle et infantile. En outre, l'engagement permanent a renforcé la confiance entre les participantes et les agents de santé comme en témoignent les femmes qui ont demandé aux sages-femmes de les assister même si elles accouchaient à domicile. L'analyse qualitative a également montré que la nature non restrictive des versements a aidé les femmes à préparer et planifier les naissances en achetant des aliments nutritifs. Globalement, ce projet pilote indique le potentiel de changements positifs dans la prise de décision et révèle qu'un programme intégré peut faire comprendre la SDSR. Ces résultats devront être renforcés par d'autres programmes et par l'intégration des transferts monétaires dans les programmes de SSR pour pérenniser les changements d'attitude et de comportement.

L'engagement des parties prenantes et des groupes communautaires est essentiel. La participation des autres personnes qui prennent les décisions dans le foyer, y compris les maris et les belles-mères, serait utile étant donné le rôle qu'elles jouent dans les décisions qui touchent l'accouchement. De plus, les accoucheuses traditionnelles devraient aussi participer en faisant de la sensibilisation au sujet de la SDSR, en abordant les obstacles financiers supposés et réels et en orientant vers les services proposés. Le personnel a également parlé d'étendre le ciblage pour inclure des femmes qui n'ont pas encore eu accès aux établissements de santé maternelle et infantile, y compris celles qui peuvent se déplacer de façon saisonnière, les femmes en situation de handicap, les femmes qui n'ont pas l'autorisation pour rechercher les soins dans les centres de santé ou celles qui ont une idée négative sur les accouchements dans les hôpitaux et sur la SDSR. Il est utile de travailler via les plateformes communautaires existantes (comme les groupes d'entraide entre mères, le

personnel de santé féminin et les autres programmes) pour faire de la sensibilisation sur les sujets de la SDSR et sur la disponibilité et la localisation des services gratuits. Enfin, le personnel a mentionné que même si la protection était prise en compte dans la conception du programme, elle n'était pas officiellement évaluée et les personnes en charge de la protection devraient être plus impliquées pour qu'elle soit prise en compte à chaque étape du programme.

L'augmentation de la demande exige que la qualité et la disponibilité des services soient prises en compte simultanément. Le projet pilote a mis en évidence que l'accroissement de la demande exige l'augmentation de la prestation de services par le biais de formation et/ou de recrutement de personnel et l'approvisionnement en fournitures et en équipement. Le personnel s'est dit préoccupé par le fait que les centres de soins doivent garantir qu'ils peuvent accueillir un nombre croissant de femmes pour les accouchements. De plus, les sages-femmes qui sont de garde 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les femmes qui entrent en travail la nuit dépendent fortement de leur capacité à avoir une connectivité au réseau. L'insuffisance de la gamme de services essentiels y compris les échographies, les soins obstétricaux compliqués, les médicaments à administrer pendant l'accouchement, les services de planification familiale (comme les contraceptifs à long terme réversibles), le dépistage VIH et les services de conseil, suscite des préoccupations constantes.

Il existe des possibilités de croissance et de développement des transferts monétaires pour les programmes de SDSR. Le personnel a aussi exprimé son souhait d'étendre le programme pour couvrir les frais de transport des femmes qui cherchent des services de gestion clinique du viol et de compléter les transferts monétaires pour le programme SDSR par un soutien psychologique. Ce souhait se base sur les besoins de la communauté et plus particulièrement des femmes. D'autre part, cette modalité pourrait être envisagée pour la planification familiale (y compris du postpartum) et les questions de santé devraient être étendues à des problèmes comme l'hypertension artérielle.