

*Bart Criel, Abdoulaye Samba Bâ, Fatimatou Kane,  
Mathieu Noirhomme et Maria-Pia Waelkens*

*Une expérience de protection sociale en  
santé pour les plus démunis :  
Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en  
Mauritanie*

---

*Studies in Health Services Organisation & Policy, 26, 2010*



*Studies in Health Services Organisation & Policy*, 26, 2010.  
Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere  
©ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. E-mail : isa@itg.be

*Bart Criel, Abdoulaye Samba Bâ, Fatimatou Kane, Mathieu Noirhomme et  
Maria-Pia Waelkens*

*Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds  
d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie*

D/2010 /0450/1  
ISBN 9789076070346  
ISSN 1370-6462

*Une expérience de protection  
sociale en santé pour les plus  
démunis :  
Le fonds d'indigence de  
Dar-Naïm en Mauritanie*

Bart Criel, Abdoulaye Samba Bâ, Fatimatou Kane,  
Mathieu Noirhomme et Maria-Pia Waelkens

---

*Studies in Health Services Organisation & Policy, 26, 2010*



---

## Table des matières

SUMMARY .....	5
RÉSUMÉ.....	11
INTRODUCTION.....	17
<b>INITIATIVES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES PLUS DÉMUNIS .....</b>	<b>19</b>
POLITIQUES NATIONALE ET PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS .....	19
LES FONDS D'EQUITE.....	20
COMBINER L'ASSURANCE SANTE ET LES FONDS D'EQUITE .....	22
PRINCIPALES LEÇONS OPERATIONNELLES DES EXPERIENCES DE PRISE EN CHARGE DES DEMUNIS .....	25
<i>Différents modèles d'identification .....</i>	<i>26</i>
<i>Les critères d'identification.....</i>	<i>27</i>
<i>Risques d'exclusion dans les identifications par les acteurs locaux.....</i>	<i>28</i>
<i>Quelle source de financement pour les fonds d'équité ?.....</i>	<i>30</i>
<b>VERS LA CRÉATION DU FONDS D'INDIGENCE DE DAR-NAÏM :</b>	
<b>ÉLÉMENTS DU CONTEXTE .....</b>	<b>35</b>
DAR-NAÏM, UN DEPARTEMENT URBAIN DE NOUAKCHOTT.....	35
LES SOINS DE SANTE DANS LE DEPARTEMENT DE DAR-NAÏM .....	35
LA MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE DAR-NAÏM.....	36
<b>DESCRIPTION DU FONDS D'INDIGENCE DE DAR-NAÏM .....</b>	<b>41</b>
LA GENESE DU FONDS D'INDIGENCE.....	41
POPULATION CIBLE ET IDENTIFICATION DES BENEFICIAIRES EN PRATIQUE.....	42
SERVICES OFFERTS PAR LE FONDS D'INDIGENCE .....	44
PROCEDURES ADMINISTRATIVES ET ACCES AUX SERVICES .....	46
LE FINANCEMENT DU FONDS D'INDIGENCE .....	46
RESULTATS DES ACTIVITES SANITAIRES DU FONDS D'INDIGENCE .....	47
<i>Identification des ménages indigents.....</i>	<i>47</i>
<i>Utilisation comparée des services par les indigents et les mutualistes .....</i>	<i>48</i>
<i>Charge financière du programme .....</i>	<i>48</i>
ACTIVITES NON SANITAIRES SOUTENUES PAR LE FONDS D'INDIGENCE .....	51
<i>Accompagnement social des malades .....</i>	<i>52</i>
<i>Soutien à l'activité économique des ménages.....</i>	<i>52</i>

<i>L'aide à la subsistance du ménage</i> .....	53
<i>Aides matérielles pour l'amélioration des conditions de vie</i> .....	54
<i>La réinsertion sociale</i> .....	55
<i>Les visites de suivi à domicile</i> .....	56
<b>PARTENARIATS ET TRAVAIL EN RESEAU</b> .....	56
<i>Partenariats avec les prestataires de soins</i> .....	57
<i>Accords de financement avec les institutions étatiques et les prestataires de soins</i> .....	57
<i>Accords de collaboration avec des acteurs sociaux dans la province de Dar-Naïm</i> .....	58
<b>DISCUSSION</b> .....	61
<b>UNE APPROCHE EVOLUTIVE ET ADAPTEE AUX SPECIFICITES DES MENAGES</b> .....	62
<i>Souplesse dans l'identification</i> .....	62
<i>Souplesse dans la définition de la population cible</i> .....	63
<i>Souplesse dans le paquet de services proposés</i> .....	65
<b>INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL</b> .....	65
<b>CONSTRAINTES FINANCIERES</b> .....	68
<b>EFFORTS EN FAVEUR D'UNE COLLABORATION ACCRUE ENTRE PARTENAIRES</b> .....	70
<i>Partenariat avec des organisations et programmes actifs dans d'autres secteurs</i> .....	70
<i>Défis posés par l'intégration au sein de la mutuelle</i> .....	71
<i>Pistes de coopération pour mieux utiliser les ressources pour les indigents prévues par l'État</i> .....	72
<b>CONCLUSIONS</b> .....	75
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	77
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	79
<b>TABLEAU 1: RESUME DES CARACTERISTIQUES DES FONDS D'INDIGENCE/EQUITE AFRICAINS ETUDIES</b> .....	32
<b>TABLEAU 2: QUELQUES CARACTERISTIQUES DES INITIATIVES DE SUBVENTIONNEMENT DE L'ADHESION DES MENAGES INDIGENTS A UNE MUTUELLE DE SANTE</b> .....	33
<b>TABLEAU 3 : SERVICES COUVERTS PAR LA MCSDN</b> .....	39
<b>TABLEAU 4 : NOMBRE DE PERSONNES POTENTIELLEMENT COUVERTES PAR LE FONDS D'INDIGENCE</b> .....	47
<b>TABLEAU 5 : UTILISATION DES SERVICES POUR LES ADHERENTS DU FONDS D'INDIGENCE ET LES MUTUALISTES PAYANTS</b> .....	48
<b>TABLEAU 6 : COTISATIONS PAR LE FONDS D'INDIGENCE ET DEPENSES DE LA MUTUELLE POUR LES MALADES INDIGENTS AFFILIES</b> .....	49
<b>TABLEAU 7 : DEPENSES PAR LE FONDS D'INDIGENCE POUR LES SOINS DE SANTE</b> .....	50

ENCADRE 1 : LES CRITERES D'INCLUSION ETABLIS EN 2005.....	42
ENCADRE 2 : EXEMPLES DE PARCOURS FAMILIAUX D'APPAUVRISEMENT VECUS A DAR-NAÏM.....	44
ENCADRE 3 : EXEMPLES DE MENAGES NECESSITANT UNE AIDE A LA SUBSISTANCE ....	54



---

## Summary

Dar-Naïm's community health insurance scheme (*Mutuelle Communautaire de Dar-Naïm* or MCSDN) was founded in January 2003 and focused on one of the poorest areas of Nouakchott, Mauritania. An equity fund was added end 2005 to allow membership for the destitute and to cover their insurance premium. These activities were set up within the Dar-Naïm Health Project (*Projet Santé Dar-Naïm* or PSDN). The project is managed by *Caritas Mauritania*, a Mauritanian non-governmental organization which receives financial and technical support from the Belgian non-governmental organisation *Memisa Belgium*. The latter called on the Institute of Tropical Medicine (ITM) to carry out the scientific supervision of the project activities. The interventions are set up to improve the population's access to quality care and are in line with an action-research approach. Through the scientific support provided by ITM, detailed quantitative and qualitative documentation of the different activities of the project took place.

This publication describes and analyses the roots, development and modus operandi of the equity fund and contains useful lessons for other initiatives that aim to improve access to care for the poorest.

Access to health care for the poorest is one of the main preoccupations of the international community. For a long time the debate focused on cost recovery policies. Their introduction, following the Bamako initiative and the shortcomings of exemption mechanisms for the poorest, has created a financial barrier to accessing health services for the most vulnerable. A few alternative mechanisms to promote access to health care were suggested. Equity funds, which met with some success in Cambodia, are a possible track. The basic principle is simple: an external fund pays the health care provider for people identified as being too poor to pay for their own health needs. The fund thus addresses one of the main gaps of the exemption system: the lack of financial compensation for providers.

The novelty of the Dar-Naïm experience was the combination of an equity fund and community health insurance. Although health insurance facilitates access to health care for the general population, it only caters for households able to pay their membership contribution. The equity fund is complementary as it finances the insurance premium of the poorest that are

unable to pay the membership fee. The role of the community health insurance scheme is reinforced, since it facilitates identification of the poorest and becomes a channel for the subsidies. Finally, adjoining equity fund and health insurance scheme reduces stigmatization of the poorest and stimulates social integration.

In the beginning, the target population and the selection criteria of the equity fund were strictly defined. Later on the system progressively became more flexible. At present, the selection of beneficiaries is done by the person in charge of the equity fund - a teacher with skills in the domain of social welfare. She visits the households pointed out by community members and assesses their degree of vulnerability and social exclusion. The selection depends more on her professional judgment than on predefined criteria. Her decisions are validated by a committee constituted by PSDN staff.

Two types of households benefit from the equity fund. First the original target group, which can be defined as the destitute households, unable to pay their health care and suffering from social exclusion. They need social assistance: not only financial aid to finance their health care, but also assistance to guide them towards social re-entry. The programme has been extended to poor households unable to pay for health care or for their health insurance contribution, but who nevertheless do not live in social isolation. The difficulties of these households are often temporary and a result of unforeseen circumstances. Once this obstacle has been overcome, they are often able to reactivate their support network. These households mainly need a social protection intervention: specific financial help to ensure their access to care and prevent them from falling into destitution because of catastrophic health expenses.

Entrusting the funds to a (sector) professional and systematically carrying out home visits led to a benefit package tailored to the specific profile of the household. This means that the medical care proposed by the equity fund encompasses a more substantial package than the one proposed to the health insurance beneficiaries. But more importantly, the equity fund tries to provide all the other social services necessary to meet the various needs of destitute households. These include psychological support to chronic and hospitalized patients, follow-up home visits, guidance in matters of schooling and the regularisation of civil status, assistance in developing household economic activities and various ways of help to support the household's

income and to improve living conditions. This holistic approach, guided by an empowerment perspective, resembles the strategic principles of European organisations that aim for the integration of socially excluded people and propose an extensive package of activities (covering health, lodgings, education, etc.).

There are strong indications that the equity fund has contributed to an improved access to care. More importantly, the equity fund has shown to all the partners that there is a need for wider social assistance. The benefits in terms of social reintegration remain difficult to document but each household that gets out of poverty is an extra justification for the programme's existence.

We can draw a number of lessons from these equity funds that may be useful for similar programmes. The personalised social guidance proved to be a crucial and unifying element of the equity fund. It allows detecting the kind of social assistance needed, facilitating the continuity of care and accompanying the household in its quest to become self-supporting and reintegrate into society. In more technical terms, the development of the function of social assistance appears to be a prerequisite for allowing the flexibility needed for (1) the identification of fund beneficiaries (agreeing on destitute households which would be excluded on the basis of standardized criteria), (2) the definition of the target population (extend the offer to households threatened by huge medical expenses), (3) the offer of services (adapt the assistance to the specific needs of the households, medical ones or others). It is thanks to the social support approach that we saw a gradual partnership develop with programmes and organisations outside the health sector. The programme is well integrated in and accepted by the community and begins to have repercussions beyond its own sphere of action. It has for example led to an evolution in the discourse of those in charge of the community health insurance: egalitarian speeches ("the same for all») are no longer in vogue; more complex equity issues are embraced now. These favour a preferential treatment of risk groups. Other measures in favour of vulnerable groups are also being taken into consideration (ex: chronically ill patients) from now on, or could be in the pipeline.

The future of equity funds requires first of all answers to a series of questions which tend to slow down its development.

The first issue concerns financing. The current set up works, but is fragile. It is clear that a lot of households do not get assistance. The cooperation model developed for Dar-Naïm could work via (1) external financing (to be identified) to support health care services that stretch far beyond the capacity of local financing; (2) government funds foreseen for the provision of health care for the poor (an agreement with the hospital currently permits this); (3) subsidizing activities in other sectors through private funds that are available locally or through partnerships with other organizations and programmes. Ideally the financing issues should be coupled with rationalized care to make the fees transparent and affordable. These changes require widespread political action beyond the scope of the equity fund or the PSDN.

The second issue concerns the partnerships. Important efforts have been made to set up partnerships and programmes in other sectors. For different reasons, this has not always been successful, except for training and schooling. It is an illusion to think that the equity funds would themselves have all the expertise and resources needed for social reintegration. The multisectoral vision of the fund remains thus dependent on external collaboration.

Finally, the current way of functioning presents a challenge in terms of human resources. It adds to the already important workload of the person in charge and hampers thus the further extension of the identification to other households. The lady in charge of the equity fund is very professional and has many skills applauded by all the partners, nevertheless a scale-up implies that the operating modus will have to be revised in order to make it less dependent on one person.

The equity fund of Dar-Naïm is currently in full development; it is thus too early to draw final conclusions on this experiment. The first hypotheses are emerging but they will have to be validated by continued documentation of the Dar-Naïm experience. They might also be verified in the context of similar care programmes for the poorest. These first lessons however concern the relevance of professional social assistance in the equity fund that provides tailored support in an empowerment perspective, the limits of standardizing the identification criteria for the fund's beneficiaries and finally, the need to progressively set up a *versatile* social care system which

goes beyond medical care only. In that light, it is relevant to critically re-assess the partitioning between the health care and the social care systems.



---

## Résumé

La Mutuelle Communautaire de Santé de Dar-Naïm (MCSDN) a été créée en janvier 2003 dans un des quartiers défavorisés de Nouakchott, en Mauritanie. Un fonds d'indigence s'est ajouté fin 2005 pour prendre en charge l'adhésion et la prime d'assurance des plus pauvres. Progressivement d'autres actions sociales se sont ajoutées. Ces interventions ont été développées dans la cadre d'un projet d'appui aux services de santé à Dar-Naïm - le Projet Santé Dar-Naïm (PSDN). Ce projet est géré par l'organisation non gouvernementale Mauritanienne *Caritas Mauritanie* et reçoit un appui financier et technique de l'organisation belge *Memisa Belgique*. Cette dernière, à son tour, fait appel à l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) pour un encadrement scientifique de proximité des activités du projet. Le développement des interventions visant à améliorer l'accès de la population à des soins de qualité cadre dans une perspective de recherche-action. Un des rôles de l'appui scientifique est d'assurer une documentation détaillée, quantitative et qualitative, des différentes étapes de l'identification, de la mise en place et de l'évaluation des activités.

Cette publication décrit et analyse plus particulièrement la naissance, le développement et le fonctionnement de l'expérience du fonds d'indigence. Cette étude de cas comporte des enseignements utiles pour d'autres initiatives visant à améliorer l'accès aux soins de santé des plus démunis.

L'accès aux soins de santé des plus pauvres est au centre des préoccupations de la communauté internationale. Le débat s'est longtemps focalisé autour des politiques de recouvrement des coûts. Leur introduction suite à l'initiative de Bamako, couplée à l'inefficience des mécanismes d'exemption pour les plus pauvres, ont généré une barrière financière frappant particulièrement les plus vulnérables. Quelques mécanismes alternatifs ont été proposés pour promouvoir l'accès aux soins de santé des plus pauvres. Les fonds d'équité, tels qu'expérimentés au Cambodge, sont une des pistes possibles. Le principe de base est simple : un fonds externe paie au prestataire les soins de santé des personnes identifiées comme trop pauvres pour subvenir à leurs besoins de santé. Ils répondent à l'une des principales failles des systèmes d'exemption : l'absence de compensation financière pour les prestataires. En Français, les dénominations fonds

d'indigence et fonds d'équité sont le plus souvent utilisés de façon interchangeable pour désigner ce type de système de financement, alors qu'en Anglais le terme de *health equity fund* est systématiquement utilisé. Une nuance s'impose cependant : le terme fonds d'indigence suggère que la population cible se limite aux ménages et individus indigents, c'est-à-dire à des exclus économiques et sociaux. Le terme de fonds d'équité, par contre, est plus inclusif et indique que des ménages pauvres mais *non indigents*, qui font face à une incapacité (le plus souvent temporaire et partielle) de payer le prix des soins de santé, peuvent aussi bénéficier du système.

L'originalité de l'expérience de Dar-Naïm est d'avoir greffé un fonds d'indigence sur une mutuelle de santé. Si la mutuelle peut faciliter l'accès aux soins de santé de la population générale, elle ne s'adresse en pratique qu'aux ménages ayant la capacité de payer leur cotisation. Le fonds d'indigence vient en complément, en finançant la prime d'assurance des patients les plus démunis. On évite ainsi la prise en charge par le fonds d'indigence de personnes qui auraient pu payer la cotisation à la mutuelle de santé. Cela renforce le rôle de la mutuelle de santé, qui canalise les subventions pour les plus démunis et facilite leur identification. Enfin, cela permet d'offrir aux populations ciblées un service également proposé à l'ensemble de la population, ce qui réduit les risques de fragmentation du système de santé local, de stigmatisation des bénéficiaires du fonds d'indigence et encourage l'insertion sociale.

Au départ, la population cible et les critères de sélection du fonds d'indigence avaient été définis de manière assez stricte. Sur base des premières expériences, le système s'est progressivement assoupli. La sélection des indigents est aujourd'hui confiée à la responsable du fonds d'indigence, une ancienne inspectrice de l'enseignement qui a développé de fortes compétences en assistance sociale). Elle agit souvent sur base de suggestions de la population, et fait valider ses décisions par un comité formé par du personnel du PSDN. Elle procède à des visites aux domiciles des ménages, où elle évalue leur degré de vulnérabilité et d'exclusion sociale. La sélection dépend plus du jugement professionnel de la responsable que de critères préétablis.

Deux types de ménages peuvent bénéficier des services du fonds d'indigence. Il y a d'abord les indigents (le groupe cible de départ), que l'on peut définir comme des ménages démunis, incapables de payer leurs soins de

santé, et vivant dans l'exclusion sociale. Ils ont besoin d'une assistance sociale : non seulement une aide financière pour financer leur soins de santé, mais également un accompagnement de proximité pour les guider vers la réinsertion sociale. Le programme s'est étendu aux ménages pauvres, qui ne peuvent payer ni les soins de santé ni la cotisation à la mutuelle, mais qui ne vivent pas pour autant dans l'exclusion sociale. Souvent, les difficultés de ces ménages sont temporaires, suite à une adversité soudaine. Une fois ce cap franchi, ils sont capables de réactiver leur réseau d'entraide. Ces ménages ont plutôt besoin d'une intervention de protection sociale : une aide financière ponctuelle pour assurer l'accès aux soins et éviter de plonger dans l'indigence suite à des dépenses de santé catastrophiques.

Confier le fonds à une professionnelle du secteur, et procéder à des visites à domicile systématiques, a amené à adapter le paquet de bénéfice proposé en fonction du profil des ménages. Selon cette logique, la prise en charge médicale offerte par le fonds d'indigence est plus étendue que le paquet proposé aux mutualistes. Mais surtout, le fonds d'indigence tente progressivement de couvrir l'ensemble des autres services sociaux nécessaires pour répondre effectivement aux besoins des ménages indigents. Ceci inclut des activités d'accompagnement psychologique des malades chroniques et hospitalisés, des visites de suivi à domicile, un accompagnement à la scolarisation et à la régularisation de l'état civil, un soutien au développement de l'activité économique des ménages, et diverses formes d'aides à la subsistance du ménage et à l'amélioration des conditions de vie. Cette approche globale se rapproche dans les principes des stratégies d'organisations européennes visant à l'intégration des exclus et proposant un ensemble d'activités dans les domaines variés (santé, logement, enseignement, justice...).

Le fonds d'indigence a amélioré l'accès aux soins de santé. Plus important probablement, le fonds d'indigence a été le révélateur d'un besoin d'assistance sociale étendu pour l'ensemble des partenaires. Les bénéfices en termes de réinsertion sociale resteront difficiles à documenter, mais chaque ménage sortant de la pauvreté offre une justification supplémentaire à l'existence du programme.

Le fonds d'indigence permet de tirer une série de leçons utiles pour des programmes similaires. L'individualisation de l'accompagnement social s'est révélé un élément central et fédérateur du fonds d'indigence. Il permet de

percevoir le type d'assistance sociale requis, de faciliter la continuité des soins et d'accompagner le ménage vers son autonomisation et la réinsertion sociale. Le développement de la fonction d'accompagnement social apparaît comme la condition nécessaire pour introduire une nécessaire souplesse dans (1) l'identification des bénéficiaires du fonds (agrèer des ménages indigents qui seraient exclus sur base de critères standardisés), (2) la définition de la population cible (étendre l'offre à des ménages menacés de dépenses de santé catastrophiques), (3) l'offre de service (adapter l'assistance aux besoins spécifiques des ménages, qu'ils soient sanitaires ou autres). C'est également à cette fonction d'accompagnement social que l'on doit le développement progressif de partenariats avec des programmes et organisations en dehors du secteur de la santé. Le programme, bien intégré et accepté dans la communauté, commence à avoir des répercussions en dehors de son champ d'action. Il a notamment déclenché une évolution du discours des responsables de la mutuelle qui sortent progressivement de discours égalitaristes (« la même chose pour tous ») pour embrasser des questions plus complexes d'équité, supposant un traitement préférentiel pour des groupes à risques. D'autres mesures en faveur de groupes vulnérables sont désormais envisageables (ex : patients chroniques).

L'avenir du fonds d'indigence demandera d'apporter des réponses à une série de questions, qui tendent à freiner son développement.

La première est relative au financement. La structure actuelle fonctionne, mais reste assez fragile. Il est évident que de nombreux ménages restent sans assistance. Le modèle de coopération que l'on pressent pour Dar-Naïm fonctionnerait via (1) un financement externe (à identifier) pour supporter les soins de santé, qui dépassent de loin les capacités de financement locales ; (2) l'utilisation des fonds de l'État prévus pour la prise en charge des soins de santé des indigents (comme un accord au niveau hospitalier le permet actuellement) ; (3) la subvention d'activités dans d'autres secteurs via des fonds privés disponibles localement, ou via des partenariats avec d'autres organisations et programmes. A noter que les questions de financement doivent idéalement être couplées avec un travail de rationalisation des soins pour rendre les tarifs prévisibles et abordables. De tels changements demandent une action politique d'envergure qui n'est pas à la portée du fonds d'indigence ou du PSDN.

La deuxième est relative aux partenariats. Des efforts importants ont été consentis pour développer des collaborations avec des partenaires et programmes dans d'autres secteurs. Pour des raisons diverses, les succès sont modestes, exceptés concernant les questions de scolarisation et de formation. Il est illusoire de penser que le fonds d'indigence pourrait concentrer à lui seul les expertises et ressources nécessaires à la réinsertion sociale. La vision plurisectorielle du fonds d'indigence reste donc dépendante de collaborations externes.

Enfin, le modèle de fonctionnement développé s'avère accaparant en termes de ressources humaines. L'emploi du temps surchargé de la responsable est ainsi considéré comme l'un des freins à l'extension de l'identification à d'autres ménages. Elle fait montre de grandes compétences, et d'un professionnalisme salué par l'ensemble des partenaires. Mais tout passage à échelle supposera de revoir le mode de fonctionnement, et de dépasser la dépendance actuelle du programme à une personne.

Le fonds d'indigence de Dar-Naïm est en pleine évolution et il est trop tôt pour dégager des conclusions définitives de cette expérience. Les premières hypothèses qui se dessinent doivent être validées par la poursuite de la documentation de l'expérience de Dar-Naïm ainsi que par leur vérification dans des initiatives similaires de prise en charge des plus démunis. Ces premières leçons portent sur la pertinence d'une assistance sociale professionnelle dans le fonctionnement d'un fonds d'indigence avec un accompagnement individualisé dans une approche d'*empowerment*, sur les limites de la standardisation des critères pour l'identification des bénéficiaires du fonds, et, enfin, le besoin de mettre progressivement en place un système d'assistance sociale *polyvalente* qui dépasse la seule prise en charge des problèmes de santé. Dans cette perspective, il est pertinent de réexaminer les cloisons qui existent entre système de santé et système social.



---

## Introduction

La Mutuelle Communautaire de Santé de Dar-Naïm (MCSDN) a été créée en janvier 2003 dans un des quartiers défavorisés de Nouakchott, capitale de la Mauritanie. Un fonds d'indigence s'est ajouté fin 2005 pour prendre en charge l'adhésion et la prime d'assurance des plus pauvres ainsi que d'autres actions sociales.

Par son caractère novateur, l'initiative avait un potentiel d'apprentissage important. Assez rapidement, elle a pris la forme d'un projet de recherche action, visant à documenter et guider le processus de mise en place de la mutuelle. Elle réunit trois partenaires : (1) le Projet Santé de Dar-Naïm (PSDN) de Caritas Mauritanie, l'organisation mauritanienne responsable de la gestion du fonds d'indigence, (2) le bailleur de fonds Memisa Belgique qui soutient particulièrement les initiatives de promotion de l'accès aux soins et (3) l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) qui assure le suivi et l'évaluation des activités.

Cette publication est le fruit d'un travail de suivi continu entre les trois partenaires durant les cinq dernières années. Il se base principalement sur des données de routine (systèmes de monitoring et rapports périodiques) et sur des évaluations régulières prestées par l'IMT (rapports d'évaluation faits en 2003, 2006, 2007 et 2008). Ces évaluations étaient également l'occasion de discussions informelles avec les acteurs locaux, qui donnent un indispensable complément qualitatif.

Bien qu'encore jeune et limitée à un environnement spécifique, l'expérience de Dar-Naïm génère des leçons importantes pour des initiatives similaires en Afrique et ailleurs. Elles portent notamment sur les questions de ciblage des plus pauvres et des bénéficiaires à tirer de l'individualisation de l'assistance sociale.

Le document est composé de trois parties :

- La première partie (chapitre 1) donne un aperçu de la problématique de l'accès aux soins pour les plus pauvres et d'initiatives prises en Afrique et ailleurs pour y remédier. Il ne s'agit pas d'une analyse exhaustive. L'exposé se concentre principalement sur les stratégies qui ont inspiré la création du fonds d'indigence à Dar-Naïm (fonds d'équité au Cambodge, et autres initiatives de prise en charge des soins

de santé des plus pauvres en Afrique), et sur les leçons qu'on en dégage pour l'analyse de l'expérience de Dar-Naïm.

- La deuxième partie est une description détaillée du fonds d'indigence de Dar-Naïm. Le chapitre 2 clarifie le cadre contextuel. Le chapitre 3 décrit l'expérience elle-même. Le projet reste en mouvement et continue à s'améliorer. La description comprend donc des expérimentations en cours, des choix stratégiques, et des questions non encore résolues. Cette partie prend largement la forme d'un *récit* et s'inscrit dans l'approche méthodologique du cas d'étude et du narratif (Greenhalgh 2008).
- La troisième partie donne une analyse de l'expérience, dégage les principales leçons (chapitre 4), et apporte les conclusions de l'étude.

---

## *Initiatives pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus démunis*

### POLITIQUES NATIONALE ET PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS

Les inégalités d'accès aux soins de santé en Afrique sub-saharienne et spécialement l'exclusion des plus pauvres suscitent un débat intense depuis l'introduction du paiement direct dans le cadre d'une politique de recouvrement des coûts (Gilson 1989 ; Stierle *et al.* 1999; <[www.equinetafrica.org](http://www.equinetafrica.org)>). Les résultats décevants des mécanismes d'exemption pour les plus pauvres font également l'objet de nombreuses publications (Gilson *et al.* 1995 ; Bitrán et Giedion 2003 ; Ridde 2008). Ces exemptions étaient prévues depuis l'introduction du recouvrement des coûts. Certains pays avaient conçu un mécanisme national d'exemption, d'autres, surtout dans le cadre de l'Initiative de Bamako, proposaient une redistribution entre patients payants et non-payants qui devait être gérée au niveau des structures de santé (Nolan & Turbat 1995 ; McPake *et al.* 1992). La mise en œuvre s'est révélée problématique. Dans la plupart des cas, aucun système de compensation financière des prestataires n'a été mis en place au niveau national. Dans ces conditions, la préoccupation du financement des soins de la majorité primait sur les questions d'accès aux soins des plus vulnérables (McPake 1993 ; Ridde 2008).

Récemment, certains pays ont pris des mesures pour financer la prise en charge des indigents. Les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté (DSRP) ont joué un rôle de stimulus en conditionnant l'allègement de la dette à des mesures de prise en charge des soins de santé pour les plus vulnérables. L'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), le volet financier des DSRP, ouvre une source de financement privilégiée. Cependant, à ce jour, comme le montrent les exemples suivants, l'utilisation de ces fonds n'est pas encore suffisamment fonctionnelle.

Le Burkina Faso offre un exemple caractéristique. Les principes d'équité dans l'accès aux soins y sont partie intégrante des documents de politique de santé depuis l'adoption de l'initiative de Bamako (Ridde *et al.* 2005). Le Plan national de développement sanitaire 2001-2010 va plus loin en consacrant la prise en charge des indigents (Ministère de la Santé, Burkina Faso, [s.d.]),

suite à l'acceptation du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Mais les termes restent vagues et les modalités de cette prise en charge ne sont pas définies. Dans la pratique, les directives du niveau central ne sont pas suivies et la prise en charge des indigents est rare (Ridde et Girard 2004).

La Guinée offre un second exemple. Les ressources issues de l'initiative PPTE alimentent un fonds d'indigence étatique pour la prise en charge des soins hospitaliers. L'existence de ce fonds est inscrite dans la loi des finances. En théorie, chaque hôpital devrait recevoir directement des transferts (Sall *et al.* 2004) mais la mise en pratique pose problème. L'utilisation des fonds d'indigence doit être améliorée pour assurer effectivement l'accès des pauvres aux services de santé (Bah 2006).

On retrouve des engagements similaires dans les plans sanitaires d'autres pays africains ayant bénéficié de l'initiative PPTE. Comme dans les deux exemples ci-dessus, les modalités opérationnelles restent floues et les décisions prises au niveau central sont rarement mises en pratique.

#### LES FONDS D'EQUITE

Le mécanisme de fonds d'équité (« *health equity funds* ») a été formalisé au Cambodge au tournant des années 2000 (Hardeman *et al.* 2004 ; Noirhomme *et al.* 2007 ; Annear *et al.* 2008). Ils offrent une alternative aux mécanismes d'exemption classiques en instituant un organisme « tiers payant » qui (1) identifie les patients incapables de couvrir leurs soins de santé et (2) paie les services qui leur sont offerts aux prestataires de soins. Dans la plupart des cas, cet organe est indépendant de la structure de santé, et ses sources de financement sont séparées, ce qui lui confère une certaine indépendance. L'approche s'est rapidement répandue au Cambodge, au point de s'ériger en politique nationale depuis 2006.

En Français, les dénominations « fonds d'équité » et « fonds d'indigence » (et plus rarement le terme « fonds d'assistance ») sont le plus souvent utilisés de façon interchangeable pour désigner ce type de système de financement, alors que dans la littérature Anglo-Saxonne le terme de *health equity fund* est quasi systématiquement. Une nuance s'impose cependant: le terme fonds d'indigence suggère que la population cible se limite aux ménages et individus indigents, c'est-à-dire des exclus économiques et

sociaux. Le terme de fonds d'équité, par contre, est plus inclusif et indique que des ménages pauvres mais *non indigents*, qui sont incapables (le plus souvent de façon temporaire et partielle) à payer le prix des soins de santé, peuvent aussi bénéficier du système.

Il existe peu d'expériences documentées de fonds d'équité en Afrique. Noirhomme et Thomé (2006) décrivent trois initiatives similaires, avec prise en charge par un tiers payant des soins prodigués aux personnes incapables de payer. Il s'agit des fonds d'assistance médicale au Mali, des fonds d'indigence en Mauritanie et du fonds d'équité hospitalier de Marovoay à Madagascar. Nous les détaillons rapidement ci-dessous.

L'expérience malienne remonte à 2001, avec la création du fonds d'assistance médicale dans deux centres de référence de Sélingué (Ngwakum 2005 ; Noirhomme & Thomé 2006). L'ONG Médecins sans Frontières a accompagné le processus et doté le programme d'un fonds de démarrage. Le fonds d'assistance médicale visait deux types de population : la prise en charge des soins hospitaliers pour les indigents et l'octroi de crédit aux personnes en difficulté temporaire de paiement. Dans un souci de pérennité, le financement provenait de ressources locales : les revenus générés par la vente des médicaments, une participation des municipalités et une subvention de l'État. Les résultats sont restés relativement faibles, principalement par manque de ressources et manque d'implication de certains acteurs locaux. En effet, après trois années d'existence, le fonds d'assistance médicale de Sélingué n'avait supporté que 2% des patients hospitalisés. Parmi eux, seuls 9% étaient considérés comme indigents et intégralement exemptés de leurs frais médicaux.

Les fonds d'indigence mauritanien ont commencé en 2003 dans 17 structures sanitaires (hospitalières et premier échelon) du Hodh El Garbi et Hodh El Chargi au sud-est du pays. La GTZ (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*) a accompagné la conception du programme, et s'est retirée au moment de son lancement. Le fonds visait à subsidier les soins des plus pauvres dans les postes de santé et les structures de référence. Le transport de référence était aussi prévu dans la couverture (Criel & Noirhomme 2004 ; Noirhomme & Thomé 2006). Ici également, le modèle est fortement marqué par une volonté d'autofinancement et d'ancrage dans le contexte local (Aide *et al.* 2003). Elle s'illustre particulièrement dans les espoirs placés dans la *zakat* - un impôt islamique sur l'épargne - comme source potentielle

de financement. Cependant, les résultats restent décevants. En effet, la proportion de bénéficiaires ne dépassait pas 2% des utilisateurs des structures de santé et les activités de support et de supervision depuis le lancement des projets sont restées rares et peu structurées.

À Madagascar, dans le district de Marovoay, une initiative de fonds d'équité hospitalier a été créée en 2005 comme un complément à la politique nationale de fonds d'équité pour les soins de santé de base initiée en 2003. Ces derniers, en raison de faiblesses de conception et de financement (fonds communaux), peinent à décoller et ne couvrent pas les frais des soins hospitaliers dont l'accès est beaucoup plus difficile pour la population pauvre. Contrairement aux deux autres expériences, le fonds d'équité hospitalier de Marovoay bénéficie d'un accompagnement opérationnel et financier conséquent de la GTZ depuis janvier 2005 (Noirhomme & Thomé 2006). Le fonds prend en charge les frais des soins hospitaliers des indigents, les frais de transport à l'hôpital et la nourriture du patient durant son hospitalisation. Les autres personnes qui ont des difficultés pour payer les soins peuvent bénéficier d'un crédit. Des bailleurs de fonds externes financent la prise en charge des frais d'hospitalisation et les frais administratifs du fonds d'indigence. Le transport est financé par les communautés, et les frais de nourriture le sont par les budgets de l'État.

D'autres expériences de fonds d'indigence existent, sans qu'elles aient fait l'objet d'une documentation formelle. Plusieurs ont été identifiées sur internet, toutes initiées par des organisations non gouvernementales. Nous en citons deux à titre d'exemple. A Madagascar, l'Association Girard et Robic prend en charge les frais d'hospitalisation des démunis, et, en 2002, a coordonné la prise en charge des soins hospitaliers dans le cadre du projet d'un collectif de 30 organisations qui s'occupaient des indigents (Echo-développement 2003). L'ONG Memisa Belgique finance plusieurs fonds d'équité en RDCongo (Memisa [s.d.]), dont un à Kongolo géré par l'ONG Caritas (Caritas-Kongolo 2006) et un autre dans la zone de santé de Bokonzi dans la province d'Equateur (IPR 2004).

#### COMBINER L'ASSURANCE SANTE ET LES FONDS D'EQUITE

Les mutuelles de santé sont des associations autonomes à but non lucratif, fondées sur la solidarité et la participation démocratique. Elles fonctionnent

selon un mécanisme assurantiel de partage de risque entre les adhérents, qui se traduit par la prise en charge par l'ensemble des assurés des dépenses de santé de chaque individu. L'assurance est fondée sur trois principes essentiels: (1) le partage des risques entre adhérents; (2) le paiement régulier de cotisations pour garantir la viabilité du système; (3) la garantie pour les assurés que les dépenses liées aux risques déterminés seront couverts (BIT/STEP 2005).

La comparaison entre fonds d'équité et mutuelles de santé est éclairante. Tous deux partagent les mêmes objectifs : améliorer l'accès aux soins de santé et améliorer la protection sociale (prévenir que les ménages tombent dans la pauvreté extrême suite à des dépenses de santé catastrophiques). L'assurance est souvent présentée comme un mécanisme financier privilégié pour atteindre ces objectifs. Mais c'est un mécanisme exclusif: les plus pauvres parmi les pauvres n'ont pas les moyens financiers pour assumer la cotisation. Leur inclusion demande donc subvention. Les fonds d'équité, eux, se concentrent exclusivement sur les plus pauvres, en endossant un rôle supplémentaire d'identification. Cette fonction est particulièrement délicate quand on traite de soins de santé hospitaliers. D'une part, le fonds d'équité pourrait être amené à supporter des ménages qui seraient capables de payer une prime d'assurance (erreur d'inclusion). D'autre part, les frais élevés d'une hospitalisation peuvent entraîner les ménages dans la pauvreté extrême, même s'ils n'ont initialement pas été jugés éligibles pour l'assistance sociale (erreur d'exclusion).

Etablir une mutuelle de santé et y greffer un fonds d'équité, dans cette séquence chronologique, semble donc répondre à plusieurs arguments. D'un point de vue d'efficacité, le fonds d'équité peut cibler plus particulièrement les plus démunis, puisque ceux qui peuvent payer la prime d'assurance sont (théoriquement) déjà couverts. D'un point de vue opérationnel, la mutuelle de santé, lorsqu'elle est une institution communautaire crédible qui est communautaire démocratiquement contrôlée, peut être l'agent qui véhicule des subventions pour les plus pauvres dans le système de santé (Bennett 2004 ; Ndiaye *et al.* 2007 ; Jacobs *et al.* 2008). Cette idée est conforme au plaidoyer de l'OMS pour canaliser le financement international vers les systèmes naissants de prépaiement et de mise en commun des cotisations et les institutions qui en ont la charge plutôt que de le consacrer à des projets ou à des programmes (OMS 2008). Une articulation entre systèmes

mutualistes et fonds d'équité peut aussi faciliter l'identification des plus démunis, vu la proximité sociale et l'ancrage communautaire de beaucoup de mutuelles de santé. Du point de vue du bénéficiaire, l'intégration du fonds d'équité dans la mutuelle est socialement plus inclusive et moins stigmatisante, et elle va à l'encontre d'une plus grande fragmentation du système de santé local (PHR*plus* 2006 ; Jacobs & Price 2008).

L'idée n'est pas entièrement neuve. L'apport de l'expérience de Dar-Naïm tient beaucoup à la formalisation des mécanismes d'assistance. Autrement, il existe en Afrique plusieurs expériences d'aide aux ménages démunis, organisées de façon relativement informelle, mais reprenant ce principe de prise en charge des cotisations de la mutuelle des plus pauvres par un tiers payant. On pourrait les classer dans les groupes suivants.

**Systèmes de parrainage.** Ils découlent du principe de solidarité locale. On les retrouve dans certaines mutuelles sénégalaises, notamment à Lalane Diassap et And Fagaru où les cotisations des ménages indigents sont régularisées par les membres du comité de santé, le personnel de santé et/ou des adhérents de la mutuelle (Ministère de la Santé - Sénégal 2004). A Yombal Faju Ak Wer et Matlaboul Fawzeyni également, les membres les plus aisés des mutuelles payent les contributions des élèves des écoles coraniques (PHR*plus* 2006).

**Système de financement par les fonds de la mutuelle.** Certaines mutuelles tirent parti de leur capital pour financer la prise en charge des personnes vulnérables. Au Sénégal, à la mutuelle de Faggu des retraités de l'IPRES, la moitié des contributions annuelles des membres ainsi que les intérêts que ce capital produit sont utilisés pour assurer la couverture des veuves, des orphelins et des démunis parmi les retraités. Ensemble, les personnes assistées forment 3% des bénéficiaires de la mutuelle (PHR*plus* 2006).

Au Rwanda, la mutuelle de Bungwe s'est concentrée uniquement sur l'intérêt du capital pour financer l'adhésion des personnes démunies. Cela fut possible grâce à une large base d'adhésion (20.000 bénéficiaires en 2004) et des taux d'intérêt annuel intéressant (4,5%). Avec ces gains, la mutuelle a été capable de payer la contribution de 413 ménages indigents, soit 91% des ménages qu'ils avaient identifiés comme indigents. (PHR*plus* 2006).

**Couplage mutuelle - fonds d'équité.** Certains pays commencent à envisager de combiner à grande échelle les mutuelles de santé pour la majorité et les fonds d'équité pour la prise en charge des plus pauvres. C'est le cas à

Madagascar, où on propose des mutuelles de santé pour ceux qui peuvent payer, et des fonds d'équité pour les démunis (Ministère de la santé et du planning familial 2005). Au Bénin, la Coopération technique belge (CTB) travaille depuis 2007 au développement parallèle de mutuelles de santé et de fonds d'équité sous une même plate forme de protection sociale dans son projet d'appui à la zone sanitaire de Comè (CTB 2006). Dans le fonds d'indigence des deux Hodhs, en Mauritanie, la combinaison assurance santé/subvention des soins est également suggérée par l'équipe qui a préparé l'analyse « santé et pauvreté en Mauritanie » dans le cadre des programmes de lutte contre la pauvreté (Ahmed *et al.* 2004). Cependant, aucun de ces projets ne prévoit l'adhésion des ménages indigents aux mutuelles de santé. Il s'agit plutôt de deux systèmes parallèles.

**Intégration mutuelles - subvention des soins.** Le Rwanda, où 72% de la population étaient membres d'une mutuelle de santé en juillet 2007 (Inyarubuga 2007), offre aujourd'hui le meilleur exemple d'intégration d'un système de subvention sur un modèle mutualiste. Plusieurs expériences existent dans le pays. Si les paroisses, ONG, congrégations religieuses et l'Etat ont joué un rôle important (Schneider *et al.* 2001 ; Ministère de la santé - Rwanda 2004, Logie *et al.* 2008) ce sont aujourd'hui les bailleurs de fonds externes qui supportent la majorité des subventions. A lui seul, le *Global Fund for Aids, Tuberculosis and Malaria* (GFATM) a payé la contribution à la mutuelle de 803.500 indigents en 2006 ; pour la même année, on estime à 1 million le nombre total de mutualistes subsidiés par les autres bailleurs de fonds et le gouvernement (Kalavakonda *et al.* 2007). A présent, 15-20% de la population bénéficie de subventions de tiers payants pour l'adhésion dans les mutuelles de santé. Certains pays développent des idées similaires. Au Sénégal notamment, où le Ministère de la santé a envisagé d'expérimenter des schémas de prise en charge des démunis dans les mutuelles de santé, suite aux exemples des mutuelles de Faggu, de Lalane Diassap et de And Fagaru (Ministère de la Santé - Sénégal 2004).

#### PRINCIPALES LEÇONS OPERATIONNELLES DES EXPERIENCES DE PRISE EN CHARGE DES DEMUNIS

Les expériences de prise en charge des démunis au Cambodge et en Afrique dégagent une série de leçons opérationnelles qui ont été précieuses dans le

développement du fonds d'indigence de Dar-Naïm, et sont aujourd'hui utiles pour analyser l'expérience. Dans les sous-sections suivantes, nous nous concentrons principalement sur les leçons relatives à l'identification et au financement, avec (1) les principaux modèles d'identification, (2) les critères d'identification ; (3) les erreurs d'exclusion communes ; (4) le choix des sources de financement.

#### *Différents modèles d'identification*

Les auteurs distinguent classiquement deux grandes modalités d'identification des bénéficiaires : la préidentification ou identification active, et la post-identification ou identification passive (Noirhomme & Thomé 2006 ; Jacobs & Price 2008). La préidentification vise à établir en un temps T une liste des ménages indigents pouvant bénéficier de la gratuité des soins. Elle s'effectue dans la communauté, au domicile même des ménages, sans lien avec les besoins de soins de santé immédiats. Dans de nombreux cas, les personnes identifiées reçoivent une carte d'identification qui leur donne accès à la gratuité des soins. Il est attendu que cela renforce leur confiance dans le système, et influence leur itinéraire thérapeutique vers une utilisation accrue des soins de santé. À l'opposé, l'identification passive s'effectue dans la structure de santé, au moment où le patient sollicite des soins, la plupart du temps par un agent indépendant du prestataire. De facto, l'identification passive n'atteint que ceux qui viennent spontanément à la structure de santé. Elle reste cependant plus facile à organiser, pour peu que l'on mette un agent d'identification à disposition. Elle offre également une solution plus souple, adaptée aux dynamiques de la pauvreté, permettant d'assister des ménages qui auraient été identifiés comme non-pauvres lors de la préidentification initiale. Les premiers fonds d'équité au Cambodge adoptaient l'identification passive à l'hôpital. Un grand nombre ont entre-temps développés en plus une formule de préidentification. La combinaison des approches offre probablement une méthode plus optimale (Noirhomme *et al.* 2008).

En Afrique, la préidentification reste la méthode la plus courante pour les fonds d'indigence. Elle s'organise généralement selon une stratégie d'identification par des agents issus de la communauté, avec validation par une entité hiérarchique supérieure. À Madagascar, l'identification des bénéficiaires des fonds d'équité communaux est faite au niveau du *fokontany*

(l'unité sociale de base malgache) et est ensuite validée au niveau communal (Moreau & Ratsizafy 2007). En RD Congo, dans la zone de santé rurale de Bokonzi, c'est un comité de sélection dans chaque village qui se charge d'identifier les plus pauvres, et fait valider les listes par un organe de coordination principale (IPR 2004). En Tanzanie, dans le district de Muheza, l'identification est faite au niveau du village, validée par le comité de santé de la région, et transférée à la coordination sanitaire du district pour approbation (Waelkens 2007). Au Rwanda, le modèle supporté par le GFATM pour son programme de prise en charge des cotisations à la mutuelle des indigents se distingue quelque peu: ce sont les pauvres au niveau de la cellule (l'unité administrative de base) qui indiquent les plus pauvres parmi eux. Les listes sont ensuite validées au niveau du district (Kalavakonda *et al.* 2007).

Sur les approches que nous avons revues, on recense un seul exemple africain se limitant à une identification passive. C'est le choix qu'a fait le fonds d'assistance médicale au Mali décrit ci-dessus, où un membre du personnel de l'hôpital, rattaché au service social hospitalier, évalue les besoins d'aide financière des malades qui en font la demande (Noirhomme & Thomé 2006).

Certaines expériences récentes tentent de combiner les méthodes d'identification. Les fonds d'indigence du Hodh El Garbi et Hodh El Chargi en Mauritanie proposaient les deux méthodes. La méthode principale restait la préidentification avec validation par l'imam local et les autorités sanitaires, mais il y avait également une possibilité théorique de demander l'affiliation au niveau des structures de santé lorsque le besoin de soins de santé se manifestait (Noirhomme 2006 ; Aide *et al.* 2003). Les deux méthodes d'identification se combinent également dans le fonds d'équité de l'hôpital de Marovoay à Madagascar. La préidentification se fait par un comité œcuménique dans chaque village, et est ensuite validée par le comité de gestion du centre de santé de la zone. A l'hôpital, l'identification passive est faite par des assistantes sociales (Criel & Noirhomme 2004).

#### *Les critères d'identification*

Les critères d'identification sont en général laissés à l'appréciation de la communauté. Quand des critères d'inclusion sont développés, ils le sont au niveau décentralisé par les personnes qui feront la sélection. Dans

l'expérience mauritanienne des deux Hodhs, une définition opérationnelle de l'indigence, basée sur le droit islamique et des règles sociales coutumières, a été établie à l'occasion d'un atelier de consensus, auquel participaient des représentants de la population. Mais les comités d'indigence locaux peuvent adapter la définition à leur contexte spécifique et on compte surtout sur leur connaissance de la population pour la sélection des bénéficiaires (Aide *et al.* 2003 ; Noirhomme 2006). A Marovoay à Madagascar, les initiateurs du projet ont fait le choix délibéré de ne pas définir des critères d'identification standardisés. Là aussi, on compte sur la connaissance des responsables religieux de la population. Par contre, il était prévu d'établir des critères dans un deuxième temps, à partir de caractéristiques qui sont communes à toutes les personnes sélectionnées par le comité (Noirhomme & Thomé 2006). Dans son programme de prise en charge des indigents au Rwanda, le GFATM a établi une définition selon les ressources des ménages: sont considérées comme éligibles les personnes vivant en extrême pauvreté, c'est-à-dire avec un revenu de FRw 175 ou USD 0,31 par jour (Kalavakonda *et al.* 2007). Mais il n'y a pas de critères préétablis pour le processus d'identification participative des bénéficiaires. La communauté pauvre choisit sa propre méthode pour indiquer les plus pauvres parmi eux.

#### *Risques d'exclusion dans les identifications par les acteurs locaux*

Les critères développés par les comités locaux et le choix des candidats sont souvent très restrictifs et se limitent aux personnes qui vivent dans la pauvreté et l'exclusion sociale la plus extrême. Dans l'expérience mauritanienne mentionnée ci-dessus, la définition consensuelle d'indigence était « la situation dans laquelle une personne ne peut pas satisfaire un besoin alimentaire élémentaire » (Noirhomme 2006, p. 23). Le nombre de bénéficiaires était limité à environ 2% des utilisateurs des postes et centres de santé et encore moins au niveau des hôpitaux. Les fonds d'assistance médicale au Mali définissent les indigents comme « toute personne sans ressources, ne bénéficiant d'aucun soutien social » (Noirhomme & Thomé 2006, p. 439). Les bénéficiaires acceptés y sont toujours des orphelins ou des personnes isolées âgées ou handicapées. La prise en charge des plus pauvres était tout aussi restrictive dans la mutuelle de Maliando en Guinée. Seules dix personnes indigentes avaient été identifiées et acceptées par les membres

payants sur un nombre total de 10.934 mutualistes, c'est-à-dire environ 1 pour mille (Bokar *et al.* 2002).

Dans ces trois cas, les restrictions sont imposées par des contraintes budgétaires liées à la volonté de fonctionner avec des ressources locales. Mais ce n'est pas la seule explication. Dans l'expérience de Marovoay à Madagascar, où le fonds est alimenté par des ressources externes conséquentes, les responsables religieux n'avaient retenu dans un premier temps que 2% de la population comme indigente, alors que le projet prévoyait une couverture minimale de 5% de la population (Noirhomme & Thomé 2006). L'explication ici est plutôt à trouver dans des questions plus subtiles de représentation sociale et de perception de la pauvreté. Il semble y avoir une réticence à distinguer les indigents du reste de la population, elle-même considérée comme majoritairement pauvre. Cela se traduit souvent par une focalisation sur les seuls exclus sociaux, qui ne bénéficient pas des traditions de solidarité familiales élargies. En corollaire, élargir le groupe de bénéficiaires reviendrait à inclure la grande majorité de la communauté. En effet, la pauvreté n'est pas une situation immuable mais souvent transitoire (Hulme & Shepherd 2003). Tout ménage dans ces communautés pauvres est susceptible de tomber dans la pauvreté extrême suite à une mauvaise récolte, à la maladie ou à la mort du soutien de famille. On observe également une résistance communautaire au risque d'inclusion dans des programmes d'assistance sociale de personnes qui ne sont pas réellement nécessiteuses (Criel *et al.* 2008). A l'inverse, ce sont parfois les nécessiteux qui luttent contre leur inclusion par peur de la stigmatisation. C'est le cas à Madagascar où de nombreuses personnes éligibles refusent d'être classées comme « démunies » car cela représente une honte pour leur famille qui n'est pas en mesure de les prendre en charge (Criel & Noirhomme 2004 ; Moreau & Ratsizafy 2007). En termes épidémiologiques, on pourrait dire qu'il est socialement inacceptable d'avoir des *faux positifs* dans le processus d'indentification des bénéficiaires du fonds d'indigence, même si cela se fait au prix d'un certain nombre de *faux négatifs*. Le même type de réaction se retrouve dans le fonctionnement de l'assistance sociale en Belgique (Criel *et al.* 2008). Il n'est donc pas évident de confier à des groupements communautaires la décision sur qui peut ou pas bénéficier d'assistance (Conning 2002).

Il n'y a donc pas de solution unique. Une enquête de pré-identification peut être utile pour identifier les ménages qui vivent dans l'indigence permanente, mais elle n'est pas adaptée pour capter les situations de pauvreté transitoire (Ir *et al.* 2008) et reste potentiellement stigmatisant. Comme évoqué ci-dessus, une combinaison avec des méthodes d'identification passive peut aider à détecter les personnes qui ont des problèmes de pauvreté temporaire, et ceux qui ont été exclus à la pré-identification initiale (Ir *et al.* 2008 ; Jacobs & Price 2008).

#### *Quelle source de financement pour les fonds d'équité ?*

Le financement des fonds d'équité provient soit de bailleurs de fonds externes qui proposent un financement à long terme, soit de sources locales : de l'État, des administrations régionales et des communes, des recettes des structures de santé ou des contributions de la population. Les expériences au Cambodge ont montré les limites d'un financement provenant seulement de sources locales. Les budgets sont insuffisants pour couvrir les besoins. Il y a des restrictions du paquet de services offerts ou du nombre de bénéficiaires (Noirhomme *et al.* 2007). A notre connaissance, l'ensemble des expériences africaines à ce jour sont restées relativement modestes en termes de résultats. Les leçons tirées du Cambodge peuvent apporter des éléments explicatifs. Il apparaît notamment qu'un modèle de financement inadéquat ait nuit aux trois expériences décrites par Noirhomme et Thomé (2006).

Au Mali, où l'objectif était d'arriver à un financement local durable, les sources de financement prévues ne permettaient pas de couvrir les besoins. La vente des médicaments ne dégagait pas un surplus suffisant, le mécanisme pour obtenir des fonds de la municipalité s'est avéré lourd et les subventions attendues de l'État n'ont jamais été obtenues (Ngwakum 2005). Pendant les premières années de l'expérience, 2% des patients hospitalisés ont bénéficié du fonds d'assistance médicale de Sélingué et parmi ceux-ci, seulement 9% ont bénéficié de soins gratuits ; les autres ont reçu un crédit (Noirhomme & Thomé 2006).

Les fonds d'équité au niveau des centres de santé de base à Madagascar (à distinguer du fonds d'équité hospitalier de Marovoay) rencontrent le même problème budgétaire qui limite le nombre de personnes prises en charge. Les fonds devraient être alimentés par une partie des revenus de la vente des médicaments et une subvention de l'État, des provinces autonomes

et des communes (Ministère de la santé et du planning familial 2005 ; Moreau & Ratsizafy 2007). Mais les communes, qui ne disposent que d'un budget limité, donnent priorité au financement des services communs comme l'amélioration des routes, des écoles et des centres de santé. En concertation avec le centre de santé de base, la commune impose un nombre de bénéficiaires à ne pas dépasser en fonction du financement disponible. Dans de nombreuses communes les fonds d'équité n'ont pas été mis en place par manque de fonds de départ (Moreau & Ratsizafy 2007).

En Mauritanie, les fonds d'indigence des deux Hodhs étaient censés être supportés par un financement mixte provenant de l'État, des communes, des recettes des structures de santé et d'une contribution de la population (Aide *et al.* 2003). En raison de faiblesses de concept et d'un manque de support, cette approche de financement partagé n'a jamais vu le jour. Le budget d'assistance sociale alloué par l'État et le recouvrement des coûts constituaient les seules sources de financement, tout comme dans un système classique d'exemption des plus pauvres par le prestataire. Le projet d'alimenter le fonds par la *zakat* n'est pas devenu opérationnel, malgré le support des autorités religieuses pour sa promotion. Le nombre de bénéficiaires était estimé à 1% seulement des utilisateurs des structures de santé (Noirhomme 2006).

A l'hôpital de Marovoay, en revanche, où des bailleurs de fonds externes supportent les frais d'hospitalisation et les frais administratifs, 12,5% des malades hospitalisés recevaient des soins gratuits payés par le fonds d'équité selon les premiers résultats publiés en 2005. Par contre, l'assistance pour le transport vers l'hôpital, qui devait être financée par une contribution de la communauté, restait limitée, et les frais de nourriture n'ont finalement pas été financés par les budgets de l'État comme prévu (Noirhomme & Thomé 2006).

Ces exemples suggèrent que jusqu'à présent le financement par des ressources locales n'est pas une stratégie adéquate pour la prise en charge des soins de santé des plus pauvres. Dans cette approche, c'est le montant collecté qui détermine le nombre de personnes aidées ou les services couverts. Pour garantir l'accès aux soins des exclus, il faut suivre la démarche inverse : calculer un budget à partir des besoins réels et ensuite trouver un financement en conséquence (Hardeman *et al.* 2004). Le financement à partir des ressources libérées par l'initiative en faveur des pays pauvres très

endettés peut être une solution pour un financement local durable, mais il faut alors une volonté politique réelle pour mettre en application les engagements prévus dans les plans sanitaires.

Le tableau 1 reprend les principales caractéristiques des fonds d'équité Africains qui ont été discutées dans la section qui précède. Le tableau 2 synthétise les caractéristiques d'expériences Africaines de subventionnement de l'adhésion de ménages indigents à des systèmes mutualistes.

**Tableau 1. Résumé des caractéristiques des fonds d'indigence/équité Africains étudiés**

<b>Pays</b>	Mali	Mauritanie	Madagascar	Madagascar	République Démocratique du Congo
<b>Localité</b>	<i>Sélingué</i>	<i>Hodh el Gharbi et Hodh el Chargui</i>	Echelle nationale	<i>Marovoay</i>	<i>Bokonzi</i>
<b>Nom</b>	Fonds d'assistance médicale	Fonds d'indigence	Fonds d'équité	Fonds d'équité	Fonds d'équité
<b>Création</b>	2001	2003	2003	2005	2004
<b>Soins couverts</b>	Hôpital	17 structures de santé de première ligne et de référence	Centre de santé publics	Hôpital de district de Marovoay	Hôpital de zone de Bokonzi
<b>Principales sources de financement</b>	Ressources locales	Ressources locales	Ressources locales	Bailleur externe	Bailleur externe
<b>Identification</b>	Identification passive par assistants sociaux	Préidentification par comité + identification passive	Préidentification par comité	Préidentification par comité + identification passive	Préidentification par comité
<b>Nombre de personnes couvertes</b>	2% des hospitalisés	2% des utilisateurs de la première ligne	Supposé très faible (<1%).	12,5% des hospitalisés	661 malades hospitalisés en 2004

Tableau 2. Quelques caractéristiques des initiatives de subventionnement de l'adhésion des ménages indigents à une mutuelle de santé

Pays	Sénégal	Sénégal	Rwanda	Rwanda	Tanzanie
Nom de la mutuelle de santé	Lalane Diassap, And Fagaru, Yombal Faju Ak Wer, Matlaboul Fawzeyni	Faggu	Bungwe	Généralisé	Community Health Fund (CHF) du district de Muheza
Principales sources de financement pour les indigents	Parrainage par des personnes aisées	Fonds créé avec les ressources des membres	Fonds créé avec les ressources des membres	Fonds Global Sida, Tuberculose et Malaria ; subventions de l'État	District (avec bailleurs externes)
Identification des ménages indigents	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Préidentification par un processus participatif	Préidentification par leaders administratifs
Nombre de personnes indigentes couvertes	Inconnu	3% des bénéficiaires de la mutuelle	413 personnes = 91% des ménages identifiés	15-20% de la population	Inconnu



---

## *Vers la création du fonds d'indigence de Dar-Naïm : éléments du contexte*

### DAR-NAÏM, UN DEPARTEMENT URBAIN DE NOUAKCHOTT

Nouakchott, la capitale de la Mauritanie, a connu une expansion rapide suite à l'exode rural des années 1980. Des années de sécheresse et la dégradation des conditions de vie dans les zones rurales ont engendré la migration des populations vers les grands centres urbains. Le département de Dar-Naïm est né de ce contexte en 1989, suite à l'afflux de populations rurales. Il comptait 59.486 habitants lors du recensement fait par le PSDN en 2003 (Guisset 2003). C'est l'un des quartiers pauvres de Nouakchott. Trent-cinq pourcents des chefs de ménage sont sans emploi (Commune de Dar-Naïm 2008). L'analphabétisme touche 69% des adultes. La population vit du maraichage et du commerce de détail, menacés respectivement par l'irrégularité de l'apport en eau et par le pouvoir d'achat limité des habitants. Les plus pauvres ont généralement des sources de revenu précaires, telles le criblage de coquillages (triage selon leur taille et spécificité). Les services publics sont faiblement développés. Seuls 25% de la population bénéficie d'un réseau d'eau, souvent déficient ; il y a peu de routes, pas de transport public, pas de service d'assainissement ; le réseau d'électricité n'arrive pas dans les quartiers du nord et du centre ; dans les quartiers pourvus, 80% des branchements sont illégaux et potentiellement dangereux.

### LES SOINS DE SANTE DANS LE DEPARTEMENT DE DAR-NAÏM

Caritas Mauritanie a développé le Projet Santé Dar-Naïm (PSDN) à l'appel du Ministère de la Santé. Le PSDN vise à mettre en place des services de soins de santé primaire, avec une participation de la communauté à la gestion. Une équipe de mobilisation sociale est chargée d'organiser la participation communautaire. Le projet compte quatre structures : le centre de santé Tab Salam Diam, avec un centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle, une maternité et un laboratoire ; et trois postes de santé équipés d'une salle d'accouchement: Tab El Avia (1995), Tab El Khair (1996) et Tab Teissir (1997). Les postes de santé offrent les consultations

générales, pré- et postnatales, la planification familiale, les accouchements, le dépistage VIH, la vaccination et le suivi nutritionnel des enfants. Ils sont accessibles 24h/24 grâce notamment à la construction de logements de fonction (Bâ 2002).

D'autres structures de santé publiques et privées à but non lucratif sont installées à Dar-Naïm. Le premier d'entre eux, l'hôpital national Cheikh Zayed est communément considéré comme le premier choix concernant les soins de santé de référence (Bâ 2007). La plupart des spécialités médicales et chirurgicales y sont disponibles, de même que les services de soins intensifs, d'urgence, de biologie et d'imagerie médicale. Les malades se rendent également fréquemment au Centre Hospitalier National (CHN) pour des soins de premier recours, malgré qu'il s'agisse de l'hôpital de référence national. Outre ces deux structures, l'offre de soins comprend également un nombre de pharmacies privées, cabinets de soins privés et guérisseurs traditionnels.

Afin de diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux, un système de prépaiement, nommé 'forfait obstétrical', a été initié en novembre 2002 dans différents départements de la ville de Nouakchott (Renaudin 2008). Il s'agit d'un système de mutualisation qui cible uniquement les femmes enceintes. Un forfait de 22\$US couvre les soins durant l'intégralité de la grossesse, ainsi que les complications et interventions chirurgicales éventuelles en rapport avec la grossesse. Les structures dans lesquelles ces femmes sont prises en charge se situent en dehors de l'aire de Dar-Naïm.

#### LA MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE DAR-NAÏM

La mutuelle de santé de Dar-Naïm est née du constat qu'une partie de la population n'avait toujours pas accès aux soins de première ou de deuxième ligne, malgré les efforts du PSDN pour offrir des soins peu coûteux et de bonne qualité (Criel 2005). La réflexion a démarré avec un voyage d'études organisé pour les membres de l'équipe de direction du PSDN au sein des mutuelles de santé de Dakar et de Thiès au Sénégal. Ils ont également suivi les formations organisées par le programme Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté (STEP) du Bureau International du Travail (BIT).

Les premières étapes de sensibilisation dans les quartiers et de repérage des leaders potentiels démarrèrent en juillet 2001. L'étude de faisabilité a été effectuée en 2002 (Bâ 2002). Elle comprenait trois volets : (1) une enquête de ménage pour évaluer les attentes en matière de santé, le potentiel d'adhésion à une mutuelle de santé et le niveau de participation financière envisageable (1137 chefs de ménage) ; (2) des interviews et des discussions de groupe focalisées avec les membres des organisations de quartier (21 groupes) ; et (3) une étude des frais des services de santé auprès des prestataires de soins, qui a eu lieu dans cinq structures de première ligne, publiques et privées à but non lucratif, mais n'a pas pu être réalisée dans les deux hôpitaux de référence.

Après l'étude de faisabilité, le comité d'initiative a travaillé sur le développement de statuts et d'outils de gestion de la mutuelle. Les membres se sont accordés sur une structure de mutuelle de santé communautaire, représentée par une assemblée générale et un conseil d'administration. L'ensemble a été formalisé avec la création de statuts, d'un règlement d'ordre intérieur, et la rédaction de contrats types entre la mutuelle et les structures de santé conventionnées.

Les adhésions à la mutuelle ont démarré en novembre 2002. En un mois 1.450 personnes ont adhéré, représentant environ 7.000 bénéficiaires. Parmi ces adhérents, des délégués (1 pour 10 adhérents) ont été élus pour participer à l'assemblée générale constitutive de la Mutuelle Communautaire de Santé de Dar-Naïm (MCSDN) qui s'est tenue le 11 janvier 2003. Elle visait notamment à la validation des statuts et outils de gestion développés par le comité d'initiative.

Le paquet de bénéfices s'est progressivement élargi depuis 2003. En 2008, la mutuelle de santé donnait accès aux soins de 11 structures de santé : les quatre structures du PSDN, quatre structures de première ligne publiques et privées à but non lucratif situées dans ou aux alentours de Dar-Naïm, les deux hôpitaux de référence, et le centre de santé de Sebkha pour les soins obstétricaux de référence.

Une restriction de taille : les mutualistes ne bénéficient que d'une couverture partielle concernant les soins hospitaliers. La mutuelle rembourse un montant forfaitaire, sur une sélection de services hospitaliers considérés comme essentiels (voir tableau 3), le reste étant à charge du patient mutualiste. Une extension du paquet de bénéfice supposerait l'apport de

subsidés externes. En leur absence, il est rapidement apparu qu'une cotisation basée sur le prix moyen des hospitalisations serait inabordable pour la grande majorité des ménages. L'imprévisibilité des dépenses hospitalières rend de plus ce calcul difficile (Bâ 2007).

Le rapport 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé précise que le développement de la couverture universelle implique une extension de cette couverture à trois niveaux. Le premier est celui de la *largeur* de la couverture, c'est-à-dire la proportion de la population qui bénéficie d'une forme de protection sociale ; le deuxième est celui de la *profondeur* de la couverture, c'est-à-dire la gamme des prestations et services qui sont effectivement couverts par le système de protection sociale; et troisièmement il y a le niveau de la *hauteur* de la couverture, c'est-à-dire la proportion du coût des soins de santé qui est couverte par le système (OMS 2008). Ainsi, dans le cas de la mutuelle de santé de Dar-Naïm, la largeur de la couverture est faible (moins de 5% de la population cible) ; la profondeur est relativement grande pour les soins au niveau de la première ligne, bien moins en ce qui concerne les soins hospitaliers où beaucoup de services ne sont pas (encore ?) couverts ; et finalement la hauteur de la couverture reste limitée. En effet, le niveau des co-paiements à payer par les mutualistes au lieu et au moment de l'utilisation des services de santé reste considérable.

Tableau 3. Services couverts par la MCSDN

	Prise en charge par la mutuelle	A charge du bénéficiaire
<b>Centre et poste de santé</b>		
Consultation + médicaments génériques	Dépenses au dessus de 50 UM	Ticket modérateur de 50 UM (0,16 €)
Accouchement	75%	25%
Examens de laboratoire	75%	25%
Soins dentaires	50%	50%
<b>Hôpital</b>		
Forfait hospitalisation	20.000 UM (62,08 €)	
Césarienne : prestation chirurgicale (20.000 UM (CHN) ou 30.000 UM (Cheikh Zayed))	100%	Les autres dépenses liées à l'hospitalisation
Forfait accouchement autre que césarienne	5.000 UM (15,52 €)	Dépenses au dessus du forfait
Transport pour urgence obstétricale	500 UM (1,6 €)	Dépenses au dessus du plafond
Soins ambulatoires à l'hôpital (plafond)	5.000 UM (15,52 €)	Dépenses au dessus du plafond
<b>Pharmacie privée</b>		
Médicaments pour maladies chroniques	30%	70%
Autres médicaments	50%	50%

Le droit d'adhésion à la mutuelle est fixé à 300 UM<sup>1</sup> (0,93 EUR) par ménage. Les cotisations mensuelles sont fixées à 60 UM (0,19 EUR) par personne. Le droit aux prestations prend effet dès la fin d'une période d'observation de quatre mois. Le bénéficiaire doit obligatoirement être à jour dans le versement de ses cotisations pour bénéficier des prestations de la mutuelle. Egalement, une référence en bonne et due forme est exigée pour accéder aux services hospitaliers (MCSDN 2007).

Depuis le démarrage des activités de la mutuelle, le nombre d'adhérents stagne autour de 1.700 ménages (environ 9.000 bénéficiaires), et ce malgré l'inscription d'environ 400 nouveaux ménages adhérents chaque année. Le

<sup>1</sup> Taux de change en novembre 2008 : 1.000 Ouguiyas mauritanien = 3,10393 Euros

problème résiderait dans la fréquence (mensuelle) du paiement des cotisations. En mars 2008, la mutuelle a lancé une campagne d'information à grande échelle, invitant les adhérents à payer leur cotisation annuellement. 10% des membres ont répondu à l'appel, 700 nouveaux ménages se sont inscrits, et le suivi des cotisations mensuelles s'est amélioré.

Restent cependant de nombreux ménages qui ne peuvent pas payer la cotisation à la mutuelle. En réponse, le PSDN s'est inspiré du projet des fonds d'indigence du Hodh El Garbi et Hodh El Chargi à l'est du pays pour développer un fonds similaire, visant à améliorer l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres. L'innovation majeure aura été de greffer ce fonds d'indigence sur la mutuelle de santé. Le fonds permettrait ainsi l'intégration dans la mutuelle de ménages démunis en payant leurs droits d'adhésion et leurs cotisations.



*Un des quartiers défavorisés de Dar-Naïm*

---

## *Description du fonds d'indigence de Dar-Naïm*

### LA GENESE DU FONDS D'INDIGENCE

La réflexion sur le fonds d'indigence a commencé début 2004, à l'occasion d'une commission organisée par le PSDN et réunissant des représentants de la commune, des responsables religieux, des organisations communautaires et de santé. Cette commission a défini une première liste de critères d'identification et a élaboré les modalités de prise en charge.

Le choix de la population cible a été une décision primordiale dans cette phase préparatoire. Fallait-il se focaliser sur les seuls indigents, ou élargir la sélection à tous les ménages qui ne peuvent pas payer la cotisation (de 60 UM (0,19 EUR) par personne et par mois à la mutuelle)? C'est au final la première option qui a primé. L'appellation « fonds d'indigence » au lieu de « fonds d'équité » reflète ce choix. Mais la notion de population cible a encore évolué par la suite (voir section suivante).

Dans un premier temps, l'identification des bénéficiaires a été confiée dans chaque zone<sup>2</sup> à une sous-commission de bénévoles composée d'un imam, d'un représentant de la mutuelle et d'un représentant du comité de santé. Les résultats furent décevants : les critères de sélection étaient rarement respectés, et une certaine pression sociale a poussé les sous-commissions à inclure des non-pauvres. Le principe de bénévolat a également posé problème, ce qui a conduit à interrompre le programme.

Après ce faux départ, la réflexion sur le fonds d'indigence a été remise sur la table fin 2005, suite à une évaluation du PSDN commandité par l'ONG belge Memisa-Belgique (Criel 2005). Il fut cette fois conçu comme une activité du PSDN, complémentaire à ses programmes d'offre de soins et de promotion de la mutuelle. Sa coordination a été confiée à un membre de staff du PSDN, une dame expérimentée, enseignante de formation et antérieurement directrice d'école, qui fut responsable des activités

---

<sup>2</sup> Le PSDN avait subdivisé Dar-Naïm en sept zones pour l'organisation de l'étude de faisabilité de la mutuelle de santé (Bâ 2002). Cette subdivision a ensuite été utilisée pour l'organisation de la mutuelle. Les données statistiques, par exemple, sont compilées par zones ; les activités de sensibilisation sont organisées par zone ; etc.

d'animation communautaire du PSDN depuis plusieurs années. Sa connaissance de la communauté de Dar-Naïm et les relations de confiance qu'elle avait construites avec les leaders locaux ont été des éléments décisifs dans sa sélection. En parallèle, un nouveau processus d'identification des bénéficiaires a été instauré. La responsable procède à une investigation des conditions de vie des ménages, appuyée par une liste de critères d'inclusion établie par l'équipe du PSDN (voir encadré 1). La sélection des bénéficiaires est par la suite validée par une commission de sélection composée des quatre responsables de structures sanitaires du PSDN, du responsable médical du PSDN et du président de la mutuelle. Ce modèle de fonctionnement a également évolué depuis.

#### Encadré 1. Les critères d'inclusion établis en 2005

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Malade mental errant</li><li>- Personne du troisième âge démunie sans encadrement familial ne pouvant assurer son alimentation au quotidien</li><li>- Orphelin ou enfant abandonné sans appui et sans ressources</li><li>- Personne handicapée sans appui et sans ressources</li><li>- Ménage sans ressources, vivant dans un habitat précaire et sans appui extérieur</li><li>- Enfant en rupture avec la famille et vivant dans la rue</li></ul> |
|--|

#### POPULATION CIBLE ET IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES EN PRATIQUE

Dans les faits, la démarche d'identification s'est quelque peu écartée du modèle théorique brossé ci-dessus. La première démarche de la responsable du fonds d'indigence a été de valider le statut des ménages qui étaient déjà identifiés comme indigents par les structures de santé du PSDN. Ceci a conduit à rejeter plusieurs ménages qui étaient manifestement non pauvres.

L'étape suivante aura été d'élargir la base des bénéficiaires. Dès le départ, la responsable s'est rendue systématiquement au domicile des ménages identifiés comme indigents par les soignants ou par des responsables de la mutuelle (ce qu'elle fait encore aujourd'hui). Elle visite également tout ménage d'enfants traités dans les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN), qui ont une forte probabilité de compter parmi les plus démunis. Mais il fallait aller plus loin. Une grande campagne

d'identification ne semblait pas une méthode appropriée. Les expériences passées ont démontré que, dans des événements de ce type, les « vrais indigents » ne se manifestent pas et passent inaperçus. L'équipe du PSDN a préféré une approche plus active, tablant sur l'engagement de la responsable du fonds d'indigence. Les leaders de quartier, ont été mis à contribution pour préidentifier les groupes cibles (définis comme « les plus pauvres parmi les pauvres »). Ils sont aujourd'hui la principale source de nouvelle inscription de démunis. Pour chaque ménage proposé, la responsable du fonds d'indigence fait une enquête individuelle et remplit une fiche d'identification, qui est ensuite validée par une commission de sélection. Si besoin, la responsable du fonds d'indigence motive l'inclusion de ménages qui, strictement parlant, ne répondent pas aux critères d'inclusion établis. A noter que les prestataires de soins restent une source d'information importante concernant les ménages vulnérables.

L'expérience de terrain a également révélé que les critères d'inclusion originaux (voir l'encadré 1) n'étaient pas des plus pertinents, certains des critères listés n'ayant même jamais été utilisés pour l'identification des indigents. L'identification repose aujourd'hui nettement plus sur l'avis initial des chefs de quartier, confirmé par l'évaluation personnelle de la responsable du programme lors de ses visites à domicile. La responsable base son avis sur ses propres observations qui concernent (1) la précarité de l'habitat et des objets dans la maison ; (2) la propreté, la santé et la nutrition des enfants ; (3) la scolarisation des enfants (Est-ce que les enfants sont à l'école ? A quel âge sont-ils retirés de l'école pour travailler ?) Et (4) une estimation des revenus (quelles activités ? Quels revenus de ces activités ? disposent-ils d'appuis externes ?). Ces questions ont été ajoutées à la fiche d'identification qui contient maintenant des points sur les conditions de vie du ménage, leurs activités économiques et les difficultés sociales et médicales rencontrées.

Surtout, cela a fait comprendre le besoin de ne pas se cantonner aux seuls indigents, mais d'élargir la liste à d'autres ménages en difficulté pour empêcher leur déclin dans l'indigence. Les exemples dans l'encadré 2 donnent une illustration des cas vécus sur le terrain. Ils font comprendre que la pauvreté peut être un processus évolutif et dynamique : les pauvres peuvent devenir indigents, et vice versa. C'est l'expérience qui aura révélé à l'ensemble des partenaires à quel public le fonds d'indigence est destiné. Le

programme est aujourd'hui prudemment élargi aux « pauvres en difficulté ». La gérante de la mutuelle rend visite aux ménages qui interrompent le paiement de leur contribution mensuelle pour en identifier la cause. Si la raison est d'ordre financier (décès, maladie ou départ du chef de ménage, etc.), le fonds d'indigence peut intervenir pour la durée nécessaire.

Cette évolution a un impact au niveau de la mutuelle de santé elle-même. Jusqu'à présent, la cotisation est identique pour chaque bénéficiaire. L'idée d'adapter la cotisation au profil du ménage (ex : cotisation réduite pour les familles nombreuses) devient envisageable au niveau du conseil d'administration de la mutuelle.

#### **Encadré 2. Exemples de parcours familiaux d'appauvrissement vécus à Dar-Naïm**

- Un ménage agréé dans le programme comporte trois personnes qui ont en même temps souffert de tuberculose, ainsi qu'une femme qui souffre de séquelles graves après un accouchement difficile. Une intervention précoce et temporaire aurait pu prévenir son déclin dans l'indigence.
- Un homme atteint du SIDA ne veut pas que sa famille connaisse son état et prend ses médicaments en cachette. Il est suivi au Centre ambulatoire pour les malades atteints du SIDA, où il reçoit son traitement et une aide alimentaire. Le fonds paie le transport et l'hospitalisation, ainsi que les démarches administratives, car bien que sa famille ne vive pas dans l'indigence, lui-même n'a aucun revenu.
- Une veuve récente a la charge de cinq enfants en âge de scolarité. Elle vit toujours dans sa propre maison, mais reçoit peu d'aide. Etant propriétaire, elle ne peut théoriquement pas être considérée comme indigente et bénéficier de l'assistance du fonds. Les membres de la mutuelle ont cependant plaidé pour son inclusion, suggérant qu'on n'attende pas qu'elle doive vendre sa maison pour pouvoir être aidée.
- Un homme qui payait régulièrement ses cotisations a arrêté de le faire. Questionné par la gérante de la mutuelle, il confie avoir perdu son emploi et ne plus être en mesure de cotiser.

#### SERVICES OFFERTS PAR LE FONDS D'INDIGENCE

Un patient indigent a des besoins plus étendus qu'un patient avec des ressources financières plus importantes. L'équipe du PSDN a rapidement fait

l'expérience que payer la contribution à la mutuelle de santé ne suffisait pas pour effectivement améliorer l'utilisation de soins de santé. L'assistance s'est donc élargie à d'autres interventions. Outre la prise en charge de l'affiliation à la mutuelle de santé (droits d'adhésion, frais administratifs, paiement des cotisations payées pour une année), le fonds d'indigence supporte également (1) les co-paiements qui restent à la charge des membres de la mutuelle (voir le tableau 3) ; (2) les frais de transports pour aller à l'hôpital ou aux consultations spécialisées, qui restent une barrière importante à l'accès aux soins et (3) les services spécialisés qui ne sont pas couverts par la mutuelle, tels que les consultations, les examens et les services de suivi dans le Centre national d'orthopédie et de rééducation fonctionnelle (CNORF) et dans le Centre neuropsychiatrique (CNP).

Par ailleurs, comme nous le verrons dans une section suivante, le PSDN s'investit également dans d'autres actions sociales sur les champs du logement, de l'exclusion, de l'activité économique etc. On dépasse ici la fonction préventive de la protection sociale pour entrer dans le champ des activités promotionnelles.

Le fonds d'indigence et la mutuelle sont donc des institutions séparées, gérées par des équipes distinctes. Le fonds d'indigence est dirigé par le projet PSDN et la mutuelle par les mutualistes. Le fonds d'indigence prend en charge les cotisations de ses bénéficiaires à la mutuelle et, en outre, il supporte l'intégralité des frais d'hospitalisation de ses bénéficiaires, tickets modérateurs inclus, via un système de tiers payant. La mutuelle par contre n'offre pas le même service à ses affiliés (payants) qui doivent payer de leur poche les tickets modérateurs au moment et au lieu de l'utilisation du service. Cette distinction ne résulte pas d'une démarche planifiée, mais plus d'arrangements opérationnels qui se sont mis en place progressivement. Il y a d'abord des raisons administratives : le fonds d'indigence a négocié avec l'hôpital un partage complexe des frais hospitaliers des indigents qui ne correspond pas aux procédures de la mutuelle. Une deuxième raison d'ordre pratique : l'identification passive par le fonds d'indigence permet une prise en charge en urgence des patients indigents, ce qui est impossible dans les procédures de la mutuelle. Ceci justifie partiellement la troisième raison : la crainte d'une surconsommation des ressources de la mutuelle par les indigents. Ce pourrait être le cas si la majorité des patients étaient identifiés

passivement. En pratique cependant, les résultats récents démontrent plutôt le contraire.

#### PROCEDURES ADMINISTRATIVES ET ACCES AUX SERVICES

Des efforts importants ont été consentis pour faciliter l'accès aux soins des affiliés du fonds d'indigence, et pour qu'ils soient considérés comme des mutualistes à part entière.

Ils bénéficient du même carnet que les membres payants, avec simplement la mention discrète d'un « I » au verso de la couverture pour faciliter la facturation au fonds d'indigence, qui reste donc un fonds séparé du fonds de la mutuelle. Ce carnet leur ouvre accès au minimum aux mêmes services que les patients payants

Les affiliés du fonds d'indigence ne se voient pas imposer une période d'attente de quatre mois avant de pouvoir bénéficier des soins, tout comme pour l'ensemble des membres payants de la mutuelle. Cette exception est justifiée par le fait que les affiliés du fonds d'indigence ne prennent pas eux-mêmes la décision d'adhérer.

Enfin, comme décrit dans la section précédente, ils bénéficient de certains services spécifiques qui ne sont pas compris dans l'enveloppe mutualiste.

#### LE FINANCEMENT DU FONDS D'INDIGENCE

La stratégie initiale envisagée pour financer les soins de santé des indigents était, à l'exemple de l'expérience des fonds d'indigence à l'est du pays, de faire appel aux ressources locales : les ressources privées, comme la *zakat*, et les ressources publiques, comme les fonds sociaux de la commune et de l'État. Là également, cette stratégie d'autofinancement n'a pas porté fruit. Les responsables religieux et la mairie avaient leurs propres projets et n'avaient pas prévu de participer au financement. Bien au contraire, il semble que leur enthousiasme initial était plutôt guidé par l'espoir d'avoir accès à des ressources externes supplémentaires.

La deuxième initiative démarrée fin 2005 a été financée par Memisa Belgique. Un budget annuel d'environ 5.000 Euro a été dégagé pour la gestion du fonds d'indigence et le paiement des soins de santé des plus

pauvres (cotisation des mutuelles de santé, autres frais liés à l'accès aux soins).

La direction du PSDN a fait le choix de réserver ces ressources strictement au fonctionnement du fonds et au paiement des soins de santé. Pour les autres interventions touchant à des actions sociales plus larges (lutte contre l'exclusion, soutien à l'activité professionnelle, etc.), d'autres ressources ont été cherchées sur place. Nous y revenons dans la section relative à l'accompagnement social.

#### RESULTATS DES ACTIVITES SANITAIRES DU FONDS D'INDIGENCE

##### *Identification des ménages indigents*

Fin 2007, 53 ménages (293 affiliés) étaient retenus par le fonds d'indigence, ce qui représente environ 0,5% de la population de Dar-Naïm (tableau 4). Ce nombre est resté stagnant jusqu'en mai 2008 et de nombreux ménages indigents restaient exclus. Ceci s'explique par un excès de prudence de la commission face à ses contraintes budgétaires, et par la charge de travail de la responsable du fonds d'indigence, largement absorbée par les activités d'assistance sociale aux démunis.

En mai 2008, les interventions du fonds d'indigence étaient suffisamment organisées pour intensifier et systématiser le processus de sélection des affiliés au fond d'indigence. Ceci s'est fait avec le concours de plusieurs acteurs : les responsables de la mutuelle, les animateurs qui font la sensibilisation porte-à-porte pour la mutuelle, certains des partenaires à l'hôpital, à la mairie et des ONG actives à Dar-Naïm, le personnel de santé et les responsables du CREN. En juillet 2008, le fonds d'indigence comptait 74 ménages, dénombant 401 affiliés.

**Tableau 4. Nombre de personnes potentiellement couvertes par le fonds d'indigence**

	Décembre 2005	Décembre 2006	Décembre 2007	Juillet 2008
Nombre de ménages	10	35	53	74
Nombre d'affiliés	51	200	293	401
Proportion de la population <sup>#</sup>	0,09%	0,34%	0,49%	0,67%

<sup>#</sup>Recensement du PSDN en 2003 : 59.486 habitants

*Utilisation comparée des services par les indigents et les mutualistes*

Le taux d'utilisation des services de premier échelon par les affiliés du fonds d'indigence est relativement « faible » comparé aux mutualistes payants. Il ne dépasse pas une consultation par personne par an en 2006, et descend à 0,65 en 2007. En comparaison, le taux d'utilisation des membres payants de la mutuelle est de 1,45 en 2006 et de 1,85 en 2007 (voir tableau 5). L'irrégularité du paiement des cotisations mensuelles par les membres payants - les gens postposant le paiement de leur cotisation au moment où ils sont malades - est source de sélection adverse. Ceci contribue à expliquer la plus grande utilisation dans la sous-population des mutualistes payants. Une grande partie des membres n'est en effet pas à jour et ne règle leur dette qu'au moment d'avoir recours aux soins. C'est ce constat qui a motivé la promotion du paiement annuel des cotisations pour diminuer la sélection adverse.

**Tableau 5. Utilisation des services pour les adhérents du fonds d'indigence et les mutualistes payants**

	Fonds d'indigence		Mutualistes payants	
	2006	2007	2006	2007
Nombre d'affiliés (moyenne sur l'année <sup>§</sup> )	150	262	2.401	2.228
Consultation curative première ligne	144	170	3.486	4.132
Utilisation première ligne*	1,00	0,65	1,45	1,85

<sup>§</sup> Somme du nombre d'affiliés par mois/12

\* Nombre de consultations curatives de première ligne/nombre d'affiliés sur l'année

*Charge financière du programme*

Nous ne considérons ci-dessous que les charges financières liées à la prestation de service. Pour des questions de méthode, les frais relatifs à la gestion du programme (rémunération de la responsable, frais administratifs, de transport...) n'ont pu être estimés. Ceci constitue une limite de notre étude : en effet, le coût administratif des fonds d'indigence est souvent considérable et ce volet n'est donc pas abordé ici.

A ce jour, il semble que l'inscription des affiliés du fonds d'indigence rapporte plus à la mutuelle qu'elle ne coûte. Pour les années 2006 et 2007, la cotisation des affiliés du fonds d'indigence représentait une somme de

262.780 UM alors que la mutuelle n'avait dépensé que 125.235 UM pour leurs soins (tableau 6). Ceci correspond à une dépense moyenne annuelle par adhérent de 304 UM, soit 0,9 euros. Environ 2/3 de ces dépenses est faite pour des soins au niveau de la première ligne (postes et centre de santé) ; le tiers restant pour des soins hospitaliers.

**Tableau 6. Cotisations par le fonds d'indigence et dépenses de la mutuelle pour les malades indigents affiliés**

	2006	2007	Total
Adhésions et cotisations à la mutuelle (UM)	70.000	192.780	262.780
Dépenses totales de la mutuelle pour les soins aux indigents (UM)	67.160	58.075	125.235
Nombre d'affiliés (moyenne sur l'année)	150	262	412
Dépenses annuelles de la mutuelle par affilié (UM)	448	222	304
Dépenses par affilié (Euros) <sup>3</sup>	€ 1,3	€ 0,6	€ 0,9

Le crédit accumulé par la mutuelle s'explique partiellement par le fait que l'utilisation des soins de santé des indigents est plus faible que celle des membres payants. C'est une situation qu'il faudra résoudre à terme, car on se trouve face à une situation où les fonds alloués aux plus pauvres subsidient les soins de santé des « moins pauvres ». Ce phénomène fait penser à l'*inverse care law*, développée il y a 40 ans au Royaume-Uni dans le cadre du *National Health Service* Britannique (Hart 1971). Cette 'loi' décrit un phénomène bien connu : le recours à des services de santé (ou, par extension, à des services sociaux) est inversement lié aux besoins de la population. Cette 'loi' suggère que les barrières à l'accès sont multiples et donc pas seulement financières ; elles sont aussi sociales et psychologiques. Il y a, par exemple, des problèmes au niveau de l'accès à une information compréhensible sur la disponibilité des services, ou encore des problèmes liés au stigma associé au recours à certains services... La même problématique a été décrite dans le cadre de programmes de microcrédit (Guérin 2009) où il a été établi qu'il ne suffit pas de donner un peu d'argent à un pauvre pour en

<sup>3</sup> Taux de change de 347,7 UM pour 1 € en 2006 et de 357 UM en 2007.

faire un entrepreneur. Les solutions ne sont pas simples et doivent être ancrées dans le développement d'un programme qui *accompagne* les gens dans leur recours aux services de santé/sociaux.

On note également une forte différence entre les dépenses moyennes de 2006 (1,3 euros) et 2007 (0,6 euros). Ceci est lié à l'inclusion en 2006 de cinq notes de frais, autres que des soins de premier échelon (principalement une note d'hôpital pour 20.000 UM). En 2007, quatre hospitalisations ont été prises en charge directement par le fonds d'indigence, pour un taux forfaitaire de 20.000 UM par hospitalisation. Même s'ils étaient inclus, la balance resterait positive pour la mutuelle. Cependant, un nombre accru d'hospitalisations pourrait rapidement faire basculer ce fragile équilibre financier. Cette vulnérabilité, qui est commune à toute mutuelle de petite taille, explique partiellement la frilosité des responsables de la mutuelle à intégrer les soins hospitaliers - autres que ceux couverts pour les mutualistes payants - dans le paquet offerts aux affiliés du fonds d'indigence.

Le tableau 7 complète l'analyse en détaillant les dépenses faites par le fonds d'indigence pour les soins de santé. En 2007, les dépenses moyennes par bénéficiaire étaient de 4.397 UM (12,3 EUR). Cette somme couvre les contributions à la mutuelle, les co-paiements pour les soins de premier recours, les frais d'hospitalisation qui ne sont pas pris en charge par le fonds d'indigence de l'hôpital, les frais pour les médicaments et pour les consultations spécialisées qui ne sont pas couverts par la mutuelle et le transport pour amener les malades aux services requis.

Tableau 7. Dépenses par le fonds d'indigence pour les soins de santé

	2006	2007
Adhésion + cotisation à la mutuelle (UM)	70.000	192.780
Co-paiement pour les soins de première ligne (UM)	6.150	11.050
Hospitalisations (UM)	64.600	70.210
Autres frais (médicaments, examens, consultations spécialisées, transport) (UM)	242.115	895.580
Total des dépenses santé (UM)	382.865	1.169.620
Nombre de bénéficiaires sur l'année	144	266
Dépense totale par bénéficiaire et par an (UM)	2.659	4.397
Dépense totale par bénéficiaire et par an (€)	7,7	12,3

On remarque d'emblée que les autres frais directs représentent le gros des dépenses santé consenties par le fonds d'indigence. Ils expliquent également la forte augmentation des dépenses entre 2006 et 2007. Les achats de médicaments en pharmacie privée absorbent la plus grande part de ces frais. En 2007, ils totalisent pour 651.580 UM (1.825 EUR) des dépenses, soit 56% des charges annuelles du fonds d'indigence. C'est un des dilemmes de l'équipe du fonds d'indigence. Ne pas payer pour ces médicaments pose un problème de mandat, puisqu'on laisse des familles démunies sans traitement. Payer est une mesure équitable mais pose un problème financier puisque de grandes sommes sont investies pour une minorité. Dans le cas des maladies chroniques, ce problème s'élargit aux membres payants de la mutuelle, qui ne sont pas toujours en mesure de faire face aux charges récurrentes de médicaments.

#### ACTIVITES NON SANITAIRES SOUTENUES PAR LE FONDS D'INDIGENCE

Améliorer l'accès aux soins ne dépend pas que de considérations financières. L'expérience de Dar-Naïm a permis d'identifier un panel d'actions sur lesquels un programme social devrait idéalement s'investir pour venir en aide aux démunis. On regroupe ces actions principalement en (1) accompagnement social des malades ; (2) soutien à l'activité économique des ménages ; (3) aide à la subsistance ; (4) réinsertion sociale ; toutes chapeautées par des activités de (5) suivi de proximité. Cet éventail de mesures de protection sociale qui s'est progressivement développé dans le PSDN illustre bien la pertinence du concept de protection sociale transformatrice récemment développé par Sabates-Wheeler et Devereux (2008). Dans cette optique, la protection sociale pour être efficace doit aller au-delà de mesures de protection, de prévention et de promotion, et doit (aussi) tenter de *transformer*. La dimension transformatrice réfère à la nécessité de changer durablement les éléments et institutions structurels dans l'environnement sociopolitique ambiant qui maintiennent, voire même produisent de la vulnérabilité. Cette dimension transformatrice réfère également au besoin d'arriver à un réel *empowerment* des plus pauvres dans leur interaction avec les services sociaux auxquels ils ont droit.

Pour des raisons de compétences et de ressources, le PSDN n'a pas pu s'investir autant que ses membres le voulaient sur l'ensemble de ces activités,

mais le projet a néanmoins fait certains pas importants que nous détaillons ci-dessous. Les problèmes rencontrés plaident pour la création de partenariat avec des acteurs externes, plus compétents que le PSDN sur des thématiques spécifiques. Ils sont abordés dans une section suivante.

#### *Accompagnement social des malades*

La fonction d'assistance sociale telle qu'elle a été mise en œuvre dans le PSDN englobe bien d'autres supports que le seul appui financier. Le travail effectué par la responsable du fonds d'indigence comporte au minimum les activités suivantes :

- Accès à l'information et perception de la maladie. De nombreux patients ne savent pas où se tourner, ou ne comprennent pas les impératifs qui leurs sont imposés par les prestataires de soins.
- Adhésion au traitement. Particulièrement important dans le cas des maladies chroniques, ou des consultations spécialisées, potentiellement intimidantes. Des visites à domiciles par l'assistante sociale et un accompagnement sur certaines consultations clés peuvent être décisives.
- Support durant l'hospitalisation. Une hospitalisation pose une multitude de difficultés pratiques pour les ménages démunis : charge financière, problème de subsistance de la famille, incompréhension face aux procédures, problèmes de discrimination, etc. Un accompagnement de proximité est souvent indispensable pour garantir le respect des droits des patients.
- Négociation sur la qualité des services. Ceci prend deux dimensions : (1) qualité de la relation prestataire/patients, sur lequel une assistante sociale peut influencer ; (2) contrôle qualitatif des soins prestés, qui exige le support d'un médecin conseil. Une telle expertise fut disponible en 2007, mais ne l'est plus aujourd'hui faute de remplacement du médecin conseil.

#### *Soutien à l'activité économique des ménages*

La plupart des ménages démunis affiliés au fonds d'indigence manque des connaissances et des moyens matériels de base pour lancer une activité économique génératrice de revenu. L'équipe du fonds d'indigence a lancé quelques actions préliminaires à ce sujet.

En 2006, l'ONG Caritas-Mauritanie a mis à disposition du PSDN un fonds de lancement de 200.000 UM (620,62 EUR). Ce fonds a permis d'appuyer le démarrage de l'activité de sept ménages : trois sur la vente de charbon, un sur la vente de poissons et légumes, deux sur un petit commerce de vente d'arachides et de produits saisonniers, et un ménage sur la teinture de tissus.

Le programme a produit des résultats mitigés. Quatre des sept ménages de départ sont toujours en activité aujourd'hui. Le programme s'élargit lentement sur base de financements privés externes à Caritas. Aucun des ménages supporté n'a réussi à rembourser le prêt initial, tel que c'était initialement prévu. Egalement, il est rapidement apparu que donner seulement le fonds de démarrage ne suffit pas. La majorité des ménages indigents avaient déjà essayé de débiter un petit commerce... et échoué. Il faut donc assurer un suivi constant et intensif : formation de gestion financière de base, stimuler continuellement les nouveaux entrepreneurs, suggérer comment diversifier leurs articles, protéger les entrepreneurs vulnérables contre la pression sociale, etc.

L'activité est encore en cours et il est trop tôt pour tirer des conclusions. Il est probable que ce volet demande des expertises externes, qu'on ne peut pas trouver dans un programme santé. Un partenariat *intersectoriel* serait nécessaire. En l'attente, la responsable du fonds a suivi une formation d'accompagnement de petites activités économiques, organisée par le Centre de formation et d'insertion professionnelle (CFIP) de Caritas Mauritanie.

#### *L'aide à la subsistance du ménage*

Pour certains ménages, une aide à court terme visant à l'autosuffisance n'est pas une option réaliste. Ils ont besoin d'une aide de subsistance à long terme. Il s'agit principalement de ménages en incapacité de travail, pour cause de vieillesse ou de handicap, ou en exclusion sociale. Cela s'applique également à d'autres ménages en difficulté temporaire en raison du décès de la force productive de la famille, ou d'une mise en incapacité récente, comme illustré dans les exemples de l'encadré 3.

### Encadré 3. Exemples de ménages nécessitant une aide à la subsistance

- Un ménage avait été frappé par le décès du mari et du fils aîné. La femme n'avait jamais travaillé et les autres enfants étaient trop jeunes. Ce ménage a été pris en charge pour les soins de santé, mais il était trop tôt pour proposer une activité génératrice de revenus à la femme bouleversée par le changement dans son ménage. Le ménage survivait avec ce que donnaient les voisins. Il aurait dû bénéficier d'une aide alimentaire pendant quelques mois.
- Un autre ménage est constitué de la mère qui a été amputée d'un pied, de sa fille de 23 ans qui a été abandonnée par son mari, et de ses trois filles âgées de 5 ans, 3 ans et 17 mois. La dernière est malnutrie. A moyen terme, ce ménage pourra peut-être bénéficier d'une activité génératrice de revenus. A court terme, il lui faut une aide ponctuelle pour au moins nourrir la famille.

Mais donner une aide alimentaire est une intervention controversée. Cela demande des compétences et des ressources considérables, qui sortent de l'objectif premier du fonds d'indigence (accès aux soins de santé). Un exercice de simulation budgétaire a été réalisé en juin 2007 qui concluait que l'aide alimentaire représenterait la principale dépense du fonds d'indigence s'il était inclus dans le paquet de bénéfice.

En conséquence, le fonds d'indigence n'apporte à ce stade qu'une réponse timide. Pour certaines situations aigües, les dons privés dont le fonds d'indigence dispose sont utilisés. Les autres ménages sont actuellement laissés à la charité des voisins. La responsable du fonds d'indigence explore d'autres opportunités d'aide alimentaire qui existent à Dar-Naïm (où le Programme Alimentaire Mondial n'opère pas), mais la collaboration entre programmes est difficile. Elle poursuit ses démarches pour que les membres du fonds d'indigence bénéficient des distributions de vivres aux personnes démunies qui sont organisées occasionnellement par les autorités administratives.

#### *Aides matérielles pour l'amélioration des conditions de vie*

Depuis son initiation, le fonds d'indigence a apporté ponctuellement différents supports matériels à des ménages démunis, en fonction de problèmes particuliers auxquels ils étaient confrontés : petits travaux de réaménagement des lieux d'habitation ; provision de nattes, de bidons d'eau

et d'autres équipements de base ; construction de latrines ; fourniture de produits de nettoyage et de conseils d'hygiène, etc. Ces améliorations des conditions de vie donnent un peu de bien-être et peuvent avoir un effet positif sur la santé. Ils ont surtout pour vocation de rendre à ces personnes la motivation de se reprendre en charge, un premier pas vers la récupération de l'estime de soi et la réinsertion sociale.

#### *La réinsertion sociale*

L'exclusion sociale est manifestement un des facteurs majeurs d'indigence, et de mauvais accès aux soins de santé. Elle frappe la grande majorité des affiliés du fonds d'indigence. Le programme mène continuellement une série d'actions en faveur de la réinsertion sociale. On en distingue trois principales.

-Régularisation de l'état civil des indigents. La majorité des indigents n'ont pas de documents d'identité. A la naissance d'un enfant, ils ne font pas les démarches nécessaires parce que cela coûte de l'argent et qu'ils n'en perçoivent pas l'utilité. Des documents en règle sont pourtant indispensables pour avoir accès aux subventions de l'État pour les indigents et aux distributions de nourriture, mais aussi pour éviter que les enfants ne perdent leurs droits. L'équipe du fonds d'indigence a entamé des démarches de régularisation pour une série de ménages démunis. Ils rencontrent un écho plutôt positif des autorités (c'est l'un des points du plan d'action pour l'année 2008 de la mairie de Dar-Naïm). L'obtention d'un certificat de naissance reste cependant problématique pour les ménages qui n'en ont pas fait la demande à la naissance.

-Aide à l'éducation et à la formation professionnelle. L'intervention du fonds d'indigence a permis à 14 élèves d'accéder à l'école primaire et à 33 enfants de rejoindre le Centre de formation et d'insertion professionnelle (CFIP) de Caritas Mauritanie (qui propose une diversité de cursus, des métiers manuels à l'informatique et l'électricité. Egalement, les responsables du CFIP ont organisé en 2008 des visites aux domiciles des enfants issus de ménages indigents et ont octroyé une bourse à 20 d'entre eux.

-Accompagnement pour les démarches de scolarisation. La responsable du fonds d'indigence fait un travail continu de sensibilisation auprès des

familles qui ne perçoivent pas l'importance de la scolarisation pour leurs enfants. Par ailleurs, étant elle-même inspectrice de l'enseignement, elle utilise ses relations personnelles pour obtenir l'admission à l'école des enfants sans papiers.

#### *Les visites de suivi à domicile*

En plus des visites de routine auprès des ménages à identifier comme indigents et des patients ayant bénéficié du fonds, la responsable du fonds d'indigence effectue deux types de visites à domicile portant sur des actions non sanitaires:

-Visite bimensuelle auprès des ménages qui ont reçu un fonds de démarrage pour une activité génératrice de revenus. En théorie, il s'agit de s'assurer du remboursement partiel du prêt initial. En pratique, ces visites sont surtout l'occasion d'assurer un suivi social des familles assistées: donner des avis pour améliorer la tenue de leur petit commerce, détecter d'éventuels problèmes, vérifier si les enfants vont à l'école, contrôler si les traitements sont suivis et les rendez-vous respectés.

-Visite hebdomadaire auprès des ménages qui reçoivent des produits de nettoyage pour leur fournir des produits, contrôler l'hygiène et leur état de santé. Cette visite est également l'opportunité d'identifier des besoins sociaux non rencontrés : lancement d'activités génératrices de revenus, aide à la scolarisation des enfants, etc.

#### PARTENARIATS ET TRAVAIL EN RESEAU

Depuis le début du programme, le fonds d'indigence a cherché à établir une collaboration avec d'autres acteurs afin de donner l'appui multisectoriel nécessaire non seulement à l'amélioration de la santé des personnes démunies, mais aussi à leur bien-être économique et social. On distingue principalement (1) les partenariats fonctionnels avec les prestataires de soins, (2) les accords de cofinancement avec des institutions étatiques et des prestataires de soins, et (3) des actions de collaboration, en cours ou en projet, avec des acteurs sociaux dans le département de Dar-Naïm.

*Partenariats avec les prestataires de soins*

Les premiers partenaires sont naturellement les services de santé.

Il s'agit d'abord d'une relation de confiance qui s'est construite progressivement entre les prestataires de soins et les différents volets du PSDN. Le personnel des structures de première ligne connaissent les membres du fonds d'indigence qui visitent leur établissement. La facturation des soins est bien organisée. Les relations sont également normalisées avec les prestataires hospitaliers.

Comme évoqué précédemment, la collaboration s'étend à l'identification des indigents. Le personnel de santé participe à l'identification des bénéficiaires en alertant la responsable du fonds d'indigence de la présence d'enfants malnutris ou d'autres personnes démunies.

Des actions concrètes ont par ailleurs été développées avec le service social de l'hôpital de référence Cheikh Zayed. Au-delà de la collaboration fonctionnelle entre hôpital et fonds d'indigence, la collaboration s'est concrétisée en 2007 par l'affectation d'une stagiaire du service social de l'hôpital au fonds d'indigence du PSDN, en vue d'aider le personnel de l'hôpital à comprendre le fonctionnement du fonds d'indigence et de la mutuelle et à améliorer l'accompagnement des indigents hospitalisés. Les bénéficiaires du fonds ont aussi apprécié la présence de la stagiaire dans l'équipe du fonds d'indigence. Cette preuve de collaboration réduisait leur peur de l'hospitalisation.

*Accords de financement avec les institutions étatiques et les prestataires de soins.*

Pour certaines institutions, le partenariat va jusqu'à un partage des coûts des services procurés aux patients identifiés par le fonds d'indigence.

L'un des volets principaux est la collaboration qui s'est établie avec le programme de prise en charge des soins hospitaliers des indigents développé par la Direction des affaires sociales (DAS), sous l'autorité du Ministère de la santé et des affaires sociales de la Mauritanie (MSAS). Longtemps, ce programme n'a que faiblement bénéficié à sa population cible, en raison de lourdeurs administratives et d'une méconnaissance du système par les indigents. Plus grave, face aux difficultés d'identification, les agents de la DAS s'étaient résolus à accorder la couverture sociale à toute personne qui en exprimait la demande. Ceci a occasionné une fuite de capitaux, et une

réduction des services à certaines prestations (journées d'hospitalisation, examens) ne bénéficiant que d'un subventionnement partiel (subsistance de demande de participation financière, exclusion de tout médicament ne figurant pas dans la pharmacie de l'hôpital).

L'hôpital Cheikh Zayed a rapidement reconnu la qualité de l'identification effectuée par le fonds d'indigence. L'accord conclu a été le suivant: financement par l'État à 70% des frais des journées d'hospitalisation, des soins et des examens; financement par le fonds d'indigence des 30% restant de la facture hospitalière, et de l'intégralité des frais de médicaments.

Le fonds d'indigence a également conclu d'autres accords avec certains centres spécialisés dotés d'un service social et bénéficiant d'une subvention de l'État pour les personnes indigentes. A ce jour, cela concerne les sites et programmes suivants:

- Le centre neuropsychiatrique (CNP)
- Le centre national d'orthopédie et de rééducation fonctionnelle (CNORF)
- Le programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose (PNLLT)
- Le centre de traitement ambulatoire (CTA) pour le SIDA.

Dans ces quatre cas, on retrouvait les mêmes problèmes d'identification. Chaque structure reconnaît aujourd'hui le statut d'indigent aux personnes présentées par le fonds d'indigence du PSDN. Le CNORF a accepté de ne faire payer que 10 sessions de rééducation sur 30 par le fonds d'indigence, le reste étant financé par l'État. Pour le PNLLT et le CTA, les indigents du PSDN bénéficient de soins gratuits et de rations de nourriture, sans autre compensation du fonds d'indigence.

#### *Accords de collaboration avec des acteurs sociaux dans la province de Dar-Naïm*

Des contacts sont établis avec les écoles primaires de Dar-Naïm pour la scolarisation des enfants. La responsable du fonds d'indigence fait maintenant partie du cadre de concertation du Centre de formation et d'insertion professionnel (CFIP) de Caritas Mauritanie. Dans cette fonction elle participe à la sélection des nouvelles admissions.

Une réflexion est en cours sur des collaborations à établir avec d'autres ONG actives dans la protection sociale à Dar-Naïm (lutte contre la pauvreté, construction d'habitat social, microfinance, formation professionnelle, appui à des activités communautaires, etc.). Aucun programme opérationnel n'a

encore été conclu à ce jour. L'idée est ici également de faire bénéficier ces organisations de l'identification effectuée par le fonds d'indigence. Mais bien que les activités de certaines organisations atteignent les pauvres, leurs méthodes de travail tendent à exclure les ménages indigents. Il est peu probable, par exemple, qu'un indigent soit accepté dans une organisation de microcrédit, en raison de son insolvabilité.

De même, les collaborations avec les services publics restent limitées pour le moment. C'est une lacune à combler car ce type de collaboration est essentiel si on veut arriver à des changements structurels dans l'environnement sociopolitique ambiant dans lequel pauvreté chronique et exclusion sociale sont profondément ancrés. La coopération avec la mairie de Dar-Naïm se limite à la régularisation des documents d'état civil. Les affiliés du fonds d'indigence ne figurent toujours pas sur la liste de distribution de vivres organisée par la mairie. A deux reprises un fonctionnaire de la mairie a accompagné la responsable du fonds d'indigence lors des visites à domicile pour contrôler les critères d'identification, mais cette démarche n'a pas eu de suite. Cependant, les choses pourraient bouger à l'avenir. La mairie a lancé en 2008 un nouveau programme d'intensification de ses activités pour les indigents qui pourrait potentiellement bénéficier aux affiliés du fonds d'indigence. Cela passerait par la préidentification par la mairie d'une liste d'indigents, selon une fiche préétablie. Les familles retenues bénéficieront de l'aide alimentaire de la mairie et de soins de santé gratuits. Une journée de concertation inter-départements a été organisée mi-2008, certaines pistes de financement seraient déjà identifiées.

Enfin, plus ponctuellement, une série de personnes privées apportent une assistance financière ou en nature. Un groupe d'épouses d'ambassadeurs donne chaque année les revenus d'une foire organisée à cet effet. Pendant les deux premières années, elles ont donné une somme totale de 498.000 UM (1.546 EUR), qui permet de continuer les activités génératrices de revenus et l'aide matérielle. Une religieuse de l'ordre des Sœurs de Béthanie, un ordre religieux indien, participe aux activités du fonds d'indigence à titre bénévole. A travers son organisation, plusieurs volontaires ont été mis en contact avec le fonds d'indigence.

L'intérêt de ces collaborations privées est d'apporter des sources de financement pour les aspects non-médicaux de l'aide aux indigents. Le fonds d'indigence peut alors consacrer ses ressources propres à l'assistance

médicale proprement dite (telle que décrite dans la section 3.3). Mais cela représente une grande charge de travail. Il y a non seulement la préparation, l'exécution et le suivi des microprojets financés, mais aussi les relations avec les donateurs qui veulent toujours rencontrer les bénéficiaires en personne. Il faudra à l'avenir trouver un équilibre entre les exigences d'une coopération avec des donateurs privés et l'efficacité de l'intervention.

Certaines activités semblent rester non finançables. Peu d'organisations ou de personnes privées acceptent de financer des projets 'non pérennes' comme donner une aide à la subsistance des ménages en difficulté. La responsable du fonds continue à explorer les options offertes par les services gouvernementaux et par la commune. Le défi est de parvenir à inclure les « vrais indigents » dans leurs listes de bénéficiaires.

---

## Discussion

L'idée d'une assistance aux personnes démunies n'est pas neuve. Par exemple, de nombreuses organisations religieuses disposent d'un fonds pour aider les plus pauvres, souvent utilisé pour payer les soins de santé. Ces systèmes d'assistance ne sont cependant pas structurés, parfois clientélistes et peu transparents. Dans un passé récent, quand le paradigme dominant était celui du recouvrement des coûts et de l'autofinancement, ces fonds de « charité » étaient regardés de façon négative. Aujourd'hui, on accepte les limites du financement local et la nécessité d'assistance sociale pour les plus démunis. Les fonds d'équité proposent un système institutionnalisé, basé sur un droit, en remplacement des systèmes informels motivés principalement par la charité.

L'étude sur le fonds d'indigence de Dar-Naïm a ses limites. En effet, on ne dispose pas encore du recul nécessaire, ni d'un nombre de prises en charge important. L'approche de documentation privilégiée, principalement basée sur des données de routine et des observations faites lors des missions annuelles de suivi, a des faiblesses méthodologiques. L'évaluation financière reste approximative, et ne tient pas compte des charges administratives du programme (souvent considérées comme un élément d'évaluation important). Mais cela ne veut pas dire que le narratif de l'expérience de Dar-Naïm n'a pas d'intérêt. En effet, nous pensons qu'elle dégage une série de leçons qui peuvent être utiles pour des programmes similaires. Nous en retenons quatre principales, qui sont discutées dans les pages suivantes :

- Une approche évolutive et adaptée aux spécificités des ménages en matière de méthode d'identification, de population cible et de paquet de bénéficiaires ;
- Un accompagnement social individualisé, ne se limitant pas aux seuls aspects sanitaires. Il tient compte à la fois des facteurs poussant les ménages dans l'indigence et l'exclusion, et des facteurs propres à les aider à réintégrer la vie active ;
- Les contraintes financières, et en corollaire, la nécessité de financements pour le secteur social ;
- Les efforts en faveur d'une collaboration accrue entre partenaires du secteur de la santé et du secteur social.

Plusieurs méthodes d'identification des bénéficiaires ont été expérimentées dans le fonds d'indigence de Dar-Naïm. Dans la plupart des autres fonds d'indigence décrits, l'identification n'est pas confiée à des professionnels de l'action sociale, qu'il s'agisse d'identification passive au niveau de l'hôpital (effectuée par des employés permanents du fonds d'indigence ou de la structure sanitaire), ou de la préidentification (dans les mains de membres de la communauté ou de comités établis temporairement à cet effet) (Hardeman *et al.* 2004 ; IPR 2004 ; Jacobs & Price 2006 ; Noirhomme & Thomé 2006 ; Noirhomme *et al.* 2007 ; Ir *et al.* 2008).

A Dar-Naïm, par contre, la préidentification au niveau communautaire est gérée par une quasi-professionnelle de l'assistance sociale<sup>4</sup>, employée permanente du fonds d'indigence. Cela rejoint les recommandations d'une analyse faite des fonds d'équité cambodgiens à travers le prisme de la longue expérience de l'assistance sociale en Belgique (Criel *et al.* 2008). Selon cette étude, la meilleure approche reste l'identification par des professionnels du travail social. Déterminer l'éligibilité d'un ménage et l'assistance dont il a besoin requiert des compétences et des attitudes que les professionnels de la santé et les volontaires n'ont pas. Le processus d'identification doit être individualisé et permettre un jugement subjectif pour contrecarrer les limites à la standardisation des critères définissant l'exclusion sociale et la pauvreté et les ajuster par une appréciation des circonstances spécifiques du ménage. Dans le cas précis de Dar-Naïm, cela a permis d'introduire une nécessaire souplesse dans (1) le processus d'identification ; (2) la définition de la population cible ; et (3) les services proposés.

#### *Souplesse dans l'identification*

La méthode d'identification a fortement évolué depuis l'initiation du programme. De visions normatives au départ, nous sommes aujourd'hui face à un système individualisé, laissant de côté les critères d'inclusion et *check lists* de sélection. Les candidats ne répondent plus qu'à une définition, claire

---

<sup>4</sup> La responsable du fonds d'indigence dispose effectivement de compétences effectives même si elle n'a pas eu de qualification formelle en la matière.

mais non précise et bien comprise dans la population, de « plus pauvres parmi les pauvres ».

Le système tire sa cohérence de la centralisation dans les mains d'une professionnelle de l'action sociale. Une série d'acteurs locaux sont invités à suggérer des candidats, mais seule la responsable du fonds d'indigence est habilitée à prendre une décision, sous validation périodique du comité. Ceci permet d'éviter la pression sociale et l'inclusion de « faux pauvres ».

L'enquête individuelle à domicile occupe ici un rôle essentiel. D'expérience, elle est rapidement apparue comme la seule méthode permettant d'intégrer des ménages qui ont absolument besoin d'assistance sociale mais qui seraient exclus si des critères préétablis étaient strictement suivis. Le besoin d'une telle flexibilité était déjà relevé dans le premier fonds d'indigence décrit au Cambodge (Hardeman *et al.* 2004). Là aussi, les assistantes sociales travaillent sans critères figés, en raison du caractère multidimensionnel de la pauvreté. A Dar-Naïm, ces visites à domicile auront en outre eu une valeur formative pour forger le jugement personnel de la responsable et développer progressivement ses capacités d'identification.

Une des spécificités de Dar-Naïm est d'avoir développé un programme continu de préidentification, au lieu de le cantonner à des campagnes ponctuelles. Ainsi on tient compte de l'aspect évolutif de la pauvreté, ce que d'autres stratégies de préidentification ne permettent pas (Men & Meessen 2008). De la même manière, les ménages qui ne sont plus considérés comme nécessaires sont rayés du programme.

Le système comporte cependant ses faiblesses. En pratique, comme nous l'avons observé, le potentiel d'identification est contraint par la disponibilité de la responsable du fonds d'indigence. Un système aussi centralisé suppose également une forte confiance dans le professionnalisme de la responsable. Toute croissance (accroissement de la population cible) demandera probablement de revoir la copie. En effet, à partir d'un certain seuil, l'intervention d'autres personnes deviendra nécessaire, ce qui posera des questions de méthode et de transmission de savoir-faire. Cela comporte également un coût, qui n'est actuellement pas intégré dans l'analyse.

#### *Souplesse dans la définition de la population cible*

En corollaire avec les méthodes d'identification, l'expérience de terrain a progressivement amené à élargir la population cible. On est sorti des critères

de base (proposant une définition des ménages vivant dans l'extrême pauvreté) pour tenir compte des situations de détresse sociale spécifiques de tout ménage incapable de payer la contribution à la mutuelle de santé. Ceci résulte d'un processus d'apprentissage par les responsables de la mutuelle, les leaders communautaires et la population en général. A partir du moment où l'objectif et le fonctionnement du fonds d'indigence étaient mieux compris, un tel élargissement devenait possible.

Ce processus de réflexion sur l'assistance sociale a eu un effet remarquable sur les attitudes des membres de la mutuelle qui sont sortis de discours égalitaristes (« la même chose pour tous ») pour développer leur vision propre de l'équité. Les premiers temps furent marqués par un certain protectionnisme lié à la sécurité financière de la mutuelle (une attitude proche des contraintes invoquées par les prestataires de soins pour expliquer le faible taux d'exemption dans leurs structures). Mais les impératifs de solidarité envers les plus pauvres se sont progressivement imposés. Un élément essentiel a été de démontrer que concéder des exceptions n'avait pas de conséquences néfastes pour la majorité. Ainsi, l'introduction de mesures spécifiques qui aident les groupes défavorisés devenait envisageable. Ceci a eu d'autres conséquences en dehors du fonds d'indigence. En 2008, par exemple, il était possible d'avoir une discussion technique au sujet d'une contribution régressive pour les familles nombreuses, sujet qui suscitait jusque là trop de réactions émotionnelles.

Plus généralement, cela appelle à reconsidérer la manière dont les principes d'équité sont introduits et mis en œuvre dans les programmes de développement. L'équité figure en bonne place sur l'agenda de la communauté internationale, notamment via les conditions liées à l'allègement de la dette octroyée par l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés. Mais l'inclusion des exclus est un processus social qui ne peut être dicté. L'expérience de Dar-Naïm démontre qu'il n'est pas souhaitable d'imposer en début de programme l'inclusion de tous les bénéficiaires qui devraient y avoir droit selon le principe d'équité. Le concept doit d'abord prendre racine et trouver sa traduction dans la société. Mieux vaut donc accepter au début les restrictions sévères qui sont perçues comme justes par les acteurs locaux, et dans un deuxième temps élargir l'ampleur du programme quand les acteurs locaux eux-mêmes le proposent. Une étude récente au sujet de l'égalité d'accès aux soins de santé et l'intégration des

démunis, confirme notre observation que c'est au niveau local qu'il faut introduire des expériences pour aider les acteurs locaux à changer leurs attitudes et réaliser l'inclusion des indigents (Ridde 2008).

#### *Souplesse dans le paquet de services proposés*

Au départ, le fonds d'indigence a été construit essentiellement comme un programme sanitaire, fonctionnant via une subvention sur les soins de santé. Cependant, l'expérience a rapidement mis en évidence le fait que subsidier les soins de santé n'offrait qu'une aide partielle pour améliorer l'accès aux soins. D'autres frais, tels que le transport, les repas à l'hôpital ou le séjour de l'accompagnant, limitent l'accessibilité financière. Ceci est confirmé par d'autres expériences telles que les fonds d'équité du Cambodge et certains fonds d'équité africains qui prévoient une aide financière pour certaines de ces dépenses (Noirhomme & Thomé 2006 ; Noirhomme *et al.* 2007).

Ce que Dar-Naïm apporte en plus, c'est la notion d'individualisation de l'assistance. Cela tient en deux points. Premièrement, l'expérience pose l'hypothèse qu'une assistance sociale de proximité, ponctuée par des visites à domicile régulières, est le meilleur moyen de déterminer quels sont les frais qui empêchent l'utilisation des soins dans chaque cas particulier. Ceci nous renvoie aux discussions dans les deux sous-sections précédentes. Deuxièmement, une assistance personnalisée est très probablement la seule possibilité d'étendre le paquet de bénéfices à d'autres services sociaux que les seuls soins de santé.

Si le premier point demande encore à être validé scientifiquement, le second répond, lui, du bon sens. Il est abordé dans la section suivante.

#### INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Le projet Dar-Naïm tel qu'il existe aujourd'hui est le fruit d'une série d'actions sociales dans des secteurs différents, dont la nécessité s'est fait progressivement sentir sur le terrain. N'étant liée par aucune procédure préétablie, la responsable du fonds d'indigence a eu l'opportunité, assez rare dans ce type de programme, de lancer une diversité d'actions touchant à des secteurs différents en dehors de la santé (activité économique des ménages, régularisation des documents d'état civil, etc.).

L'individualisation de l'assistance est ici essentielle. Elle a permis à la responsable du fonds d'indigence d'adopter une définition large des questions de barrières à l'accès aux soins et de type d'assistance sociale requis. A travers la santé, on met alors le doigt sur l'engrenage des facteurs freinant la réinsertion sociale. L'accès aux soins n'est effectivement qu'une partie visible - via notre prisme sanitaire - de l'ensemble des droits du ménage indigent qui sont bafoués. En Belgique, le Plan d'action national d'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté en donne une assez bonne définition, incluant la santé : le droit à une vie de famille, à l'aide sociale, à la justice, à un revenu décent et à un traitement décent en cas de difficultés financières, au travail, à la santé, au logement, à la culture et aux loisirs, à la participation et à l'enseignement (SPP IS 2003).

Selon cette lecture, il semble sain d'opter pour l'individualisation. En effet, l'accompagnement individualisé est primordial pour que l'aide aux indigents ait des résultats positifs (Criel *et al.* 2008). En Europe, cet accompagnement est devenu central dans les activités de lutte contre la pauvreté et a pour but d'obtenir la réelle autonomisation de la personne (SPP IS 2008).

Cependant, l'individualisation n'est pas tout. Intervenir réellement sur la lutte contre la pauvreté suppose une organisation spécialisée dans l'accompagnement individualisé qui aide les indigents à accéder à l'ensemble des services dont ils ont besoin. Et c'est probablement là que le fonds d'indigence atteint ses limites. Il est nécessaire de sortir du carcan socio-sanitaire pour embrasser d'autres ambitions sociales, mais elles demandent des compétences et des financements auxquels un programme isolé ne peut prétendre. Les difficultés à créer un réseau avec des partenaires de la santé et d'autres secteurs sociaux (discuté dans la section suivante) sont là pour le rappeler.

Le monde du développement est trop souvent divisé dans une approche sectorielle de l'assistance, avec un cloisonnement contre-productif entre le secteur de la santé et le secteur de l'aide sociale. Il est rare de voir un projet se concentrer sur l'individualisation de l'aide au patient, et l'élargissement de l'assistance en dehors des seules interventions de santé. Certaines expériences existent cependant. L'organisation Contact hors limites au Burkina Faso en offre un bon exemple (Noirhomme 2003 ; Sanga 2007). Leur mandat central porte sur l'accompagnement des patients hospitalisés

par des garde-malades, un service assez rare et pourtant précieux dans les contextes africains. Ceci les pousse à étendre leur action à un plaidoyer en faveur de la prise en charge gratuite des malades abandonnés à eux-mêmes, le financement de médicaments, de nourriture, de vêtements et du transport de retour. Egalement, à Madagascar, les assistantes sociales du fonds d'équité de Marovoay ont rapidement étendu leurs fonctions premières (identification passive des indigents et financement des soins de santé) à un rôle de négociation avec les prestataires pour la défense des intérêts de leurs patients, et d'assistance psychologique à l'ensemble des malades de l'hôpital, qu'ils bénéficient ou non du fonds d'équité (Noirhomme & Thomé 2006). Ceci cadre bien dans la notion de protection sociale transformatrice (Sabates-Wheeler & Devereux 2008) dans laquelle la dimension d'*empowerment* est centrale. Au Cambodge aussi, la nécessité d'élargir l'assistance sociale au-delà du support financier se faisait sentir (Noirhomme *et al.* 2007 ; Jacobs *et al.* 2008). Ces notions d'accompagnement des malades pour assurer la continuité des soins sont fortement implantées dans certains contextes occidentaux. Prenons pour l'illustrer une citation du site Internet du Centre Public d'Action Sociale (CPAS) de Bruxelles : « Certains sont très mal en point au niveau santé physique, on les encourage alors à se faire soigner. Il ne suffit pas de donner la carte santé, certains ne l'utiliseront jamais. Notre guidance sociale veille à les encourager à se prendre en charge, à se remettre en ordre vis-à-vis de la société, c'est-à-dire à avoir de nouveau une carte d'identité, demander l'adresse de référence si c'est nécessaire, ce qui peut ouvrir un droit à une pension de handicapé notamment. »<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> <[www.cpasbru.irisnet.be/?PAGE=casu](http://www.cpasbru.irisnet.be/?PAGE=casu)> accédé 14.10.2008

## CONTRAINTES FINANCIERES

Dans un souci de pérennité, l'objectif initial du programme en termes de financement était de fonctionner avec des ressources disponibles localement. A première vue, cela semblait faisable : le gouvernement avait réservé un budget pour les soins de santé des indigents, la mairie de Dar-Naïm avait des ressources pour l'assistance sociale, et la *fatwa*, rédigée pour le programme des fonds d'indigence de l'est du pays, autorisait l'utilisation de la *zakat* pour un fonds d'indigence.

Dans la pratique, cette option s'est heurtée à trois contraintes. Premièrement, les soins de santé coûtent chers. Comme nous l'avons vu dans la section 3, les chiffres de 2007 donnent un coût des dépenses par bénéficiaire à l'ordre de 12 €, sans tenir compte des frais administratifs liés à la gestion du programme. Deuxièmement, les ressources identifiées se sont révélées trop faibles et peu disponibles. Chaque partie tend à protéger son portefeuille. L'ouvrir à une organisation bénéficiant de support externe semble alors impensable. Enfin, l'extension du paquet de bénéfices à un panel cohérent de services d'assistance sociale (activités génératrices de revenu, aide à la subsistance, développement de l'activité économique des ménages, etc.) augmenterait encore sévèrement la facture. Ceci nous conduit à tirer de l'expérience de Dar-Naïm trois leçons principales en termes de financement.

La première est qu'un financement externe à la communauté - à partir de fonds publics nationaux et/ou internationaux - est indispensable pour atteindre les objectifs du fonds d'indigence. D'autres expériences ont déjà démontré que les fonds d'équité qui ne comptent que sur les ressources locales ne réussissent pas à rassembler des sommes suffisantes pour développer un programme adéquat (Noirhomme & Thomé 2006). Or, le fonds d'indigence de Dar-Naïm conçoit l'accès aux soins de santé comme un droit, et se donne comme mission d'assurer ce droit aux exclus. Il est donc important de garantir le budget nécessaire en fonction de l'estimation du nombre de personnes à assister, et non de restreindre les services à ces derniers en fonction d'un budget de départ trop étriqué. En d'autres termes, le calcul des besoins budgétaires doit précéder l'identification des sources de financement. Une difficulté dans le calcul de ce budget est que la flexibilité dans l'identification des futurs bénéficiaires, et donc les limites à la

standardisation des critères à utiliser, rend difficile l'estimation exacte du nombre de personnes qui devraient légitimement pouvoir bénéficier d'une quelconque forme d'assistance sociale.

La deuxième leçon est que des ressources locales peuvent être exploitées, sur des activités considérées comme secondaires par le programme. Dans le cas de Dar-Naïm, la priorité première allait aux soins de santé. Par contre, les contributions de donateurs privés ont été précieuses pour expérimenter des approches d'assistance sociale dans d'autres secteurs. Dans cette idée, l'option de capter les ressources de la *zakat* reste ouverte. L'expérience montre toutefois que la gestion des relations avec les donataires peut représenter une charge de travail importante. Il faut trouver un équilibre entre le temps investi dans la coopération avec ces donateurs et l'efficacité de l'intervention. Par ailleurs, selon la logique exposée précédemment, le programme devrait trouver des sources de financement plus solides s'il prétendait prendre la responsabilité financière d'activités sociales dans d'autres secteurs que la santé.

La troisième leçon est que des synergies peuvent être créées avec des services et financements existants. Le meilleur exemple actuel est offert par la collaboration établie entre le fonds d'indigence du PSDN et les services sociaux des hôpitaux et des centres de référence. Pour les structures de santé, cette collaboration est une expérience pilote pour mieux canaliser le fonds d'indigence de l'État vers les « vrais indigents ». Le PSDN de son côté fait l'économie d'une partie des frais pour les soins de référence en ne finançant que 30% de la facture de soins globale. A l'avenir, il faudrait idéalement progresser vers des accords institutionnalisés qui garantissent la prise en charge totale des soins par le fonds d'indigence de l'État. Un ancrage progressif de l'assistance sociale dans les institutions publiques mauritaniennes est essentiel, même si cela ne va pas à l'encontre du fait que la société civile et les acteurs privés peuvent continuer à jouer un rôle dans les politiques d'assistance sociale aux plus pauvres. Il revient aux institutions publiques de définir les termes de cette collaboration et de faire en sorte que les efforts publics et privés soient complémentaires. L'histoire de l'assistance sociale en Belgique montre bien que la société civile organisée a toujours eu un rôle à jouer (Criel *et al.* 2008). Le fonds d'indigence du PSDN interviendrait alors pour les autres besoins du ménage liés à l'hospitalisation, tels que le transport et la subsistance des personnes restées à domicile.

Parti d'un programme à vocation sanitaire, le fonds d'indigence s'oriente progressivement vers le développement d'un programme d'assistance sociale plurisectoriel d'aide aux démunis. A l'heure actuelle, les interventions dans les autres domaines de la santé restent cependant ponctuelles et peinent à se structurer. Cela tient à deux raisons principales : (1) les financements du seul fonds d'indigence sont insuffisants ; (2) étendre l'offre de services à d'autres secteurs demanderait une diversité d'expertises qu'on ne peut espérer rencontrer dans un seul programme.

L'option la plus réaliste réside dans la création de partenariats à long terme. On en distingue trois principaux, qui sont discutés dans ce chapitre : (1) les partenariats avec des organisations et programmes actifs dans d'autres secteurs ; (2) les défis posés par l'intégration du fonds d'indigence dans la mutuelle de santé ; (3) les options ouvertes par les synergies tirées avec les programmes d'assistance sociale existants.

*Partenariat avec des organisations et programmes actifs dans d'autres secteurs*

Afin d'offrir un ensemble cohérent de services sociaux, le PSDN a cherché à promouvoir la collaboration avec des partenaires actifs dans d'autres branches de l'action sociale à Dar-Naïm (scolarisation, habitat social, microfinance, etc.), notamment les services publics, les services sociaux de la commune et les initiatives privées (association des imams, ONG). Jusqu'ici, les démarches entreprises en ce sens par la responsable du fonds d'indigence n'ont produit que peu de résultats, à l'exception notoire de l'admission des enfants dans les écoles et les formations professionnelles.

Cela tient d'une part à une certaine inertie des programmes. Chacun a été conçu indépendamment, avec son mode opérationnel propre, sans prévoir d'interaction avec les autres. Trouver des règles de fonctionnement communes, et les traduire dans un partenariat durable, demande naturellement un certain temps.

Cela tient d'autre part à des questions plus fondamentales de design, qui font que nombre de programmes n'atteignent pas les indigents. Cela peut être lié à une mauvaise stratégie de ciblage (ex : conditionner la distribution de vivres à la présentation de documents d'identité). Il reste alors une marge de flexibilité pour peu que le partenaire accepte de faire confiance (ou de

contribuer) au ciblage effectué par le fonds d'indigence. Par contre, si c'est la population cible qui diffère, les possibilités de collaboration deviennent très ténues. C'est le cas de figure avec les projets de microfinance et d'activités génératrices de revenus, qui s'adressent aux pauvres mais non aux indigents.

De nombreux efforts restent à faire. Mais cette situation n'est pas insurmontable. La coopération et la complémentarité avec les prestataires de soins sont bien lancées. Il faut du temps pour que la coopération avec la mairie et les autres ONG prenne forme dans des actions concrètes.

#### *Défis posés par l'intégration au sein de la mutuelle*

L'existence de la mutuelle était sans aucun doute une opportunité à saisir. Cependant, l'intégration des deux programmes pose certaines questions pratiques. On peut les regrouper en deux problèmes centraux.

Premièrement, tant que la mutuelle ne peut pas offrir une couverture complète des soins hospitaliers<sup>6</sup>, le fonds d'indigence devra en assurer la prise en charge. C'est un sujet sur lequel les deux programmes peuvent unir leurs forces pour réfléchir à l'extension de la prise en charge par la mutuelle, et au renforcement de ces capacités de négociation. Une première piste est de travailler à la rationalisation des soins à l'hôpital pour obtenir des tarifs prévisibles et abordables. Ils restent actuellement hors de portée de la plupart des bourses à Dar-Naïm. L'arrangement entre le PSDN et le centre de santé de Sebka pour les soins obstétricaux de référence - mis en place dans le cadre du forfait obstétrical décrit plus haut - est une preuve que cette démarche peut aboutir. Mais ni la mutuelle de santé de Dar-Naïm, ni le fonds d'indigence, ni même l'équipe du PSDN ne font le poids pour négocier un arrangement similaire avec les hôpitaux. Une action d'envergure est nécessaire pour diminuer le prix des soins hospitaliers à Nouakchott (Waelkens & Criel 2007). Une seconde piste est de trouver un financement permettant d'alléger les dépassements de forfaits assumés par les patients mutualistes. Cela supposerait une étude des frais hospitaliers pour calculer ce que les mutualistes doivent payer de leur poche. Une telle étude demande un budget et un protocole de recherche propre. Entre temps, les dépenses

---

<sup>6</sup> Pour rappel, la mutuelle ne paye qu'un forfait, sur une sélection de services hospitaliers, le reste étant à charge du patient mutualiste.

actuelles assumées par le fonds d'indigence pour les soins d'hospitalisation peuvent donner une première approximation.

Deuxièmement, le fait que le fonds d'indigence offre un paquet de services plus complet que la mutuelle (hôpital, prise en charge des médicaments, accompagnement social) peut être perçu comme injuste pour les mutualistes, et générer un champ de tension entre mutualistes et bénéficiaires du fonds d'indigence. En voulant corriger l'équité, on a créé une situation inégale, mais pas nécessairement inéquitable, pour le groupe « privilégié ». Corriger cette inégalité ne peut passer que par une extension du paquet de services de la mutuelle sur laquelle le fonds d'indigence peut difficilement intervenir. Plusieurs pistes sont déjà identifiées et étudiées par les responsables de la mutuelle. Il s'agit notamment de : augmenter le nombre de mutualistes afin de diminuer la sélection adverse ; promouvoir la vente de médicaments génériques dans les pharmacies privées ; promouvoir une rationalisation des prescriptions dans les structures de santé ; trouver des subsides spécifiques pour permettre aux patients chroniques d'avoir une couverture mutualiste, sans mettre la viabilité de la mutuelle en danger. Cette inégalité dans les services couverts pour la population de mutualistes d'une part et les affiliés au fonds d'indigence d'autre part pourrait aussi être considérée comme une opportunité de construire localement, de bas en haut, une culture de solidarité vis-à-vis des plus démunis.

*Pistes de coopération pour mieux utiliser les ressources pour les indigents prévues par l'État*

Le fonds d'indigence du PSDN et les services sociaux de l'Etat ont créé un précédent intéressant en développant une coopération sur le ciblage (selon la liste PSDN) et le financement de la prise en charge des indigents à l'hôpital et dans certains centres de référence. Plusieurs pays prévoient de financer des fonds d'indigence avec les ressources libérées suite à l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés. Le modèle de coopération expérimenté à Dar-Naïm pourrait apporter une réponse aux problèmes de mise en œuvre. Ce modèle se résume comme suit :

- Une ONG locale met en place un programme crédible pour assurer l'identification et l'accompagnement personnalisé des démunis.

- Le service social gouvernemental qui a la responsabilité des fonds de l'État dédiés à l'amélioration des soins de santé des indigents, finance les soins des malades ainsi identifiés.
- Cette collaboration est institutionnalisée par une convention entre ces deux partenaires.

A Dar-Naïm, le fonds d'indigence de l'État continue à être géré par le service social de l'hôpital. Ce même modèle pourrait être appliqué dans les pays qui ont versé directement aux hôpitaux les fonds prévus pour les indigents, ce qui est le cas, par exemple, en Guinée (Sall *et al.* 2004). Une autre option serait d'octroyer les fonds directement à l'ONG et d'organiser la prise en charge des indigents exclusivement par la demande, une option envisagée au Sénégal (Ministère de la Santé - Sénégal 2004).

La réalisation de ce modèle demande un engagement politique des ministères concernés, ainsi qu'un financement suffisant par les bailleurs de fonds internationaux.



---

## Conclusions

L'expérience du fonds d'indigence de Dar-Naïm est un projet en évolution, mais les réalisations des premières années permettent néanmoins de dégager des enseignements intéressants.

L'enseignement central concerne l'individualisation de l'assistance sociale, matérialisée à travers une série de visites à domicile personnalisées. Nous discernons plusieurs avantages à cette approche :

1. Elle permet d'équilibrer les critères d'identification standardisés par un jugement professionnel qui peut tenir compte des circonstances particulières du ménage.
2. Ces visites à domicile se font régulièrement, ce qui permet de tenir compte de l'aspect évolutif de la pauvreté, et d'inclure ou de rayer des ménages selon leurs besoins réels. La pauvreté est une situation, pas un état.
3. Elle permet d'adapter l'offre de services sociaux aux besoins spécifiques du ménage, ce qui renforce la qualité de la prise en charge.
4. Son ancrage auprès d'informateurs communautaires facilite le dialogue entre la responsable du fonds d'indigence et la communauté.

Le fonds d'indigence a également permis de mettre en évidence une distinction entre deux groupes de bénéficiaires, qui doivent être aidés de façon différente. D'une part les ménages indigents, exclus socialement, qui nécessitent une assistance sociale : non seulement une aide financière pour financer leurs soins de santé, mais également un accompagnement de proximité pour les guider vers la réinsertion sociale. D'autre part les ménages pauvres, qui sont capables de renouer avec leur réseau d'entraide traditionnel, et qui ont plutôt besoin d'une intervention de protection sociale : une aide financière ponctuelle pour assurer l'accès aux soins et éviter de plonger dans l'indigence suite à des dépenses de santé catastrophiques.

L'expérience de Dar-Naïm se distingue également par sa volonté de réponse multisectorielle aux questions d'accès aux soins et d'exclusion sociale, et au modèle de coopération qu'elle tente de développer, entre une ONG locale crédible et bien ancrée dans son quartier et l'ensemble des partenaires sociaux. Sur ces deux plans cependant, le fonds d'indigence n'a

récolté que des résultats partiels. Les développements ultérieurs demanderont d'apporter une réponse appropriée à trois questions centrales.

La première est relative au financement. La structure actuelle fonctionne, mais reste fragile. Il est évident que de nombreux ménages restent sans assistance. Le modèle de coopération que l'on pressent pour Dar-Naïm fonctionnerait via (1) un financement externe (à identifier) pour supporter les soins de santé, qui dépassent de loin les capacités de financement locales ; (2) l'utilisation des fonds de l'État prévus pour la prise en charge des soins de santé des indigents (comme un accord au niveau hospitalier le permet actuellement) ; (3) la subvention d'activités dans d'autres secteurs via des fonds privés disponibles localement, ou via des partenariats avec d'autres organisations et programmes. A noter que les questions de financement doivent idéalement être couplées avec un travail de rationalisation des soins pour rendre les tarifs prévisibles et abordables. De tels changements demandent une action politique d'envergure qui n'est pas à la portée des seuls fonds d'indigence et PSDN.

La deuxième est relative aux partenariats. Des efforts importants ont été consentis pour développer des collaborations avec des partenaires et programmes dans d'autres secteurs. Pour des raisons diverses, les succès sont encore modestes, exceptés concernant les questions de scolarisation et de formation. Il est illusoire de penser que le fonds d'indigence pourrait concentrer à lui seul les expertises et ressources nécessaires à la réinsertion sociale. La vision plurisectorielle du fonds d'indigence reste donc dépendante de collaborations externes.

Enfin, le modèle de fonctionnement développé s'avère accaparant en termes de ressources humaines. L'emploi du temps surchargé de la responsable est ainsi considéré comme l'un des freins à l'extension de l'identification à d'autres ménages. Elle fait montre de grandes compétences, et d'un professionnalisme salué par l'ensemble des partenaires. Mais tout passage à échelle supposera de revoir le mode de fonctionnement, et de dépasser la dépendance actuelle du programme à une personne.

---

## *Remerciements*

Nous tenons à remercier Guy Kegels, Pascal Ndiaye et Werner Soors du Département de santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale pour la relecture critique de notre manuscrit et pour leurs commentaires et suggestions utiles. Merci également à l'ONG Memisa Belgique et la coopération au développement belge (la Direction Générale de la Coopération au Développement) pour leur appui financier.



---

## Références

ACOPAM (1996) *Mutuelles de santé en Afrique. Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. Bruxelles : Solidarité mondiale.

Ahmed M, Soucat A, Diop F, Ekanmian K, Diallo M, Bangoura O, Sow S, Mohamed M, Benzeroung H & Aounen B (2004) Santé et pauvreté en Mauritanie : Analyse et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. *Africa Region human development working paper series No. 43*. Dakar : Banque Mondiale, région Afrique.

Aide A, Van Parijs M & Khtour D (2003) A côté ... du pauvre. *Lettre du RIAC 15*, 35-38. Anvers : Institut de Médecine Tropicale.

Annear P, Bigdeli M, Eang R & Jacobs B (2008) Providing access to health services for the poor : Health equity in Cambodia. In *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR*. (Edts Meessen, Pei, Criel, Bloom). Antwerp : ITGPress.

Bâ A (2002) Mutuelle de santé communautaire de Dar-Naïm (Nouakchott). Etude participative de faisabilité. Nouakchott : Projet santé de Dar-Naïm.

Bâ A (2007) Les mutuelles de santé et l'accès à l'hôpital : Perspective de la mutuelle de santé de Dar-Naïm. In *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest L'union fait-elle la force ? Les enseignements d'un colloque international organisé à Nouakchott, Mauritanie 19 et 20 décembre 2004*. (Edts Waelkens et Criel). Anvers : Institut de Médecine Tropicale.

Bah C (2006) *Participation de la société civile au processus d'élaboration du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP2)*. Conakry : Secrétariat Permanent de la SRP (Stratégies de réduction de la pauvreté). <[www.srp-guinee.org/participation.htm](http://www.srp-guinee.org/participation.htm)> accédé 25.09.2008.

Bennett S (2004) The role of community-based health insurance within the health care financing system : a framework for analysis. *Health Policy and Planning* 19, 147-58.

Bitrán R & Giedion U (2003) Waivers and exemptions for health services in developing countries. *Social Protection Discussion Paper Series N° 0308*. Washington : The World Bank.

BIT/STEP (2005) *Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé*. Genève : Bureau International du Travail.

Bokar S, Barry A, Diallo Y, Yobouno M, Bongono M, Keita A & Condé S (2002) Test du modèle de Mutuelle Communautaire d'Aire de santé (MUCAS) en Guinée Forestière dans la période 1996-2000. In *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*. (Edts Criel, Barry, von Roenne). Bruxelles : Medicus Mundi Belgique.

Caritas-Kongolo (2006) Soins médicaux gratuits aux personnes vulnérables, lutte contre la malnutrition, réinsertion des ex-combattants. *Caritas-Développement Contac* 5, 20-21.  
<[www.caritasdev.cd/pdf/bl\\_n005.pdf](http://www.caritasdev.cd/pdf/bl_n005.pdf)> accédé 08.08.2008.

Commune de Dar-Naïm (2008) *Plan d'action de la commune de Dar-Naïm pour l'année 2008*. [commune.darnaim@yahoo.fr](mailto:commune.darnaim@yahoo.fr)

Conning J (2002) Community-based targeting mechanisms for social safety nets : a critical review. *World Development* 30(3), 375-94.

Criel B & Noirhomme M (2004) *Implémentation d'un Fonds d'Equité hospitalier au niveau du CHD II Marovoay*. Anvers : Institut de Médecine Tropicale.

Criel B (2005) Evaluation externe du Projet Santé Dar-Naïm (PSDN), Nouakchott, Mauritanie. Anvers : Institut de Médecine Tropicale.

Criel B, Van Damme W, Meessen B & Ir P (2008) A comparative analysis of public social assistance systems in Belgium and Health Equity Funds in Cambodia: an overview of lessons learned. In: *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR*. (Edts Meessen, Pei, Criel, Bloom). Antwerp : ITGPress.

CTB (2006) *Projet d'appui à la zone sanitaire Comé - II*. BTC Navision code: BEN 05 012 01; DGCD code: 3000553. Bruxelles : Coopération Technique Belge.

Echo-Développement [ou : Anon.] (2003) Association Girard et Robic (A.G.R.), au service des malades indigents. *Echo-Développement. La Lettre de liaison des agents de développement de l'Océan Indien*, 35 (août 2003).  
<[www.comores-online.com/mwezinet/presse/echodev/echodevn35.pdf](http://www.comores-online.com/mwezinet/presse/echodev/echodevn35.pdf)>  
accédé 25.09.2008.

Gilson L (1989) What is the future for equity within health policy ? *Health Policy and Planning* 4(4), 323-27.

Gilson L, Russell S & Buse K (1995) The political economy of user fees with targeting : Developing equitable health financing policy. *Journal of International Development* 7(3), 369-401.

Greenhalgh T (2008) Whatever happened to Alma Ata? Globalisation, modernity, and the narrative turn in Primary Health Care. In: *Back to the future. Reflections on general practice in a changing world* (Ed. Jan De Lepeleire), Antwerp - Apeldoorn, Garant.

Guérin I (2009). Les illusions de la microfinance. Le journal de l'IRD, N°50 - juin/juillet/août 2009.

Guisset D (2003) *Recensement de la population de la Moughataa de Dar-Naïm par aire de santé*. Nouakchott : Caritas Mauritanie ; Projet Santé Dar-Naïm.

Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Ir P, Kimvan H & Meessen B (2004) Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning* **19**, 22-32.

Hart JT (1971). The inverse care law. *The Lancet*, Feb 27;1(7696): 405-12.

Hulme D & Shepherd A (2003) Conceptualizing Chronic Poverty. *World Development* **31**(3), 403-23.

Inyarubuga H (2007) *Les mutuelles de sante au Rwanda. Une force pragmatique de mutualisation de risque lie a la maladie*. Kigali : Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de santé.

[www.moh.gov.rw/docs/presentation%20mutuelles%20sante-publications.pdf](http://www.moh.gov.rw/docs/presentation%20mutuelles%20sante-publications.pdf)> accédé 26.09.2008.

IPR (2004) *Projet fonds d'équité: premier rapport et discussions successives. Etude de faisabilité exécutée par l'institut pour la promotion rurale (IPR) dans la Zone de Santé Rurale de Bokonzi*. Dongo, RDCongo : Institut pour la promotion rurale.

Ir P, Decoster K, Hardeman W, Horemans D & Van Damme W (2008) Challenges in identifying the poor: An assessment of household eligibility for Health Equity Fund after four years of pre-identification in Oddar Meanchey, Cambodia. In *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR*. (Edts Meessen, Pei, Criel, Bloom). Antwerp : ITGPress.

Jacobs B & Price N (2006) Improving access for the poorest to public sector health services: insights from Kirivong Operational Health District in Cambodia. *Health Policy and Planning* **21**(1), 27-39.

Jacobs B, Bigdeli M, van Pelt M, Ir P, Salze C & Criel B (2008) Bridging community-based health insurance and social protection for health care - a step in the direction of universal coverage? *Tropical Medicine and International Health* **13**(2), 140-43.

Jacobs B & Price N (2008) A Comparative Study of the Effectiveness of Pre-Identification and Passive Identification for Hospital Fee Waivers at a Rural Cambodian Hospital. In *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR*. (Edts Meessen, Pei, Criel, Bloom). Antwerp : ITGPress.

Kalavakonda V, Groos N & Karasi JC (2007) *Mid-term evaluation of the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) 5th Round Project on Health Systems Strengthening : Assuring Access to Quality Care: The Missing Link to Combat AIDS, Tuberculosis and Malaria in Rwanda*. [s.l.] : [s.n.]. <[www.ilo.org/gimi/RessShowRessource.do?ressourceId=4836](http://www.ilo.org/gimi/RessShowRessource.do?ressourceId=4836)> accede 26.09.2008.

Logie D, Rowson M & Ndagije F (2008) Innovations in Rwanda's health system: looking to the future. *The Lancet* 372(9634), 256-61.

McPake B, Hanson K & Mills A (1992) Implementing the Bamako Initiative in Africa : a review and five case studies. *PHP Department Publication*. London School of Hygiene and Tropical Medicine.

McPake B (1993) User charges for health services in developing countries : A review of the economic literature. *Social Science and Medicine* 36(11), 1397-405.

MCSDN (2007) *Flash info n° 1*. Nouakchott : Mutuelle Communautaire de Santé de Dar-Naïm.

Memisa ([s.d.]) '*Hôpital pour Hôpital*' Programme d'appui structurel aux hôpitaux en République Démocratique du Congo. Bruxelles : Memisa. <[www.memisa.be](http://www.memisa.be)> accédé 26.09.2008.

Men C & Meessen B (2008) Community Perceptions of Pre-identification Results and Methods in Six Health Equity Fund Areas in Cambodia. In *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR*. (Edts Meessen, Pei, Criel, Bloom). Antwerp : ITGPress.

Ministère de la santé - Burkina Faso ([s.d.]) *Plan national de développement sanitaire 2001-2010*. Ouagadougou : Ministère de la santé. <[www.who.int/rpc/evipnet/Plan%20National%20de%20Developpement%20Sanitaire%202001-2010%20Burkina%20Faso.pdf](http://www.who.int/rpc/evipnet/Plan%20National%20de%20Developpement%20Sanitaire%202001-2010%20Burkina%20Faso.pdf)> accédé 25.09.2008.

Ministère de la santé - Rwanda (2004) *Politique de Développement des Mutuelles de Santé au Rwanda*. Kigali : Ministère de la santé, République du Rwanda. <[www.grandslacs.net/doc/4061.pdf](http://www.grandslacs.net/doc/4061.pdf)> accédé 26.09.2008.

Ministère de la santé - Sénégal (2004) *Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal*. Dakar : Ministère de la santé, République du Sénégal. <[www.sante.gouv.sn/structures/planstrategique.pdf](http://www.sante.gouv.sn/structures/planstrategique.pdf)> accédé 12/08/2008.

Ministère de la santé et du planning familial - Madagascar (2005) *Comptes Nationaux de la Santé 2003*. Antananarivo : Ministère de la santé et du planning familial, République de Madagascar. <[www.who.int/nha/country/Madagascar\\_CNS\\_2003.pdf](http://www.who.int/nha/country/Madagascar_CNS_2003.pdf)> accédé 25.09.2008.

Moreau S & Ratsizafy J (2007) Santé et pauvreté : se soigner dans les campagnes betsileo. Colloque scientifique «Dynamiques rurales à Madagascar : perspectives sociales, économiques et démographiques», Antananarivo, 23-24 avril. Colloque organisé par l'Institut National de la Statistique (INSTAT), la cellule du Réseau des Observatoires Ruraux de l'EPP/PADR, l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et le GIE DIAL. <[www.dial.prd.fr/dial\\_evenements/conf\\_scientifique/pdf/dynamiquesrurales\\_dial/19moreau.pdf](http://www.dial.prd.fr/dial_evenements/conf_scientifique/pdf/dynamiquesrurales_dial/19moreau.pdf)> accédé 26.09.2008.

Ndiaye P, Soors W & Criel B (2007) A view from beneath : community health insurance in Africa. *Tropical Medicine and International Health* 12, 157-61.

Nedhirou M (2005) *Analyse de la situation sanitaire de la wilaya du Hodh el Gharbi. Deuxième proposition de diagnostic sanitaire régional. Programmes régionaux de lutte contre la pauvreté.* [s.l.] : [s.n.]. <[www.cslp.mr/imagesprg/art84.pdf](http://www.cslp.mr/imagesprg/art84.pdf)> accédé 26.09.2008.

Ngwakum P (2005) Looking Back. *INFI Newsletter* 19, 38-42. Antwerp : Institute of Tropical Medicine.

Noirhomme M (2003) *Contact Hors Limites : Rapport de Mission 22 au 29 novembre 2003.* Anvers : Institut de Médecine Tropicale.

Noirhomme M (2006) *Documentation et performance des fonds d'indigence en Mauritanie. Rapport final.* Anvers : Institut de Médecine Tropicale.

Noirhomme M & Thomé JM (2006) Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres en Afrique ? In *L'Assurance maladie en Afrique francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté.* (Edts Dussault, Fournier, Letourmy). Washington, DC : Banque mondiale.

Noirhomme M, Meessen B, Griffiths F, Ir P, Jacobs B, Thor R, Criel B & Van Damme W (2007) Improving access to hospital care for the poor : comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning* 22(4), 246-62.

Nolan B & Turbat V (1995) Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa. *Economic Development Institute Technical Materials Series.* Washington : The World Bank.

Organisation Mondiale de la Santé (2008) Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. Chapitre 2. *Faire progresser et pérenniser la couverture universelle*, pp 25-42.

PHRplus (2006) *Insights for Implementers. Innovative Strategies for Mutual Health Organizations.* Bethesda, MD : Abt Associates Inc.

Ranaivoson N (2008) *Fonds d'Équité : l'accès aux soins de santé des plus démunis*. Antananarivo : Institut national de santé publique et communautaire. <[www.inspc.org/spip.php?article172](http://www.inspc.org/spip.php?article172)> accédé 25.09.2008.

Renaudin P, Ould Abdelkader M, Ould Abdelaziz S M, Ould Mujtaba M, Oul saleck M, Vangeenderhuysen C & Prual A (2008). La mutualisation du risque comme solution à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Expérience du forfait obstétrical en Mauritanie. In : *Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources* (Eds. Richard F, Witter S & De Brouwere V), *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 25, pp 91-125.

Ridde V & Girard JE (2004) Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé publique* 15(1), 37-51.

Ridde V, Nitiéma A & Dadjoari M (2005) Améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux populations d'une région sanitaire du Burkina Faso. *Cahiers Santé* 15(3), 175-82.

Ridde V (2008) The problem of the worst-off is dealt with after all other issues: The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science and Medicine* 66(6), 1368-78.

Sabates-Wheeler R & Devereux S (2008) Transformative Social Protection : The Currency of Social Justice. In: *Social Protection for the Poor and the Poorest. Concepts, Policies and Politics*. (Eds. Barrientos A & Hulme D), Palgrave studies in development, 64-84.

Sall B, Sandouno S & Drame A (2004) Présentation par l'équipe de la Guinée au colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique francophone. Paris, 26-30 avril 2004. Colloque organisé par l'Institut de la Banque mondiale, l'Institut multilatéral d'Afrique et le Collège des Economistes de la santé. <[www.ces-asso.org/docs/WBI\\_IMA\\_Rapport\\_Guinee.pdf](http://www.ces-asso.org/docs/WBI_IMA_Rapport_Guinee.pdf)> accédé 25.09.2008.

Sanga B (2007) Contact hors limites : Le « parent » des malades sans accompagnants. *Faso Line*, 5 avril 2007.

<<http://www.lefaso.net/spip.php?article20027>> accédé 08.10.2008.

Schneider P, Diop F & Leighton C (2001) Pilot testing Prepayment for Health Services in Rwanda: Results and Recommendations for Policy Directions and Implementations. *Technical Report No. 66*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc.

SPP IS (2003) *Plan d'Action National Belge Inclusion Sociale 2003-2005*. Bruxelles : Service public de programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politiques des Grandes Villes. <[www.mi-is.be/themes/poverty/NAP/index\\_fr.htm](http://www.mi-is.be/themes/poverty/NAP/index_fr.htm)> accédé 25.09.2008.

SPP IS (2006) *Plan d'Action National Inclusion 2006-2008*. Bruxelles : Service public de programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politiques des Grandes Villes. <[www.mi-is.be/themes/poverty/NAP/index\\_fr.htm](http://www.mi-is.be/themes/poverty/NAP/index_fr.htm)> accédé 25.09.2008.

SPP IS (2008) *Rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2008-2010*. Bruxelles : Service public de programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politiques des Grandes Villes. <[www.mi-is.be/themes/poverty/NAP/index\\_fr.htm](http://www.mi-is.be/themes/poverty/NAP/index_fr.htm)> accédé 25.09.2008.

Stierle F, Kaddar M, Tchicaya A & Schmidt-Ehry B (1999) Indigence and access to health care in sub-saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management* 14, 81-105.

Waelkens M (2007) *Assessment of the Community Health Fund in Muheza, Tanga Region, Tanzania. 23 November to 1 December 2006*. Antwerp : Institute of Tropical Medicine.

Waelkens M & Criel B (2007) *La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest L'union fait-elle la force ? Les enseignements d'un colloque international organisé à Nouakchott, Mauritanie 19 et 20 décembre 2004*. Anvers : Institut de Médecine Tropicale.