
TABLE DES MATIÈRES

Abréviations	2
1 Introduction	3
2 Contexte.....	3
3 Questions de recherche & Méthodes.....	5
4 Déroulement de l'étude.....	6
5 Limitations de l'étude	7
5.1 Méconnaissance du contexte et préparation de l'étude.....	8
5.2 Faiblesses opérationnelles.....	8
5.3 Indisponibilité des données et failles méthodologiques.....	9
6 Principaux résultats	10
6.1 Description du modèle	10
6.1.1 Contexte & principaux acteurs.....	10
6.1.2 Comment identifier ?	12
6.1.3 Comment assister le patient ?.....	13
6.1.4 Comment assurer la redevabilité du prestataire ?.....	13
6.2 Profil socio-économique des ménages de l'enquête	13
6.3 Faiblesses au niveau de la mise en œuvre	16
6.4 Faiblesses au niveau du design	20
7 Conclusions.....	22
8 Annexes	23

ABRÉVIATIONS

BVO :	<i>Beleidsvoorbereidend Onderzoek</i>
CS :	Centre de Santé
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sociales et de la Santé
FE :	Fonds d'Equité
FI :	Fonds d'Indigence
GTZ :	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
IMT :	Institut de Médecine Tropicale
MSAS :	Ministère de la Santé et des Affaires Sociales
PS :	Poste de Santé

1 INTRODUCTION

Ce rapport est l'output final d'un processus de recherche initié durant le second semestre 2004, et financé sur le BVO « *Health Care for All* ». L'objectif était de documenter le fonctionnement de systèmes de fonds d'indigence mis en place dans deux wilayas (provinces) du sud de la Mauritanie.

L'origine de la recherche remonte à décembre 2003, suite à une présentation remarquée du Docteur Ahmed Ould Aida¹ sur les premiers pas des expériences de fonds d'indigence dans son pays. Cette présentation s'intégrait dans l'atelier « *Health Care & Poverty: Solutions ahead?* » organisé à Anvers par l'Institut de Médecine Tropicale (IMT) sous financement du même BVO. L'approche mauritanienne développait le même type de stratégie que les Fonds d'Équité (FE) cambodgien, avec des objectifs similaires. Il y avait là matière à documentation et à comparaison, sur un sujet sur lequel l'IMT est considéré comme un institut de référence au Cambodge. Six mois plus tard, nous obtenions une ligne budgétaire spécifique afin de parfaire notre compréhension sur les différentes modalités de fonctionnement possibles, et d'investiguer les conditions de faisabilité d'une telle approche dans un contexte africain.

La recherche a été conduite par Mathieu Noirhomme, sous la direction du Dr Bart Criel et avec un support important de Bruno Meessen. L'équipe de l'IMT a travaillé en collaboration étroite avec Ahmed Ould Aida à titre de consultant national. Sa contribution fut décisive dans la préparation et à la conduite des enquêtes, ainsi que pour la collecte des données.

L'objectif de ce rapport est de rendre compte du déroulement et des enseignements de cette recherche. Pour plusieurs raisons que nous détaillerons ci-après, les résultats ne rencontrent pas les standards requis pour une publication dans une revue scientifique. Ils n'en restent pas moins intéressants, tant sur la documentation de l'approche étudiée que sur les erreurs à éviter dans ce type de recherche.

Dans la première section, nous exposerons le contexte et le modèle d'assistance développés. Nous expliquerons ensuite nos questions et méthodologies de recherches. Par après, nous nous attacherons au déroulement effectif de l'enquête et aux limites auxquelles nous avons été confrontées. Ceci nous conduira aux résultats obtenus et à leur interprétation.

2 CONTEXTE

Au cours des deux dernières décennies, le secteur de la santé mauritanien a connu une série de réformes importantes, à travers l'introduction du système de recouvrement des coûts en 1993, un redécoupage

¹ Ahmed Ould Aida est un ancien étudiant du Cours International de Promotion de la Santé organisé chaque année par l'IMT.

sanitaire par wilaya en 1998 (s'intégrant à un processus politique de décentralisation), ainsi qu'une augmentation constante des budgets publics alloués à la santé. Ceci s'est traduit entre autres par un développement important du nombre de structures sanitaires publiques² et par une amélioration du système d'approvisionnement en médicaments. En dépit de ces efforts, l'utilisation des services publics reste sous-optimale aux trois niveaux sanitaires de la wilaya (poste de santé, centre de santé, et hôpital de référence). Bien que nous ne disposions pas de données précises, il semble que les plus pauvres seraient particulièrement affectés. Depuis 2000, le débat politique a donc glissé de problèmes d'infrastructures vers des questions plus vastes d'accès aux soins de santé, grâce entre autres à l'impulsion de programmes tels que l'initiative « Pays Pauvres et Très Endettés » et les « Cadre Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté ».

La même tendance historique peut être déclinée sur les wilayas du Hodh El Gharbi et du Hodh El Chargi. Depuis 1994, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) y bénéficie du support de la GTZ. Ils ont mis un terme à leurs activités santé vers mi-2003. Elles ont porté principalement sur le développement de district opérationnel, incluant la création de postes et centres de santé (PS et CS) au niveau local, le système de référence et contre référence, le développement de l'approvisionnement en médicaments essentiels et du plateau technique des hôpitaux, la formation de staff médical etc. Le développement des deux Holdhs est aujourd'hui considéré comme un modèle par les autorités sanitaires mauritaniennes.

Jusqu'en 2001, la question de l'accessibilité financière aux soins était cependant restée en friche. Elle est perçue comme une cause majeure de faible utilisation des structures sanitaires publiques, dans des régions où le niveau de pauvreté est important (41% de la population du Hodh El Gharbi et 18% du Hodh El Chargi vivent en dessous du seuil de pauvreté³). La création de mécanisme d'assistance sociale apparaissait comme un complément nécessaire au système sanitaire mis en place.

Le Fonds d'Indigence (FI) vise à améliorer l'accès aux soins des plus pauvres et à les protéger contre les dépenses de santé catastrophiques, en agissant comme un tiers payeur auprès des prestataires de soins. Le programme mauritanien a été construit sur base consensuelle, mettant un accent important sur la participation de tous les acteurs terrain. La réflexion a été initiée avec une enquête sociologique en 2001, débattue lors d'un atelier pluridisciplinaire en 2002 pour aboutir au lancement d'un programme de fonds d'indigence en juin 2003 sur une population de moins de 100.000 habitants. L'identification a été faite par des groupes incluant des membres de la communauté (comités de santé, gouvernement locaux...), le staff des structures de santé et les membres des organes traditionnels et religieux, et en collaboration avec les Directions Régionales des Affaires Sociales et de la Santé (DRASS). Le financement reflète également une

² Selon certaines approximations, les investissements en infrastructures auraient permis de faire passer la couverture du territoire par les services de santé publics de 30% en 1993 à 80% en 1998.

³ Selon une étude mentionnée par Ahmed Ould Aida dans un document de travail : Profil de la Pauvreté en Mauritanie 2000.

dynamique participative avec un partage des frais entre les structures de santé, les gouvernements locaux et la population.

Cette expérience est, à notre connaissance, la première à avoir été lancée en Mauritanie. Ce serait également la première à prendre place sur un terrain musulman. Cet ancrage religieux se manifeste notamment dans la référence à la *Zakat*⁴ comme source de cofinancement. Le programme mauritanien nous offrait une opportunité unique d'étudier l'impact du modèle sur un terrain absolument vierge, autant au niveau géographique que culturel et religieux. Nous y voyions de plus un potentiel de développement à la fois pour la Mauritanie, et pour les pays musulmans.

3 QUESTIONS DE RECHERCHE & MÉTHODES

L'objectif de notre recherche consistait à (1) décrire le modèle selon un cadre analytique précis ; (2) documenter le processus de mise en place du modèle, les principales évolutions depuis son lancement, et les adaptations du modèle aux changements du contexte⁵ ; (3) démontrer le potentiel des Fonds d'Indigence à améliorer l'accès aux soins des plus pauvres en Mauritanie ; (4) analyser les opportunités et avantages opérationnels qu'offrent l'ancrage religieux du modèle en termes, entre autres, d'acceptabilité, d'identification et de financement. Nous résumons ci-dessous les grandes lignes de la méthodologie. Le lecteur intéressé peut se référer au protocole inclus en annexe 1.

Les deux premiers objectifs sont principalement descriptifs. Nous avons décidé d'articuler cette description autour d'un tableau analytique développé sur les expériences cambodgiennes, détaillant les principales fonctions et acteurs, les spécificités du programme, les arrangements institutionnels et une série d'indicateurs de performance de routine⁶. Le tableau (complété) est inclus en annexe 2. Celui-ci n'offre toutefois qu'un squelette : un tableau de ce type ne peut capturer la complexité du contexte dans lequel s'inscrit le programme. Dans ce rapport, nous l'accompagnons d'un narratif pour offrir une analyse et une description plus fines du modèle et des réponses qu'il apporte aux besoins de la population cible. Les données nécessaires à l'établissement du tableau analytique devaient provenir de différentes sources : (1) la littérature grise⁷ relative au projet, (2) une série d'interviews semi-structurés auprès d'acteurs-clé du

⁴ La *Zakat* est l'un des piliers de l'Islam qui oblige tout musulman avec un certain niveau de revenu à redistribuer 2,4% de ses richesses pour les pauvres.

⁵ Nous pensons tout particulièrement aux changements dans l'assistance et le financement du modèle.

⁶ Ce tableau offre la structure d'un article comparant quatre fonds d'équité cambodgiens : Noirhomme M, Griffiths F, Ir P, Jacobs B, Thor R, Criel B, Meessen B, Van Damme W, Improving access to Hospital care for the poor: Comparative analysis of four Health Equity Funds in Cambodia. Soumis actuellement à *Health Policy and Planning*

⁷ Nous savions qu'aucun article n'avait été écrit sur le sujet. Toutefois, durant les phases de conception du programme, la GTZ a veillé à la documentation via des études préliminaires, des documents de synthèse de réunion et d'atelier et la conception d'outils de gestion. Ils offrent une base intéressante, que complètent des présentations faites ultérieurement lors de conférences

développement de l'approche⁸, et (3) des enquêtes de ménages et *bedcensus* pour valider, compléter et subjectiver les informations collectées. Nous revenons sur ce dernier point ci-après.

Nous comptons mesurer la capacité du Fonds d'Indigence à améliorer l'accès aux soins en vérifiant l'hypothèse que : (1) le fonds d'équité entraîne un afflux de nouveaux patients auprès des structures supportées, qui sont assistés par le fonds d'équité, et n'auraient pas utilisé ces structures sans assistance ; (2) les patients assistés sont effectivement pauvres⁹. Cette démonstration demande des éléments quantitatifs au niveau des (1) statistiques d'utilisation des structures supportées et du (2) statut socio-économique des bénéficiaires. Pour le premier point, nous dépendions du système de collecte de données de routine des services de santé. Pour le second, nous devions générer nos propres données. Durant le travail préparatoire, un effort important a été consenti sur le développement d'enquêtes et de *bedcensus*. Des modèles vierges sont inclus en annexe 3 et 4. Les questions portaient sur le statut socio-économique des patients, leur itinéraire thérapeutique, les dépenses de santé et la façon dont les services de santé et le Fonds d'Equité étaient connus, compris et perçus. Elles rajoutent une dimension qualitative à la démonstration. Différents cas de figure étaient pris en compte (patients assistés, non assistés, utilisateurs, non-utilisateurs, etc.).

4 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

L'équipe de l'IMT (MN, BM, BC) a rédigé le protocole de recherche et les outils afférents (enquêtes de ménage et *bedcensus*) à partir d'Anvers durant l'été 2004. Les versions successives ont été discutées avec Ahmed Ould Aida, qui assura un relais auprès des autorités sanitaires locales. Ceci nous conduisit à une version finale du protocole et des outils de recherche en septembre 2004.

La recherche sur le terrain s'est déroulée du 1^{er} au 26 octobre 2004 sous la direction de Mathieu Noirhomme (coordination, collecte des données, interviews semi-structurés) et d'Ahmed Ould Aida comme expert national (préparation de la mission et des données en Mauritanie, assistance à la coordination, coordination des enquêtes de ménage et *bedcensus*). Une équipe de 8 enquêteurs a été recrutée localement par Ahmed (compétence – absence de conflits d'intérêts). Durant les 25 jours de mission, on consacra 5 jours au travail préparatoire (discussions sur le protocole, rencontre des autorités, voyage sur la zone de recherche) ; 2 au *testing* des formulaires d'enquête, à la formation des enquêteurs et à la sélection

⁸ Les interviews étaient organisées autour de check-list de points à aborder. L'interviewer prenait des notes mais n'enregistrait pas les entretiens. L'informateur était interrogé en fonction de sa capacité à compléter ou confirmer les éléments du cadre analytique. En raison d'un manque d'information préalable, ceux-ci ne pouvaient être identifiés qu'une fois sur le terrain. Le cas échéant, nous accordions une importance particulière au rôle spécifique que l'informateur occupait dans le Fonds d'Indigence (identification, contrôle, gestion, prestation de soins, supervision, ancrage religieux...).

⁹ En fonction de la disponibilité et de la qualité des données de routine disponibles (auprès des structures de santé et du Fonds d'Equité), nous envisagions en plus d'affiner notre analyse sur le profil des assistés, la distribution des bénéficiaires sur le groupe de pauvres pré-identifiés, l'équité des procédures de pré-identification (en comparaison avec la population considérée comme pauvre dans la zone), etc.

des sites d'études ; 10 aux 150 enquêtes de ménages et 30 *bedcensus* coordonnés par Ahmed Ould Aida, ainsi qu'à la vingtaine d'entretiens semi-structurés conduits par Mathieu (principalement auprès de représentants des autorités sanitaires et administratives de la wilaya, d'imams et d'autres responsables religieux). Les derniers jours de la mission ont servi à la collecte des dernières données, le feedback auprès des autorités locales et centrales et la planification des activités à venir.

L'équipe chargée de la saisie des données d'enquêtes et de *bedcensus* (y inclus la création du masque) a été identifiée à la fin de la mission en Mauritanie, en faisant jouer le réseau de connaissances d'Ahmed. La saisie en tant que telle prit plus de temps que prévu. Initialement planifiés pour début décembre 2004, les premiers résultats complets ne nous parvinrent que mi février 2005¹⁰, à l'arrivée d'Ahmed Ould Aida à Anvers. Initialement, cette visite était destinée à l'interprétation des résultats et le lancement de la rédaction de l'article. En pratique, les besoins de corrections de l'encodage s'avérèrent considérables. Ahmed Ould Aida y passa les 15 jours de son séjour, avec l'assistance d'une étudiante engagée pour l'occasion.

Lors d'un atelier sur les mutuelles à Nouakchott en décembre 2004, il avait été décidé d'organiser une visite en Mauritanie dans le deuxième semestre 2005 (financée conjointement par la CTB et la GTZ) pour finaliser la rédaction de l'article et présenter les résultats préliminaires aux autorités. L'objectif a été adapté fin février 2005, et les besoins de travail préparatoires réparti entre les parties : Mathieu Noirhomme devait se charger d'une première interprétation brute des données, Ahmed Ould Aida d'un historique de l'approche et d'un narratif de son mode de fonctionnement. Pour plusieurs raisons (difficulté d'accès à l'internet, autres agendas, troubles politiques, déplacements) la communication avec Ahmed s'est avérée laborieuse. Cette solution de rechange a elle aussi du être abandonnée.

En janvier 2006, l'équipe de l'IMT s'est réunie autour de l'interprétation des données faite par Mathieu. Les résultats étaient intéressants mais ne rencontraient pas les standards de publication (entre autres en termes de signifiante statistique et de qualité de la collecte de donnée). De plus la collaboration que nous avions imaginée avec Ahmed s'avérait insatisfaisante et nous permettait difficilement de compenser nos faiblesses quantitatives sur un volet qualitatif. Il nous a semblé plus raisonnable de ramener nos ambitions à un niveau plus modeste et de nous contenter de la rédaction de ce rapport de mission.

5 LIMITATIONS DE L'ÉTUDE

De manière générale, nous avons réussi à rencontrer de manière satisfaisante les objectifs descriptifs du programme de recherche. Toute la dimension quantitative (données de routine et données dégagées sur les enquêtes) a par contre donné des résultats décevants. Ceci tient principalement à (1) une méconnaissance

¹⁰ Des résultats partiels ont commencés à nous parvenir dès début janvier, ce qui a été l'occasion pour apporter des corrections importantes, entre autres au niveau du masque de saisie.

préalable du contexte et des problèmes de préparation de l'étude, (2) des faiblesses opérationnelles du projet étudié, à (3) l'indisponibilité des données et à certaines failles méthodologiques dans notre protocole. Nous détaillons ces différents points ci-dessous.

5.1 MÉCONNAISSANCE DU CONTEXTE ET PRÉPARATION DE L'ÉTUDE.

Au moment de la conception du protocole et des outils de recherche, notre connaissance du programme se limitait à la présentation effectuée par Ahmed Ould Aida lors du colloque de Décembre 2003, ainsi que certains échanges d'emails subséquents sur le sujet. Subsistaient de nombreuses inconnues quant au mode opératoire en place à ce moment-là, le type et le format des informations disponibles, etc. Ahmed avait été l'un des principaux (si pas le principal) concepteurs du programme et était encore à cette époque basé sur les sites de recherche. Nous avons pensé pouvoir soulever ces incertitudes en échangeant régulièrement avec lui et en stimulant son input dans les versions successives du protocole.

Cette précaution, bien que nécessaire, n'aura pas été suffisante. Une fois sur le terrain, il s'est avéré qu'Ahmed n'avait que partiellement satisfait au travail préparatoire demandé (collecte des statistiques, sélection des sites d'étude, recrutement des enquêteurs, prise de rendez-vous préalables). De plus, les données disponibles sur les structures de santé et le programme de fonds d'indigence étaient de bien moins bonne qualité que ce que nous avons compris. Enfin, certaines données opérationnelles importantes avaient été omises (voir infra).

Le protocole de recherche était donc faussé, car reposant sur des données indisponibles et certaines conditions opérationnelles inexistantes. Une meilleure connaissance préalable aurait permis de le réorienter. Ceci met en évidence l'importance de connaître non seulement les qualités du partenaire (et Ahmed en a indéniablement), mais également ses compétences spécifiques en termes de recherche, sa disponibilité réelle pour le travail préparatoire et sa compréhension des enjeux.

5.2 FAIBLESSES OPÉRATIONNELLES.

La GTZ a fourni un support au niveau de toutes les phases de conception du projet et de ses outils, mais s'est retirée dès le lancement opérationnel. Comme nous le verrons plus tard, celui-ci en a fortement souffert. En pratique, les autorités sanitaires locales n'ont pas rempli le rôle de coordination et d'uniformisation de la mise en œuvre qui leur était imparti. Ceci a eu deux conséquences majeures.

- Les données de routine n'ont pas été collectées de manière régulière. Quand elles sont collectées, elles ne sont ni vérifiées ni analysées. Ceci donne des chiffres épars et incohérents, qui ne permettent aucunement d'évaluer la performance de l'approche (notre objectif 3). Tant la recherche que l'argumentation politique en pâtissent.

- Dans un modèle décentralisé, l'absence de suivi a laissé toute latitude aux responsables locaux. On a aujourd'hui autant de pilotes différents que de sites d'implantation (soit 17). Plusieurs fonds d'indigence ont périclités après quelques mois, la plupart se sont éloignés des principes de fonctionnement de départ (quitte pour certains à se détourner des objectifs initiaux), seuls quelques-uns s'apparentent encore au modèle initial. Les opérations sont restées largement sous-optimales.

5.3 INDISPONIBILITÉ DES DONNÉES ET FAILLES MÉTHODOLOGIQUES.

Le problème de la qualité des données s'est manifesté à plusieurs niveaux :

- Fonds d'Indigence. Comme nous l'avons vu, le projet n'a pas réussi à générer, collecter et analyser les données nécessaires à l'évaluation de sa performance. Ceci commence par les données de base relatives à l'assistance : nombre de personnes supportées, services (médicaux et non-médicaux) consommés, coût de l'assistance, budgets collectés. Cela s'étend à des données plus fines telles que l'identité des patients assistés ou les coûts de fonctionnement et de coordination. La liste des ménages pré-identifiés est souvent disponible, mais ne donne que des données relatives à l'identité des ménages (nom, adresse, âge).
- Statistiques Sanitaires. Le système d'information sanitaire mauritanien a été réorganisé à l'aide d'un logiciel spécifique (*Mauriszi*) à partir de janvier 2003. Avant cette date, seules les informations papier sont (sensées être) disponibles. Un système de classification déficient complique leur accès. Au premier regard, l'examen des statistiques de 2003 à mi-2004 laisse apparaître des failles au niveau de l'utilisation de l'outil et de la collecte des données (données manquantes, partiellement remplies...). Enfin, la méthode de collecte de données du fonds d'indigence ne permet pas d'établir de lien avec les statistiques sanitaires.
- Le remplissage des enquêtes de ménages et des *bedcensus* était perfectible. Pour certaines questions, les réponses sont souvent restées vides ou inadéquates. Il aurait été possible de pousser plus loin la formation des enquêteurs et le testing des enquêtes. Mais le problème tient principalement à une coordination insuffisante¹¹ des enquêteurs sur le terrain. La coordination a été d'autant plus compliquée que les équipes ont dû être répartie entre un nombre plus important de sites d'implémentation que nous ne l'avions initialement prévu¹². Nous avons également dû modifier

¹¹ Dans les premiers jours, Ahmed s'est borné à organiser une série de réunion de débriefing avec les équipes d'enquêteurs. La première réelle vérification des fiches d'enquêtes n'a eu lieu que vers le cinquième jour, à l'initiative de Mathieu. Elle a directement mis en évidence une série de lacunes importantes qui furent partiellement corrigées par la suite.

¹² Ce n'est qu'une fois sur le terrain qu'il nous est apparu que la mise en œuvre différerait fortement d'un site d'implémentation à l'autre. Nous avons décidé de tenter de capturer la diversité des approches en augmentant le nombre de sites étudiés. Au final, nous nous sommes arrêtés sur deux postes de santé, quatre centres de santé (le CS des deux chefs-lieux et deux CS en périphérie) et les deux hôpitaux des deux chefs-lieux. Sans que cela fut arrêté de

sur le tas notre méthode de sélection des ménages¹³. Enfin, à titre de remarque, la saisie des données aurait été facilitée si le masque de saisie sur Epi6 avait été créé dès le départ en parallèle des questionnaires d'enquête de ménage et de *bedcensus*.

6 PRINCIPAUX RÉSULTATS

Le tableau analytique inclus en annexe 2 donne une vision synthétique du modèle officiel de Fonds d'Indigence. Nous l'explicitons dans la première section ci-dessous. Nous dressons ensuite un aperçu du profil socio-économique des ménages interrogés dans les enquêtes de ménage et le *bedcensus*. Dans la section suivante, ils viennent compléter les entretiens semi-structurés pour illustrer la mise en œuvre sur les terrains d'implémentation. Nous y mettons en évidence ces divergences avec le modèle théorique, et tentons d'expliquer en quoi le processus d'implémentation a contribué à leur émergence.

6.1 DESCRIPTION DU MODÈLE

6.1.1 Contexte & principaux acteurs

La réflexion autour du Fonds d'Indigence fut initiée en 2002 par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS) et la Coopération Bilatérale Allemande (GTZ). Les échelons locaux des deux institutions ont été fortement impliqués.

La collaboration entre les deux institutions sur les wilayas du Hodh El Gharbi et du Hodh El Chargi était déjà ancienne. Depuis 1994, la GTZ avait activement contribué au développement du district sanitaire (infrastructures, personnel, introduction du recouvrement des coûts, mécanisme de référence). Cependant, la question de l'accessibilité financière restait en friche. Cette préoccupation s'intégrait dans les objectifs du Cadre Budgétaire à Moyen Terme 2002-2004 du MSAS : (1) améliorer les indicateurs de santé de la population et plus particulièrement ceux des pauvres, (2) limiter l'impact des dépenses de santé sur le revenu des ménages et (3) impliquer davantage la population et plus particulièrement les couches pauvres au niveau décisionnel.

Dès le départ, les initiateurs ont voulu que le programme découle d'un processus participatif. Un atelier fut organisé en mars 2002 pour rechercher un consensus autour des principales orientations, parmi lesquelles la définition de l'indigence et les critères d'éligibilité, le modèle d'identification à mettre en œuvre, et

manière formelle, notre protocole initial tablait plutôt sur les deux hôpitaux, éventuellement l'un ou l'autre centre de santé, et une exploitation efficiente de données collectées au niveau central.

¹³ Nous avons dû abandonner notre projet initial de sélection aléatoire des ménages sur base de la liste d'indigents. A la place les enquêteurs ont identifié les ménages en utilisant la population comme informant, et ont ensuite vérifié leur affiliation sous le fonds d'indigence. Malgré nos efforts pour diversifier les zones, ceci induit un biais évident au niveau géographique, ainsi qu'éventuellement sur d'autres domaines (exclusion sociale, enclaves de pauvreté non visitées, etc.)

l'identification des sources de financement possibles. Cet atelier rassembla des représentants des différents ministères concernés¹⁴, de la population et des représentants religieux.

Par la suite des cellules plus restreintes travaillèrent sur la mise en œuvre. Ainsi une petite équipe au niveau central (principalement MSAS et GTZ) se pencha sur les questions opérationnelles (notamment pour la création d'outils et la sélection finale des sites d'implémentation). Le Califat des Oulémas de Nouakchott fut également mis à contribution pour l'édit d'une *fatwa* spécifique promouvant le Fonds d'Indigence¹⁵ et l'intégrant dans les préceptes de l'Islam.

La GTZ apporta un soutien important durant le travail préparatoire, tant en termes d'expertise que de financement. Il était prévu dès le départ que ce soutien s'arrête après le lancement des programmes dans les 17 sites d'implantation (en raison du retrait programmé de la GTZ des programmes santé). Il eut lieu entre juin et août 2003. A cette date, la dynamique fut confiée aux mains du DRASS, qui bénéficia encore d'un budget de frais de fonctionnement de la GTZ durant les deux années suivantes.

Le premier pilote concernait deux hôpitaux, cinq centres de santé et dix postes de santé. Ces structures furent sélectionnées en fonction de leur représentativité de la population (critères de caractéristiques socio-économiques, de composition ethnique, d'environnement, d'activités principales...). L'intention initiale était qu'à terme, le pilote s'étende à l'intégralité des deux wilayas.

Différentes sources de financement furent identifiées. Pour les hôpitaux et les centres de santé, il s'agissait de (1) l'Etat, dont 10% du budget d'assistance sociale aux structures de santé serait consacré au Fonds d'Indigence; (2) les structures de santé elles-mêmes, via la une ponction de 10% sur le recouvrement des coûts ; (3) les communes par des affectations libres et (4) la population à travers des donations volontaires et le versement de la *Zakat* auprès du Fonds d'Indigence. La structure de financement est la même pour les postes de santé, à l'exception du budget étatique d'assistance sociale qui n'arrive pas jusqu'à cet échelon.

Les principales fonctions sont décentralisées dans chaque zone pilote à des Comités d'Indigence locaux. Ils se composent principalement de notables, autorités religieuses, administratives et agents de santé. Leurs principales fonctions sont l'identification des indigents, la collecte et la gestion des ressources financières, et le paiement de la structure de santé. Ces comités bénéficient d'une grande autonomie dans leur mode de fonctionnement. Ils sont toutefois appelés à respecter certains outils et procédures standardisés.

Les prestataires de soins ont tous été sélectionnés au sein des structures publiques. L'option des privés n'a pratiquement pas été envisagée : ceux-ci sont rares, épars, et non redevables envers les autorités publiques.

¹⁴ Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (MSAS), le Ministère de l'Intérieur des Postes et de la Télécommunication (MIPT), le Secrétariat d'Etat à la Condition Féminine (SECF), le Commissariat des Droits de l'Homme de la Lutte Contre la Pauvreté et de l'Insertion (CDHLCPI)

¹⁵ La question était notamment de certifier que tout musulman était autorisé à verser la Zakat au sein du Fonds d'Indigence. La Zakat, l'une des obligations de charité de tout musulman, était perçue comme une source de financement potentiellement importante. Nous y revenons ci-dessous.

Le responsable de chaque structure sélectionnée occupe un rôle important dans le Fonds d'Indigence, notamment en procurant au Comité tous les documents justifiant des montants à verser à la structure de santé.

La DRASS est en charge du monitoring du Fonds d'Indigence. Au démarrage du programme, ceci suppose un encadrement des Comités décentralisés sur les principes du Fonds d'Indigence et l'utilisation des outils de gestion. La DRASS est également chargée d'approuver et, si besoin, demander des corrections aux listes de pré-identification émises par les Comités. Une fois le programme lancé, elle doit assurer un monitoring de routine, à travers le contrôle mensuel des documents de suivi (principalement le livre de caisse qui traduit à la fois l'utilisation des services et les montants à déboursier par le Fonds d'Indigence). Ceci induit un rôle de coaching et de remise à niveau des Comités locaux.

Le programme n'a pas prévu de fonction d'encadrement scientifique et d'orientation stratégique. Ceci tient très probablement au retrait de la GTZ, qui signifie une disparition des financements de consultance. C'est l'une des lacunes à laquelle l'IMT se proposait de répondre à travers cette recherche.

6.1.2 Comment identifier ?

La sélection des ménages pouvant bénéficier du système repose principalement sur un système d'identification préalable. L'identification est indépendante de tout recours aux structures de santé.

La méthode d'identification n'a pas été définie dans les détails. Elle vise au contraire à bénéficier de la connaissance intrinsèque que le Comité d'Indigence a de sa communauté. Le Comité est appelé à se réapproprier une définition consensuelle de l'indigence proposée par l'atelier de 2002, qui la définit comme « la situation dans laquelle une personne ne peut pas satisfaire un besoin alimentaire élémentaire ». S'il le désire, il crée une liste de critères sur cette base. La méthode d'identification qui en découle est laissée à sa discrétion : soit selon un système de visite à domicile, soit par décision collégiale au sein du Comité. Le Comité d'Indigence édite alors une première liste d'indigent. La liste comprend les informations d'identification essentielles (nom, adresse, éventuellement numéro de carte d'identité, etc.). L'identification intègre tous les membres d'un même ménage mais ceux-ci sont identifiés nommément sur la liste.

Après validation par l'imam local, cette liste est envoyée pour approbation à la DRASS. Si besoin, la DRASS formule des demandes de correction qui sont communiquées au Comité d'Indigence. Le Comité corrige la liste en fonction et la renvoie à nouveau à la DRASS jusqu'à approbation finale.

Une fois cette étape franchie, la DRASS édite pour chaque membre de chaque ménage identifié une carte d'indigence nominale qui lui ouvre accès aux services du fonds en cas de maladie. La distribution de ces cartes est laissée à la discrétion des Comités d'Indigence.

Par ailleurs, les individus non-identifiés peuvent demander leur affiliation au comité lorsqu'ils recourent aux structures de santé supportées. Ceci donne une méthode alternative d'identification. Dans ce cas, le

comité doit se réunir de manière exceptionnelle pour statuer sur le cas du patient demandeur. Là aussi, les critères de sélection sont laissés à la discrétion du Comité.

6.1.3 Comment assister le patient ?

Pour le patient pré-identifié, il suffit de montrer sa carte d'indigence au personnel de santé lors de l'admission à la structure de santé pour bénéficier des services proposés par le Fonds d'Indigence. Pour plus de sécurité, l'identité du patient est vérifiée avec la liste d'indigent présente dans la structure. Les structures auquel le patient a accès se limitent à son poste de santé local, le centre de santé de référence de sa zone et l'hôpital de sa wilaya. Il n'est pas prévu d'accorder de carte d'indigence aux patients non pré-identifiés qui auraient bénéficié de la méthode d'identification alternative.

Le Fonds d'Indigence couvre l'intégralité des services proposés dans les structures de santé supportées (du poste de santé à l'hôpital). A partir du second échelon (centre de santé), il paye également les médicaments achetés dans les pharmacies privées si ceux-ci n'étaient pas disponibles en interne. Enfin, en cas de référence à l'hôpital, le paiement s'étend encore au transport de référence aller-retour pour le patient et un accompagnant. Le financement du transport est aux frais du CS référent.

6.1.4 Comment assurer la redevabilité du prestataire ?

Si les patients pauvres sont rejetés des structures de santé, c'est – au moins en partie – lié à leur incapacité de payer (dans un contexte où chaque source de revenu compte pour l'équilibre financier de la structure). Le Fonds d'Indigence tente de contrer cette tendance, en remboursant à la structure de santé l'intégralité des soins prodigués aux patients identifiés.

Le personnel médical consigne les frais relatifs à la visite de chaque patient dans un livre spécifique, pour remboursement ultérieur. En théorie, ces remboursements se font sur base mensuelle.

Il n'a pas été jugé nécessaire de mettre en place d'autres modalités (p.ex. contrat entre fonds d'indigence et structure de santé).

6.2 PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE DES MENAGES DE L'ENQUETE

Les enquêtes de ménages (EM) et les *bedcensus* (BC) ont permis de tirer un aperçu des différences socio-économiques entre les deux groupes, et de sonder leur compréhension et leur perception du modèle de Fonds d'Indigence. Nous nous penchons sur ce premier point dans cette section, et intégrons le second

dans nos discussions de la section suivante. Pour rappel, les autres objectifs¹⁶ des enquêtes n'ont pas été atteints.

Les enquêtes de ménages et les *bedcensus* ont porté respectivement sur 150 et sur 29 ménages. La sélection des ménages de l'EM s'est faite sur base des registres du Fonds d'Indigence, et ne comprend donc que des patients affiliés. 73% déclarent avoir utilisé les services de santé publique depuis leur identification un an auparavant, sans que l'on puisse corroborer cette information avec les registres des structures concernées. La toute grande majorité d'entre eux aurait bénéficié du fonds d'indigence à cette occasion¹⁷. Les enquêtes se sont focalisées sur les populations de six zones (Aioun, Eggert, Gaateidouma, Kobeni, Nema et Tamcheket), avec une répartition plus ou moins régulière des ménages entre les zones (de 11% à 19% pour cinq zones, avec une pointe à 27% pour Gaateidouma).

Le *bedcensus* représente lui une photographie de tous les ménages hospitalisés dans les hôpitaux de Aioun et de Nema sur une journée. Sur les 29 patients, seuls deux sont bénéficiaires du Fonds d'Indigence. Une large majorité de ces patients (76%) habitent à plus de 20km de l'hôpital où ils sont hospitalisés, dont 17% à plus de 100 km. Les réponses des patients bénéficiant du fonds d'équité ne sont pas exploitables en fonction de leur médiocre représentativité (seulement deux ménages). Pour les patients ne bénéficiant pas du fonds (les 27 restants), seuls 21 questionnaires ont été complétés de manière acceptable pour les questions relatives à la perception. Les deux populations de l'EM et de la BC sont comparées à titre indicatif, mais l'échantillon du BC est trop faible pour que cette comparaison soit statistiquement significative.

Les ménages de l'enquête de ménage ont une taille moyenne de 4.9 membres contre 6.1 membres pour les ménages du *bedcensus*. Les questionnaires comprenaient un jugement subjectif des enquêteurs concernant le degré de pauvreté. Celui-ci varie fortement entre EM et BC:

	Enquête Ménage		Bedcensus	
	#	%	#	%
Riches	0	0%	0	0%
Moyens	4	3%	10	34%
Pauvres	39	26%	13	45%
Très pauvres	106	71%	6	21%
Pas complété	1	1%		0%
	150	100%	29	100%

¹⁶ Nous pensons principalement à (1) la documentation de la performance du fonds d'indigence. Il supposait un lien avec les données d'utilisation des structures de santé. La piètre qualité de celles-ci ne l'a pas permis. (2) les questions relatives à l'itinéraire thérapeutique ou les dépenses de soins de santé qui sont difficilement exploitables en raison de failles durant le remplissage des enquêtes.

¹⁷ Si l'on s'en tient à la présomption (largement partagée) de faible utilisation des services du Fonds d'Indigence, cela pourrait traduire un biais vers les utilisateurs dans la sélection des ménages. Il pourrait également s'agir d'une utilisation « abusive » des services au lancement du programme, par des utilisateurs désireux de « tester » le système. Sans recoupement avec les statistiques sanitaires, nous ne sommes pas en mesure d'apporter de réponse définitive.

Il apparaît que la population sélectionnée pour le Fonds d'Équité est en moyenne considérée comme plus pauvre que la population du *bedcensus*. Au sein du *bedcensus*, les deux ménages sélectionnés pour le Fonds d'Équité étaient classés en « pauvres » et « très pauvres ».

Les caractéristiques du chef de famille semblent indiquer une différence entre les deux groupes, possiblement attribuable à des différences de statut socio-économique. Les ménages de l'EM sont plus souvent dirigés par une personne seule : 45% des cas contre 17% pour le BC. Le chef de ménage est une femme dans 66% des cas pour l'EM, contre 14% pour le BC (4 cas, incluant les deux cas d'indigent). Les chefs de ménage de l'EM ont un niveau d'éducation nettement inférieur au BC, avec 83% sans aucune indication, parmi lesquels une majorité de femme (63% des 150). Les chefs sans éducation pour le BC ne représentent que 36% (incluant les deux indigents), 36% qui savent lire et écrire, et 18% qui ont achevé leurs études secondaires ou supérieures. Une partie importante des chefs de ménages de l'EM (55%) n'ont déclaré aucune activité professionnelle, ne fut-ce que temporaire contre 41% pour le BC. Les ménages du BC sont également plus susceptibles d'être dans la fonction publique (10% contre 0 pour l'EM) dans des fonctions d'employés (10% contre 3) ou dans le commerce (14% contre 1).

Aucun enfant des ménages du BC n'est économiquement actif, alors qu'ils représentent 11% des enfants de 6 à 15 ans pour l'EM. D'autres résultats au niveau des caractéristiques des ménages laissent perplexes. Ainsi le taux de scolarisation des enfants serait plus élevé pour les ménages de l'EM que pour ceux de la BC (51% contre 29%). Également, les ménages de l'EM ont moins de personnes à charge par économiquement actif que les ménages du BC (4.22 contre 5.21)

La dépendance alimentaire semble être un autre facteur de différence. Parmi les ménages de l'EM, 30% se déclarent entièrement et 10% partiellement dépendants d'autrui, contre seulement 10% au total pour le BC. Par contre, les habitudes alimentaires ne semblent pas être un point déterminant: 74% des ménages de l'EM ne mangent que des plats considérés comme des plats de pauvres contre 62% pour le BC. Même constat pour le nombre de repas par jour (dans les deux groupes, 80% n'en prennent que deux en période d'abondance) ainsi que pour la durée de la période de soudure (plus de 3 mois pour 73% de l'EM... et 90% du BC !). Difficile donc d'opérationnaliser la définition consensuelle de l'indigence proposée par l'atelier de 2002.

La possession de terre, de biens de luxe ou de maison ne semble pas déterminante. Rien de très étonnant dans une culture encore fortement marquée par le nomadisme. Les ménages de l'EM seraient légèrement moins nombreux à posséder de la terre que ceux de la BC (32% contre 38%) mais ils détiennent des superficies des terres cultivables nettement plus importantes (+/- 9.900 m² en moyenne pour ceux possédant des terres contre 5.400 m² pour les BC) La possession de « biens de luxe » (TV, téléphone, voiture...) est quasi nulle dans les deux groupes, et le type de maison reste toujours assez modeste.

La possession d'animaux marque une différence flagrante entre les deux groupes. Parmi les ménages de l'EM, 48% n'ont aucun animal contre 7% uniquement pour le BC. La même tendance se marque en

moyenne : les ménages du BC ont une moyenne de 7 chèvres, 2 moutons, 1 chameau, 4 vaches etc. contre respectivement 1 et 0, 0, 0 pour l'EM.

L'accès aux mécanismes de solidarité permet également de différencier les deux groupes. Cela se manifeste principalement au niveau de deux mécanismes : (1) la *Sadagha*, qui est une aumône spontanée et non régulée par l'Islam, faite de manière sporadique aux nécessiteux et (2) la *Zakat* qui est au contraire une aumône régulée, payée une fois par an, selon des règles de calcul précises. C'est également l'un des piliers de l'Islam et une obligation de tout musulman qui a les moyens de la payer. On constate que 41% des ménages de l'EM reçoivent la *Sadagha* et 55% la *Zakat*, contre respectivement 3% (1 ménage) et 24% pour le BC. Recevoir la *Sadagha* serait donc signe de grande pauvreté, sans être exclusif (tous ne la reçoivent pas). Dans les deux groupes, la *Zakat* n'est jamais distribuée aux ménages classés comme moyennement aisés, mais un nombre important de ménages que les enquêteurs ont classé comme pauvres et très pauvres n'en bénéficient pas. L'une des explications serait que l'éligibilité dépend de donateurs individuels et non pas d'un mécanisme de redistribution géré collectivement.

L'accès à l'emprunt n'est pas un facteur discriminant. Dans les deux groupes, une même proportion de ménages peut bénéficier de prêts en cas de besoin (60% pour l'EM, 65% pour le BC) et ont au moins une dette en cours (respectivement 75 et 69%). Le montant moyen des dettes (pour les ménages qui ont des dettes) est cependant largement supérieur pour le BC que pour l'EM (94.000 Ouguiyas contre 28.000).

6.3 FAIBLESSES AU NIVEAU DE LA MISE EN ŒUVRE

Les témoignages des personnes interrogées ont mis en évidence un décalage entre le modèle sur papier et ses applications sur le terrain. Les enquêtes de ménage et *bedcensus* ont apporté un complément d'information sur ces sujets.

A l'origine, la construction du modèle fut l'occasion d'un réel exercice participatif, incluant les représentants des principaux secteurs concernés. Les instigateurs ont eu l'intelligence de confier les questions de stratégie et d'objectifs à un consensus, mais de réserver les questions opérationnelles à un comité technique plus restreint. La recherche nous en a donné trois signes clairs. (1) D'une part une compréhension uniforme du modèle et de ses objectifs, auprès des différents acteurs rencontrés sur les échelons centraux et provinciaux. En témoigne la batterie de compte-rendu de réunion et de présentations de conférences qui ont étayé le processus. (2) D'autre part un soutien politique important sur les mêmes échelons, et même un certain engouement pour le fonds d'indigence, tant des autorités sanitaires qu'administratives. Cela va jusqu'à une volonté unanime d'étendre l'approche à d'autres zones (en l'absence même de chiffres pour en mesurer la performance). (3) Enfin et surtout, ce processus a accouché d'une série de documents, destinés initialement à accompagner et rationaliser la mise en œuvre. Ainsi, des guidelines ont été édités pour expliquer la stratégie. Des oulémas de Nouakchott ont rédigé une *fatwa* spécifique pour favoriser son intégration culturelle. Plus important encore, les instigateurs ont conçu

une série d'outils opérationnels pour accompagner les différentes fonctions de la gestion du fonds (identification, enregistrement des bénéficiaires, paiements du fonds à la structure de santé...).

Dix-sept zones pilotes ont été sélectionnées, avec la volonté de couvrir la diversité des structures de santé et des contextes socio-économiques. Dans chacune, un Comité d'Indigence a été créé autour de la structure de santé, souvent à l'initiative des autorités administratives. Une équipe restreinte s'est chargée de la formation de ces comités dans chaque zone vers juin-juillet 2003. Celle-ci se déroulait en un jour, et explorait la stratégie, le modèle organisationnel et les outils de gestion conçus durant la formulation du programme. Ces outils étaient rassemblés dans une malle, qui était livrée à cette occasion. En parallèle, certains sites ont reçu la visite d'un ouléma de Nouakchott expliquant à une assemblée restreinte (principalement des notables) les principes de la *fatwa*, et articulant la *Zakat* avec le fonds d'indigence.

La GTZ s'est alors retirée des activités santé, laissant à la DRASS la supervision et le soutien au développement de l'approche. Avec le recul, il semble que ce calendrier ait été trop rapide. D'une part au niveau de la préparation des acteurs locaux : plusieurs comités ont mal compris le modèle, ou l'ont réinterprété à leur manière ; certains imams locaux ont reconnu se sentir en désaccord avec les principes de la *fatwa* ; très peu se sont engagés sur une démarche active de promotion. D'autre part au niveau du suivi : au-delà de l'implémentation, rien n'a réellement été planifié : le budget de support confié à la DRASS n'était lié à aucune exigence en termes de production d'information ; les indicateurs à suivre n'ont pas été identifiés ; les procédures de supervision ne furent que vaguement ébauchées.

En pratique, la DRASS n'a pas rempli pas son rôle de support et de collecte d'information. Les réunions de supervision sont très rares. La liste nominative des indigents était la seule information disponible au moment de la recherche. Les livres de caisses n'étaient pas collectés régulièrement, ni synthétisés dans un fichier électronique¹⁸. Ni les mouvements financiers, ni le niveau d'utilisation du fonds d'indigence n'étaient connus ou analysés. De plus, la plupart des sites d'implantation n'avaient pas été visités depuis le lancement de l'approche plus d'un an auparavant. Ceci ne pouvait que favoriser l'étiollement du concept.

De leur côté, tous les Comités d'Indigence visités avaient achevé leur procédure d'identification, mais nombreux sont ceux qui s'étaient arrêté à cette première étape, freinant ou gelant le fonctionnement du fonds d'indigence. Parmi les autres, rares sont ceux qui tenaient des réunions régulières. Souvent, les méthodes de travail étaient largement réinterprétées (allant dans certains cas jusqu'à laisser fermée la caisse d'outils de gestion procurée lors de la formation initiale).

D'après les données approximatives dont on dispose, on pense que les bénéficiaires du fonds d'indigence ne dépassaient pas 1% de la patientèle totale des structures supportées. Les quelques chiffres de fréquentation au niveau hospitalier sont plus sévères encore¹⁹. Plusieurs éléments d'explication

¹⁸ Les livres de caisse disponibles ont été encodés durant la recherche et sous son financement propre. L'information est cependant inutilisable, car partielle et non-contrôlée.

¹⁹ Seuls 41 patients auraient bénéficié d'assistance de juin 2003 à juillet 2004, pour une valeur moyenne de 19€ par patients.

interviennent sans que nous soyons en mesure de trancher: les CS seraient réticents à financer l'aller-retour de référence à l'hôpital sur leur fonds d'indigence ; les bénéficiaires proposés par le fonds ne combleraient pas toutes les attentes des bénéficiaires (pas toutes légitimes, e.a. déplacement de la famille entière à l'hôpital) ; l'hôpital lui-même ne trouverait pas d'intérêt financier dans l'arrivée de ces patients pauvres...

Il semblerait que la définition de l'indigence ait été comprise différemment selon les Comités d'Indigence. Les méthodes divergent. Certains comités se sont accordés sur une méthode d'identification, une liste de critères et ont été dans les villages à la rencontre des ménages. D'autres ont établi la liste après une réunion collégiale de quelques heures, sans visite de terrain. Des cas d'abus (paiement d'un « droit d'inscription » sous le fonds d'indigence) ont été relevés mais ils semblent rester rares. Plus fréquent par contre : les méthodes d'identification qui divergent de l'idée originale. Ainsi, à l'hôpital de Nema, le système d'identification par le Comité a été abandonné pour revenir à une simple identification par le personnel infirmier ainsi que le responsable hospitalier du service social. Des cas de ce type peuvent poser problème en termes de compétences et de conflits d'intérêt de l'identificateur.

Parmi les zones intégrées dans la recherche, la proportion de patients pré-identifiés variaient de 2 à 24% de la population totale, avec une moyenne à 10.4%. En l'absence d'étalon de comparaison commun, nous ne sommes cependant pas en mesure de déterminer les causes de ces différences.

La révision des listes par la DRASS a principalement consisté en des demandes de réduction de la liste : exclusion de faux pauvres notoires et restrictions budgétaires. Il n'y a pas eu de contrôle (terrain ou autres) du niveau socio-économique des ménages pré-identifiés²⁰ ni a fortiori d'une certaine similarité de zone à zone dans les critères utilisés. De l'avis général, les patients de la liste finale sont tous des réels pauvres. Cette présomption semble être validée par nos enquêtes de ménages²¹. En dehors de la pré-identification, les cas d'inclusion de patients supplémentaires sur convocation expresse du Comité sont rarissimes²².

De manière générale, il semblerait que le système de distribution de carte d'indigence ait relativement bien fonctionné. Reste toutefois que 23% des ménages interrogés déclarent ne jamais l'avoir reçue, en raison d'un défaut de distribution par les comités locaux. Parmi ceux qui en disposent, le processus fut assez rapide : 77% d'entre eux l'ayant obtenue deux mois ou moins après l'identification.

Comme les enquêtes en attestent, la communication autour du fonds d'indigence toucha principalement les bénéficiaires du système. L'identification initiale et la distribution des cartes d'indigence ont été des moments privilégiés à ce sujet. Les ménages de l'EM ont bien intégré les messages centraux : presque tous (96.5%) comprenaient le bénéfice central du fonds d'indigence (gratuité des soins dans les structures

²⁰ Pour rappel, l'identification s'est faite par ciblage communautaire. La méthode de sélection a été librement décidée par les comités d'indigence en fonction d'une définition consensuelle centrale. En aucun cas, la définition n'a été traduite en critères formels, facilement vérifiables par un tiers.

²¹ 97% des ménages ont été classés subjectivement comme pauvres ou très pauvres par les enquêteurs.

²² Aucun cas n'a été relevé durant les enquêtes de ménage et les bedcensus. De très rares cas nous ont été reportés oralement par des membres de comités ou des infirmiers de structure de santé.

publiques), 88% avaient compris la procédure à suivre pour bénéficier de l'assistance (montrer la carte d'indigence), pour 66% des cas via un contact direct avec un membre du comité. Les détails ont été moins bien assimilés. Ainsi, seuls 63% des ménages interrogés citaient l'hôpital parmi les services disponibles, 25% la pharmacie privée et 17% le transport de référence.

Le reste de la population n'est que peu ou pas informée. Le *bedcensus* est assez instructif à ce sujet. Seuls 5 patients hospitalisés sur 26 ont dit connaître l'existence du Fonds d'Indigence²³, alors que dix de ces patients étaient issus de zones où le fonds avait été implanté. Cela s'applique également à la *fatwa*, qui se voulait outil de communication et de collecte de fonds auprès de cette population plus aisée. D'après les données du *bedcensus*, aucun des non-bénéficiaires n'en aurait entendu parler.

Sans que nous ayons de chiffres précis sous la main, il semblerait que le financement du fonds d'indigence se soit concentré sur le budget de l'Etat et le système de recouvrement des coûts (des structures de santé). Les autres modes de financement (contribution des communes, dons volontaires et paiement de la *Zakat* via le fonds d'indigence) sont restés plus que marginaux. Or le budget accordé par l'Etat fait partie des lignes budgétaires classiques des centres de santé et hôpitaux, indépendamment de l'existence du fonds d'indigence. Dans la pratique, le fonds d'indigence ne s'éloigne donc que peu d'un système d'exemption, reposant sur les ressources propres de la structure de santé. C'est particulièrement vrai pour les postes de santé, qui ne bénéficient pas du budget d'Etat. Cela se ressent également dans le fonctionnement journalier du fonds. Le responsable de la structure de santé y occupe souvent une place centrale. Dans la plupart des sites où il est encore actif, le Comité d'Indigence ne fait qu'avaliser des remboursements internes déjà opérés par l'infirmier. Dans d'autres, il statue sur base de documents que ce dernier a préparé, sans travail de contrôle préalable.

Le Comité d'Indigence reste une structure floue pour la population. La quasi-totalité des ménages de l'enquête de ménage (88%) était capable d'en citer au moins un membre (en général celui qui les avaient identifiés) mais rarement plus. Cette proportion chutait à 9% dans les ménages du *bedcensus*. Les pauvres sont de manière évidente peu impliqués dans le fonctionnement du Comité d'Indigence, et ne savent trop que répondre quand on leur demande si celle-ci est acceptable. Ceci n'a rien d'étonnant : en pratique la composition du comité aura relevé principalement de notables, sans réelle communication ni consultation populaire.

Il n'y a du côté des bénéficiaires presque aucune honte à être inscrit dans le système. Ils ne ressentent pas non plus de jalousie de la part des non-identifiés. Les enquêtes rapportent de nombreux propos

²³ Les 26 patients mentionnés ne comptent pas les deux patients du *bedcensus* qui bénéficiaient du Fonds d'Indigence. Cependant, de nombreuses personnes ont déclaré connaître les caractéristiques du système d'assistance même. Ceci se révèle à travers les réponses concernant le critère de sélection principal (pauvreté – 76% sur 21 réponses valides), la procédure pour bénéficier de l'assistance (montrer la carte – 76% sur 17 réponses valides) ainsi que les bénéfices principaux au niveau du PS (gratuité des services du PS – 15 patients sur 18 réponses valides), de l'hôpital (gratuité des services à l'hôpital – 14 patients sur 18 réponses valides) etc. Il est probable que ces réponses n'étaient pas connues auparavant, mais découlent d'explications préliminaires par l'enquêteur sur les objectifs du *bedcensus*.

témoignant d'une certaine fatalité divine (Dieu m'a fait pauvre, ce n'est pas ma faute, il est normal qu'on m'aide). En contraste, les patients interrogés dans le *bedcensus* se disent souvent jaloux à très jaloux des personnes affiliées²⁴ (2 et 8 patients sur 18 réponses valides). Une vaste majorité d'entre eux considère cependant le système comme une très bonne chose (18 patients sur 21 réponses valides).

Les bénéficiaires du fonds d'indigence se déclarent globalement satisfaits à très satisfaits de l'assistance dont ils bénéficient et des services de l'hôpital. Ils pensent recevoir une qualité de service similaire aux patients non-identifiés. La moitié des patients du *bedcensus* considèrent eux être moins bien traités, mais il s'agit très probablement d'un reflet de jalousie à l'égard des assistés²⁵.

Presque tous les ménages de l'EM donneraient volontiers leur *Zakat* dans le Fonds s'ils en avaient les moyens. En revanche, aucun des 22 répondants du *bedcensus* ne franchirait ce pas. La raison la plus invoquée tient au fait que le musulman doit être sûr de la destination de la *Zakat* qu'il verse pour être déchargé de ses obligations religieuses. Passer par un tiers représente un risque qu'ils ne sont pas prêts à prendre.

6.4 FAIBLESSES AU NIVEAU DU DESIGN

Cette recherche n'aura pas permis d'atteindre tous les objectifs qu'on lui avait fixés. Nous avons abordé précédemment certaines raisons relatives à la construction du protocole même. Mais les causes principales semblent plus liées au décalage entre le modèle théorique et ses applications dans la pratique.

Dans un article récent²⁶, nous avons utilisé le cas mauritanien dans une comparaison avec d'autres modèles de prise en charge des indigents en Afrique. Nos conclusions illustrent une part importante des causes de ce décalage. Elles reprennent des questions de définition des fonctions, de coordination, de financement, de méthode d'identification et de prise en compte des barrières à l'accès aux soins. Elles se retrouvent ci-dessous.

Au niveau des fonctions, le programme a bénéficié avec la GTZ de la présence d'un acteur moteur pour tout le développement de l'approche, avec les conséquences positives que l'on sait (guidelines, outils standards, documents de présentation clairs). Ce rôle a cependant été négligé pour les phases de mise en œuvre et de suivi. La GTZ s'est retirée sans que la relève ne soit assurée ni au niveau de la coordination

²⁴ De même, alors que 8 patients sur 21 considèrent les bénéficiaires du système comme leurs égaux, 4 les considèrent inférieurs et 9 supérieurs (principalement car le Fonds d'Équité apporte des avantages dont eux ne bénéficient pas).

²⁵ Pour rappel, la plupart ignoraient l'existence du fonds et, au moment du *bedcensus*, on ne comptait que deux patients assistés sur 29 interviewés.

²⁶ Noirhomme, M., Thomé, J.M., 2006, "Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres en Afrique?", in Dussault G., Letourmy A., Fournier P., (eds) L'Assurance maladie en Afrique francophone, Washington, World Bank, Health, Nutrition & Population Series, pp.432-451

(fonctions de pilotage de la DRASS), ni au niveau des équipes décentralisées (fonctions de gestion routinière des Comités d'Indigence)²⁷.

En absence d'un organe de pilotage effectif, le consensus atteint durant les phases de formulation s'est rapidement noyé dans des réinterprétations locales. L'équilibre nécessaire entre coordination et décentralisation n'a pas été atteint. Dans la pratique, cela s'est traduit dans une dispersion des modèles organisationnels, la léthargie de plusieurs d'entre eux, et une méthode de collecte de données (très) défectueuse.

Malgré des efforts louables envers une formulation participative de la stratégie, peu d'acteurs ont été impliqués en-dessous de l'échelon de la wilaya. Combiné avec une communication trop rapide, cela a résulté en un manque d'adhésion des acteurs locaux au modèle : plusieurs comités ont mal compris, ou ont réinterprété à leur manière le mode de fonctionnement du fonds d'indigence ; certains imams locaux ont reconnu se sentir en désaccord avec les principes de la *fatwa* (et ne l'ont donc pas promue). Les efforts faits au niveau central pour donner un ancrage religieux à la stratégie ont eux aussi souffert d'une mise en œuvre déficiente.

Ceci a également impacté au niveau du financement. On s'est ici focalisé sur les sources, sans s'interroger sur leur capacité de contribution et la stratégie pour les attirer. Au final, rares sont les fonds dégagés à partir d'une dynamique locale (*Zakat*, donation volontaires et dons de communes), ce qui compromet les espoirs d'un autofinancement futur. Dans ce calcul, on ne s'est pas non plus interrogé sur les besoins à couvrir par les financements. C'est pourtant l'un des facteurs de la faible utilisation des services que l'on constatait au moment de la recherche. Ce n'est pas le seul risque lié au financement. Dans les faits, les prestataires sont devenus les principaux financeurs du Fonds d'indigence²⁸. Ils pourraient légitimement se désolidariser d'un système où la gestion de ces ressources est confiée à un comité externe. C'est particulièrement vrai au niveau hospitalier, qui doit également compter avec une population pauvre venant de zone sans fonds d'indigence²⁹.

L'accès à l'hôpital est une question particulière qui requerrait une réponse adaptée. C'est vrai en termes de financement, ça l'est également au niveau des organes de gestion et des méthodes d'identification. Le Comité d'Indigence fait ici face à une population bien plus large qu'un regroupement de village. Sans mesure complémentaire, on peut s'interroger sur la capacité de supervision du comité et sur sa redevabilité vis-à-vis de cette population. Plus important : aux échelons inférieurs, les indigents sont identifiés en

²⁷ La DRASS fut désignée comme organe de pilotage, sans plus de définition de ces fonctions, ni d'accompagnement pour s'assurer qu'elle était en mesure de les remplir. Parallèlement, les comités d'indigence décentralisés furent créés au lancement du programme. Ils n'avaient pas participé à la formulation. Ils se sont vu confier en une journée de formation les rôles clés des fonds d'indigence (identification, collecte de fonds, paiement, production de données). De même pour les imams locaux qui devaient véhiculer un message qu'ils n'avaient eux-mêmes eu à peine le temps de s'approprier.

²⁸ Via le système de recouvrement des coûts et la dotation du budget d'Etat qui leur est attribuée

²⁹ Cela a d'ailleurs été le cas durant quelques mois à l'Hôpital d'Aioun, où l'activité du fonds d'indigence s'est fortement réduite suite à des protestations de la direction sur la capture de leurs fonds.

fonction de leur incapacité à accéder financièrement aux postes de santé ou centres de santé. La barrière financière au niveau hospitalier est nettement plus élevée, entraînant une identification plus large. On touche à nouveau ici aux limites d'une politique de décentralisation, quand elle n'est pas canalisée par des démarches de communication et de pilotage effectives.

7 CONCLUSIONS

Nous ne sommes pas parvenus à remplir tous les objectifs que nous nous étions fixés. Particulièrement la question de l'analyse de la performance du fonds d'indigence est restée en friche. Nous pouvons invoquer certaines question méthodologiques, une connaissance préalable du contexte imparfaite... mais les causes principales tiennent à l'indisponibilité des informations et l'éclatement de l'approche en petites initiatives locales, tous deux liés à un déséquilibre entre coordination et décentralisation.

Au final, au regard des objectifs décrits dans la section 3, nous aurons apporté les réponses suivantes :

- Une description du modèle théorique de fonds d'indigence, selon un cadre analytique précis. Ce cadre, testé dans d'autre contexte, donne à nouveau une application de sa valeur illustrative. Il mériterait toutefois d'être complété par des indicateurs de performance.
- Une explication de la mise en œuvre du programme et des problèmes rencontrés. Nous les détaillons entre faiblesses de mise en œuvre, et faiblesses au niveau du design de départ. Notre analyse nous porte à croire qu'un manque de soutien à la mise en œuvre et la coordination ont été déterminant dans la faible performance du système.
- Notre volonté de documenter la performance du fonds d'indigence s'est trouvée confrontée au déficit d'information. La recherche nous permet cependant de penser qu'il ne rencontre pas ses objectifs à l'heure actuelle, tant en termes d'accès aux soins des plus pauvres, de protection contre la pauvreté, que de participation des pauvres au processus décisionnel. Dans ces circonstances, les enquêtes de ménage et *bedcensus* ont principalement servi à donner une description indicative, sans réelle valeur scientifique, des profils des deux groupes. Nous utilisons certaines des réponses pour illustrer les questions de mise en œuvre.
- Il est difficile de répondre à la question des opportunités et avantages opérationnels de l'ancrage religieux du programme. L'idée a suscité un certain engouement, allant jusqu'à mobiliser des responsables religieux nationaux dans la rédaction d'une *fatwa*. Les résultats sont décevants (tant en terme de potentiel de communication que de source de financement). A nouveau, cela tient probablement plus à des questions de mise en œuvre déficiente. La question reste ouverte et l'idée – en théorie – mériterait qu'on l'explore à nouveau.

8 ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de recherche sur l'expérience de Fonds d'Equité Mauritanien – Septembre 2004

Annexe 2 : Tableau Analytique Fonds d'Indigence Mauritanie

Annexe 3 : Questionnaire du *Bedcensus* Fonds d'Equité Mauritanie

Annexe 4 : Enquête de ménage Fonds d'Equité Mauritanie