

# LES FONDS D'EQUITÉ, UNE STRATÉGIE POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES PLUS PAUVRES EN AFRIQUE ?

Mathieu Noirhomme<sup>1</sup> et Jean-Marc Thomé<sup>2</sup>

## RESUME ET MOTS-CLES

L'Initiative de Bamako a généralisé la participation financière de la population dans de nombreux pays en voie de développement. Dans un souci d'équité, la plupart des gouvernements concernés ont décrété la gratuité des soins pour les plus pauvres. Les résultats de cette politique d'exemption « par décret » ont été décevants. Les structures de santé, généralement sous-financées, ne peuvent se permettre d'octroyer trop d'exemptions. Il en résulte une exclusion financière des plus pauvres, entraînant une dégradation de leur statut sanitaire et parfois socio-économique.

Les fonds d'équité proposent une alternative : créer un fond chargé de compenser les prestataires pour les soins qu'ils prodiguent aux plus pauvres. Cette idée simple peut stimuler l'accès des plus pauvres aux soins de santé et renforcer la viabilité économique des formations sanitaires.

Plusieurs expériences ont été développées avec succès au Cambodge. Une politique nationale y est actuellement en préparation. L'approche a été récemment introduite dans plusieurs pays africains, dont le Mali, Madagascar et la Mauritanie. Un premier examen de ces jeunes expériences semble confirmer, parfois à contrario, les leçons dégagées au Cambodge. Des leçons complémentaires s'en dégagent, telles la nécessité d'un acteur fort pour le lancement et le suivi du modèle ou l'introduction d'une fonction d'assistance sociale au sein de l'hôpital.

Mots clés : participation financière, pauvreté, accès, exemption

---

<sup>1</sup> Economiste de la Santé – Institut de Médecine Tropicale – Anvers (Belgique)

<sup>2</sup> Economiste de la Santé – Indépendant (Laos)

Les auteurs tiennent à remercier les autorités sanitaires, administratives et religieuses des provinces et régions où les expériences décrites dans cet article ont été implémentées. Ils remercient particulièrement, pour leurs commentaires sur une première version du texte, xx et yy (Médecins Sans Frontières Luxembourg au Mali), xx et yy (GTZ Madagascar), xx et yy (conseiller auprès de la GTZ en Mauritanie) et Bruno Meessen (Institut de Médecine Tropicale d'Anvers).

## INTRODUCTION

Suite à l'Initiative de Bamako, de nombreux pays africains ont introduit la participation de la population au financement des soins de santé. En complément des ressources publiques, cette contribution de la population est sollicitée pour le financement des médicaments, de primes de motivation au personnel ou des frais de fonctionnement. En combinaison avec une démarche active d'amélioration de la qualité des soins, ce système a rencontré un certain succès en terme d'augmentation de la fréquentation des structures et de leur cofinancement (Audibert and Mathonnat 2000; Litvack and Bodart 1993). Dans d'autres cas, le résultat final a été beaucoup moins positif. D'un côté, le surcoût pour le patient a pu entraîner une baisse de l'utilisation des services (Gilson 1997). D'un autre, les ressources dégagées se sont parfois révélées insuffisantes pour relever le salaire des prestataires à un niveau décent. Les pratiques de survie, telles que le paiement de dessous-de-table ou l'absentéisme, se sont alors maintenues (Ensor 2004; Ferrinho and Van Lerberghe 2000). Il en résulte une incertitude au niveau du coût d'une hospitalisation pour le patient, aggravée par les frais de participation tels le transport ou la nourriture. Le cumul de ces frais constitue une barrière financière à l'accès aux soins (Thompson and Witter 2000), qui influe négativement sur l'itinéraire thérapeutique du patient. Les pauvres sont les premières victimes, en particulier quand leurs problèmes de santé requièrent des soins hospitaliers.

Dans un souci d'équité, la plupart des gouvernements ont décrété la gratuité des soins pour les plus pauvres. En l'absence de mécanisme de compensation pour le prestataire, les résultats de cette politique d'exemption « par décret » ont été décevants. Souffrant déjà d'un sous-financement, les structures de santé ne peuvent se permettre d'octroyer trop d'exemptions. Les pauvres, anticipant leur exclusion, retardent leur recours à la structure de santé publique (Russell 1996) ou optent pour des alternatives de qualité moindre, mais plus accessibles financièrement. Il en résulte une dégradation de leur statut sanitaire et socio-économique (Ranson 2002; Xu *et al.* 2003). Sanitaire en raison d'un traitement tardif ou de mauvaise qualité. Socio-économique en raison d'une spirale d'endettement et de dépenses irrationnelles dans laquelle le ménage est rapidement absorbé. Le cercle vicieux du piège à la pauvreté est ainsi refermé : la pauvreté devient une cause de mauvaise santé, qui elle-même intensifie l'appauvrissement (Meessen *et al.* 2003; Wagstaff 2002; Whitehead *et al.* 2001).

Peu de réponses ont été apportées jusqu'à présent. L'ampleur des frais liés à une hospitalisation dépasse la capacité des mécanismes de solidarité traditionnels. Les systèmes formalisés de protection sociale, s'ils existent, ne s'adressent pas aux plus pauvres. Les gouvernements enfin ne sont pas en mesure de développer des mécanismes de redistribution.

## PRINCIPES DES FONDS D'ÉQUITÉ, ET PRINCIPALES LEÇONS DES EXPÉRIENCES CAMBODGIENNES

Dans la communauté internationale, des voix s'élèvent actuellement pour réclamer un retour à la gratuité universelle dans les soins de santé (Save the Children 2005). Cette option a ses attraits et ses limites. Ses conditions d'application doivent encore être investiguées plus avant. Les fonds d'équité<sup>3</sup> proposent une alternative, mitigeant les effets négatifs de la participation financière des usagers, tout

---

<sup>3</sup> « Fonds d'Équité » ou « *Health Equity Funds* » est la dénomination consensuelle utilisée au Cambodge pour ce type de stratégie, et qui tend à s'imposer dans la littérature scientifique. Dans d'autres pays, elle est dénommée « fonds de solidarité », « Fonds d'Assistance Maladie » (au Mali) ou « Fonds d'Indigence » (en Mauritanie).

en permettant leur maintien<sup>4</sup>. L'idée est d'instaurer un système de tiers payeur qui garantit aux prestataires de soins une juste compensation pour les services offerts aux plus pauvres. Les objectifs pour le patient se formulent selon deux dimensions :

- Dimension « santé publique »: Améliorer l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres.
- Dimension « protection contre la pauvreté »: Eviter les dépenses de santé catastrophiques (les dépenses de santé entraînant les ménages dans la misère).

La transaction classique entre prestataire et patient (payant) tient à deux fonctions principales : (1) délivrance de soin de santé par le prestataire (2) en échange d'un paiement par le patient.

Cette fonction de paiement n'est pas à la portée des plus pauvres. Le principe du tiers payeur s'y substitue en la divisant en :

1. Identification des patients nécessitant une assistance financière. Deux objectifs : (1) éviter de dilapider des ressources vers des patients non pauvres (erreur d'inclusion) et (2) éviter d'exclure des patients pauvres (erreur d'exclusion).
2. Paiement au prestataire des soins consommés par les patients identifiés.

En augmentant la patientèle des structures de santé supportées<sup>5</sup>, le fonds d'équité promeut leur utilisation et contribue de manière significative à leur financement. Il est donc également conforme aux objectifs des prestataires de soins et des autorités sanitaires. Il offre en outre l'opportunité de développer des activités d'assistance sociale plus élaborées auprès des patients pauvres hospitalisés, y compris la défense de leurs droits d'usagers.

Les premières expériences systématiques de fonds d'équité ont vu le jour au Cambodge en 2000 (Bitran *et al.* 2003; Hardeman *et al.* 2004; Jacobs and Price 2005). Le modèle, initié par des ONG internationales, s'est développé et compte aujourd'hui 16 implantations. Le succès a conduit à un projet de politique nationale, supervisée par le Ministère de la Santé et supportée par des bailleurs de fonds internationaux. Le Cambodge reste à ce jour le terrain de référence en la matière. Certaines leçons s'en dégagent, qui peuvent servir de cadre pour l'analyse de l'approche dans d'autres pays.

**Leçon 1** : l'impact en terme d'**augmentation de l'accès aux soins** par les plus pauvres est reconnu. Il a été démontré par la triple observation suivante : (1) une augmentation de l'utilisation totale des services de santé ; (2) une confirmation du profil de pauvres des bénéficiaires de l'assistance (échantillonnage aléatoire); (3) l'absence d'une diminution de l'utilisation par les patients payants. On considère donc que les patients supplémentaires n'avaient pas accès auparavant, en raison de leur incapacité de payer.

**Leçon 2** : Pour un ménage, l'importance des dépenses en soins de santé peut être due en grande part au recours à un secteur privé informel de qualité douteuse, qui capture le patient et retarde son accès à l'hôpital. La protection apportée par le fonds d'équité tient donc non seulement dans le financement des soins de santé, mais également dans son action de prévention contre des dépenses de santé irrationnelles et peu pertinentes par les plus pauvres. Même si les preuves restent éparses, les acteurs de terrain sont convaincus que les fonds d'équité ont un impact important en terme de **protection sociale**.

---

<sup>4</sup> Un fonds d'équité est également envisageable dans un contexte de gratuité universelle des soins. En effet, les coûts de participation (transport, nourriture) subsistent, et peuvent représenter une barrière financière pour les plus pauvres.

<sup>5</sup> Qui sont, dans l'intégralité des cas existants, des structures de santé publiques.

**Leçon 3 :** La **séparation des fonctions** est un principe fondamental des fonds d'équité. L'idée centrale est d'**éviter les conflits d'intérêt**. Pour un programme avec financement extérieur, confier l'identification des pauvres à la population seule résulterait probablement dans une multiplication des erreurs d'inclusion (tous ont intérêt à bénéficier de soins hospitaliers gratuits). Accorder la gestion du fonds au prestataire produirait un résultat similaire (tout patient supplémentaire, quelque soit son statut économique, représentant un revenu supplémentaire pour le prestataire). Ce principe conduit à distinguer les fonctions de « financeur », d'acheteur, de prestataire, d'« identificateur » et de contrôleur. Par ailleurs, deux acteurs apparaissent comme particulièrement important : (1) l'initiateur de l'approche (au Cambodge, souvent une ONG internationale) qui joue un rôle de moteur, d'arbitrage et d'expertise et (2) le gestionnaire local du fonds qui, en plus de procéder au paiement du prestataire, assure une identification à l'hôpital, ainsi que l'accueil et le suivi des bénéficiaires.

**Leçon 4 :** Les expériences cambodgiennes ont clairement démontré le besoin d'un **financement (1) suffisant** car le coût des soins de santé dépasse largement les capacités locales<sup>6</sup> (contribution de la population, budgets nationaux) ; (2) **extérieur à la structure de santé** pour éviter le conflit d'intérêt exposé ci-dessus, et largement démontré par les échecs des politiques d'exemption classiques. C'est le relâchement de la contrainte budgétaire qui a permis de prouver la performance de l'approche au Cambodge, et d'apporter les arguments nécessaires pour convaincre les bailleurs de fonds de financer une stratégie nationale. La recherche d'une **efficacité opérationnelle** de l'approche a donc résulté dans une relative pérennité financière, via la **sécurisation du financement**, dans un contexte international où la corrélation entre mauvaise santé et pauvreté est de plus en plus reconnue.

**Leçon 5 :** Concevoir un fonds d'équité ne se résume pas à une simple fonction de paiement. Il faut développer une **vision systémique de l'accès aux soins**, intégrant en plus de la problématique de l'accessibilité financière, les questions relatives aux barrières liées au prestataire (heure d'ouvertures, qualité des services), à la distance, aux choix des usagers (habitudes de santé, perception de la qualité des soins, peur de peser sur la famille). Il faut donc veiller à adapter le modèle au contexte, en tenant compte des raisons de la (non-)performance des structures de santé, des mécanismes de protection existants (ex : solidarité villageoise, systèmes confessionnels) à ne pas détruire, et des intérêts des parties en présence (ex : cofinancement du prestataire). La bonne compréhension du contexte permet notamment d'adapter le paquet de bénéfices qui va être offert aux personnes assistées (voir Leçon 6). De la sorte, travailler sur la barrière financière contribuera à **lever d'autres barrières**, tels que la distance (via le financement du transport), ou la pression sociale (incertitude quant au coût, peur de l'endettement).

**Leçon 6 :** Le **paquet de bénéfice** doit être défini en **fonction des barrières** à l'accès aux soins de santé qui sont vulnérables à une intervention financière. Il s'agit donc de s'attaquer aux dépenses diverses qui, pour une raison ou une autre, empêchent le patient d'accéder aux soins de santé. A ce titre, la quasi totalité des expériences cambodgiennes ont inclus dans le paquet de bénéfice (1) la **totalité des soins** disponibles au niveau de l'hôpital de district et (2) le financement des frais de **transport**. D'autres ont également inclus d'autres frais non médicaux (nourriture, draps, etc.) et le financement des frais de santé à l'échelon supérieur. Ce dernier point représente cependant un surcoût important.

---

<sup>6</sup> Les modèles qui ont compté sur ces seules sources locales ont conduit à de sévères restrictions de l'accès aux soins

**Leçon 7 :** Différents modèles d'**identification** ont été testés. Plusieurs distinctions s'imposent. (1) Une première distinction peut être faite entre **pré-identification** (au domicile du ménage, avant le besoin de soins de santé) et **identification passive** (à l'hôpital, au moment où le patient nécessite des soins). L'expérience cambodgienne a montré que commencer par la seule identification passive était une stratégie intelligente de lancement d'un fonds d'équité. Elle permet un démarrage rapide de l'approche, une souplesse dans la sélection, et concrétise le rôle du tiers payeur au sein de l'hôpital. La pré-identification, plus longue et plus onéreuse, est considérée comme plus fiable (on observe les caractéristiques au domicile même) et plus sécurisante pour le patient (garantie de prise en charge avant l'apparition du problème de santé). Ces deux derniers points restent cependant à l'état de présomption. (2) D'autres distinctions apparaissent au niveau du degré de formalisation des outils (de l'absence de critères jusqu'au questionnaire coté), et des acteurs inclus dans la pré-identification (de la communauté aux enquêteurs formés) avec des impacts différents en terme de coûts, de performance supposée, et de collecte d'information socio-économique sur les identifiés. (3) Les critères d'identification varient d'une expérience à l'autre. Ils ont chaque fois été construits par une démarche d'essai et erreur, en testant les critères sur un échantillon de la population. Leur efficacité semble similaire, ce qui plaide pour une adaptation des critères au contexte.

**Leçon 8 :** Les expériences cambodgiennes ont produit des résultats opérationnellement intéressants, mais à qualité scientifique moyenne. En terme d'apprentissage, l'une des erreurs a sans doute été de ne pas avoir, **dès le départ**, développé et standardisé une **batterie d'indicateurs et d'enquêtes** permettant de dégager une évidence scientifique irréfutable. Celle-ci est facile à collecter si organisée dès le départ, beaucoup plus malaisée si l'on cherche à la rattraper par la suite.

## EXPÉRIENCES EN AFRIQUE

Subsidier les soins de santé des plus pauvres via un tiers payeur n'est pas une idée neuve en Afrique. On retrouve une logique similaire dans des mécanismes de solidarité traditionnels (la communauté payant pour ses pauvres) et certaines actions supportées par des organisations non gouvernementales ou confessionnelles. Cependant, les fonds d'équité cambodgiens représentent probablement la plus vaste expérience de formalisation de cette logique de tiers payeur. La seule façon de savoir si le modèle a du sens sur le continent africain passe par le développement et la documentation d'expériences. Dans cet article, nous passons en revue trois approches appliquant une logique semblable: au Mali, en Mauritanie et à Madagascar<sup>7</sup>.

### MÉTHODES

Depuis juillet 2003, l'auteur principal concentre ses activités de consultant et de chercheur sur les fonds d'équité. Il intervient fréquemment au Cambodge, et offre un appui au développement de stratégies similaires en Afrique sub-saharienne. A ce jour, il a pu rassembler suffisamment d'informations sur les expériences décrites dans cet article. Toutes trois ont bénéficié de l'appui direct d'un des deux auteurs. Le coauteur a contribué activement à la genèse des premières expériences au Cambodge et consacre une part importante de son travail sur le sujet.

---

<sup>7</sup> D'autres expériences existent ou vont être lancées prochainement en Afrique. Elles restent rares. La sélection de cet article est fonction de la durée des expériences et de l'accès à leurs informations.

Outre les observations faites par les auteurs sur le terrain, cet article a tiré parti de la littérature grise produite dans le cadre des trois projets, ainsi que des données de routine rassemblées par les opérateurs des fonds d'équité.

## CONTEXTE

Le Mali, la Mauritanie et Madagascar présentent des structures de financement des soins de santé similaires à celle décrite dans notre introduction. Un système de participation financière y est en place, avec une politique officielle d'exemption pour les plus pauvres. Les résultats de cette politique d'exemption restent très faibles, en raison du sous-financement des prestataires et du manque d'organisation de l'identification des plus pauvres. Le besoin est pourtant criant, comme en témoigne l'ampleur de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté<sup>8</sup>. Dans les trois pays, un système de tarification à l'acte est d'application. Chaque intervention, médicament, examens (et dans certain cas chaque nuitée) est facturée au patient<sup>9</sup> (excepté sur les deux projets maliens cités, qui ont initié un système de paiement au forfait). D'autres frais, officieux ou externes à la structure de santé, alourdissent la facture. Cela entraîne une insécurisation de tout patient par rapport au coût des services. Enfin, les mécanismes de protection existants sont pratiquement impuissants pour faciliter l'accès aux soins des plus pauvres.

Derrière l'hétérogénéité des contextes humains, on retrouve donc une même réalité : des systèmes en place peu favorables aux plus pauvres. Les leçons cambodgiennes seraient-elles également répliquables ? Il n'y a très probablement pas d'universalité. Toutefois, la conscience des succès et erreurs des fonds d'équité cambodgiens devraient permettre d'accélérer le développement des expériences africaines.

## LES INTERVENTIONS

La table I nous donne un aperçu synthétique des principales différences entre les fonds d'équité analysés dans cette section

### *INSERER TABLE I*

Au Mali, des Fonds d'Assistance Médicale ont été développés dans deux Centres de Santé de Référence, équivalents à des hôpitaux de district : à Sélingué en 2001 et à Bougouni en 2003 (Ngwakum 2005; Touré and Boré 2004). Le modèle retenu résulte d'un consensus entre représentants des autorités sanitaires et administratives, société civile et l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF) Luxembourg. Les initiateurs ont cherché à créer un modèle participatif, avec une dépendance minimale par rapport aux acteurs externes à la zone de santé. Cela se manifeste tant au niveau du modèle de fonctionnement que des options de financement retenues.

Le Fonds d'Assistance Médicale (FAM) s'adresse à deux catégories de patients: (1) les indigents, définis comme « toute personne sans ressources, ne bénéficiant d'aucun soutien social<sup>10</sup> » et (2) les

---

<sup>8</sup> Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (fixé à un dollar international par personne et par jour) est estimé à 34.1% au Cambodge, 25.9% en Mauritanie, 49.1% à Madagascar et 72.8% au Mali (The World Bank 2004)

<sup>9</sup> Ceci constitue une différence entre ces trois pays et le Cambodge, où (officiellement) seul l'acte médical est facturé.

<sup>10</sup> Les concepteurs du FAM ont repris la définition formulée en 1968 à l'attention des services sociaux étatiques. Les acteurs locaux la limitent aux orphelins, personnes âgées isolées, handicapés et tout autre vulnérable dont l'identification est facile et n'appelle pas de remise en question. Cette définition tente de prémunir l'identificateur des pressions sociales.

pauvres en difficulté de paiement. Les premiers bénéficient d'une exemption de tous les frais médicaux auprès de la structure de santé; les seconds de facilités de paiement via un système de crédit à rembourser. Selon les cas, les services proposés peuvent s'étendre au transport de référence vers l'échelon supérieur ainsi qu'à l'octroi de nourriture ou de produits d'hygiène.

Les fonctions principales du FAM sont assurées par le personnel de la structure de santé. La formalisation des outils est minimale pour ne pas rajouter de pression administrative. Seule une méthode d'identification passive lors de l'épisode de maladie a été retenue. Lors de son séjour, tout patient en difficulté de paiement peut requérir l'assistance du Service Social de l'hôpital. L'assistant social procède à un entretien non structuré pour déterminer l'éligibilité du candidat et évaluer ses besoins. Le comptable de la structure de santé se charge du paiement des services. Une politique de cofinancement a été érigée, avec un soutien de départ de MSF, destiné à s'effacer au profit de ressources locales et étatiques. La supervision et la définition des orientations stratégiques sont confiées un comité de gestion, rassemblant les différentes parties en présence.

Malgré des efforts importants d'appropriation par les acteurs locaux, les expériences maliennes sont restées relativement modestes en termes de résultats. Après trois années d'existence, le FAM 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. Ceci est lié à une définition volontairement restrictive de l'indigence. Parmi les 91% restants, 60 concernaient des crédits en attente de paiement, et 19 des crédettes décédés. Sur la même période, 57% des ressources ont reposé sur les fonds de MSF, résultant d'une faible réponse des sources de financement locales. Enfin, la faible implication du Comité de Gestion a réduit les possibilités de développement participatif et de contrôle social de l'approche, en laissant les responsabilités entre les mains de l'assistant social et du comptable du centre de santé.

En Mauritanie, la GTZ (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*) a initié fin 2002 une réflexion sur un système de fonds d'indigence, destiné à favoriser l'accès aux soins de santé des plus pauvres dans les régions des Oldh El Garbi et Oldh El Chergi. Celle-ci a pris la forme d'un processus de concertation entre tous les acteurs concernés<sup>11</sup>, dans une volonté d'ancrage dans le contexte socioculturel, religieux et politique. Ce processus a entre autres donné lieu à la création d'un décret islamique national, une *fatwa*, visant à promouvoir les fonds d'indigence. Les programmes ont démarré en juillet 2003, autour de 17 structures de santé pilotes couvrant les trois premiers échelons du système sanitaire. La GTZ s'est retirée de ses programmes médicaux dans la région au même moment, laissant un budget de fonctionnement auprès des autorités sanitaires régionales pour couvrir les frais de supervision.

D'après la définition ressortant d'un atelier de consensus, est considéré comme indigent « tout ménage dans l'incapacité de satisfaire un besoin alimentaire élémentaire ». Les membres des ménages retenus peuvent bénéficier de la gratuité des soins auprès de la structure de santé et des échelons supérieurs jusqu'à l'hôpital régional, ainsi que du transport de référence pour l'hôpital régional.

Les principales fonctions sont décentralisées dans chaque zone pilote à des comités d'indigence locaux. Un effort préalable de standardisation a été fait, à travers le développement d'outils de gestion standards et la formation des comités d'indigence à leur utilisation. Ces comités se composent principalement de notables, autorités religieuses, administratives et agents de santé. Ils bénéficient d'une grande autonomie dans leur mode de fonctionnement. Leurs principales fonctions sont

---

<sup>11</sup> Trois grands volets ont marqué ce processus de concertation: (1) une série de réunions avec les autorités sanitaires, administratives et religieuses; (2) une recherche sur la problématique de l'indigence et de l'accès aux soins et (3) un atelier de concertation ouvert à tous les acteurs locaux concernés, et destiné à jeter les bases d'un modus operandi.

l'identification des indigents, la collecte et la gestion des ressources financières, et le paiement de la structure de santé.

Le comité édite une liste d'indigents, basée sur leur connaissance de leur communauté et leur appropriation de la définition. Après approbation par les autorités sanitaires régionales et validation par l'imam local, chaque membre des ménages retenus reçoit une carte d'indigence qui lui ouvre accès aux services du fonds en cas de maladie. Les individus non-identifiés peuvent demander leur affiliation au comité lorsqu'ils recourent aux structures de santé supportées.

Le fonds géré par le comité est alimenté par un financement mixte provenant de l'État, des recettes de la structure de santé, des communes et de la population. La *fatwa* offre une source de financement complémentaire, en autorisant le versement de la *Zakât*<sup>12</sup> dans le fonds d'indigence. Les autorités sanitaires régionales sont chargées de superviser le fonctionnement des fonds d'indigences locaux.

En pratique, les activités de support et de supervision depuis le lancement des projets sont restées très rares, et peu structurées. Après deux ans d'existence, aucun chiffre précis n'était disponible concernant les expériences de fonds d'indigence mauritaniennes. On les sait cependant faibles, les bénéficiaires ne dépassant probablement pas 2% des utilisateurs des structures de santé. Ce chiffre est encore inférieur au niveau des hôpitaux. Les efforts de standardisation sont restés des événements isolés : la formation des comités n'a duré qu'un jour, laissant toute flexibilité aux comités sur leurs objectifs et méthodes de travail. D'une zone à l'autre, le fonds d'indigence diverge, certains comités s'étant même contentés d'établir une liste d'indigents. Le financement des fonds d'indigence a principalement pesé sur le budget de l'État et les revenus des structures de santé, diminuant la capacité de prise en charge. Les ressources dégagées par la *fatwa* sont restées très maigres, malgré la qualité du document. L'une des raisons probables est que la sensibilisation s'est limitée à une session orale d'information dans chaque zone de santé, alors que le système de versement de la *Zakât* répond à une tradition séculaire.

A Madagascar, la GTZ soutient le développement d'un fonds d'équité à l'hôpital de district de Marovoay depuis janvier 2005. Il couvre la population des deux districts administratifs de Marovoay et Ambato Boeni (Noirhomme and Criel 2004). La réflexion, débutée en avril 2004, s'est faite en concertation avec les autorités sanitaires, religieuses et administratives au niveau de la province et du district. Les efforts de communication au niveau national visent à favoriser la visibilité de l'approche auprès des autorités d'Antananarivo.

Le fonds d'équité vise une population vulnérable mixte, composée d'indigents (estimés à 20% de la population totale), de personnes en difficulté temporaire de paiement (20% supplémentaires, principalement en période de soudure) et de parturientes (quel que soit leur statut socio-économique). Le paquet de bénéfices comprend la totalité des soins à l'hôpital de Marovoay, les frais de transport du domicile à l'hôpital pour le patient et un accompagnant, et la nourriture du patient durant son hospitalisation.

Les fonctions ont été réparties entre différents acteurs locaux. Deux méthodes d'identification se combinent. (1) Une pré-identification, conduite par des groupements œcuméniques constitués à cette occasion dans chaque zone de santé. Elle est ensuite validée par le comité de gestion du centre de santé de la zone. (2) Une identification passive au sein de l'hôpital, assurée par des assistantes sociales payées par le fonds d'équité. A ce stade, il n'y a pas de réelle formalisation des critères et procédures d'identification des groupements œcuméniques. Dans un premier temps, l'objectif est de bénéficier

---

<sup>12</sup> La *Zakât* est un des mécanismes de solidarité islamique, et un des piliers de l'islam. Chaque musulman qui en a les moyens doit distribuer 2,5% de son bénéfice annuel auprès des pauvres qu'il connaît. La particularité de la *fatwa* est d'avoir délié le donateur de cette condition de proximité, en désignant le fonds d'indigence comme destination acceptable de la *Zakât* au regard de l'islam.

de la connaissance intrinsèque que les religieux ont de leur population. Pour concrétiser ce critères, un bureau d'étude local contrôle les résultats de l'identification sur le terrain, et détermine, de manière empirique, une liste d'indicateurs de pauvreté communs à tous les « vrais pauvres » identifiés. Les assistantes sociales tiennent également le rôle de gestionnaire local du fonds et défendent les droits des patients auprès des autorités hospitalières. L'expérience est pilotée par un bureau exécutif, composé de représentants de toutes les parties concernées. Ce bureau décide entre autres du paiement du prestataire, après présentation des résultats par les assistantes sociales.

Le financement pèse principalement sur la KfW (*Kreditanstalt für Wiederaufbau*) et la GTZ qui prennent respectivement en charge les frais d'hospitalisation et les frais administratifs. Le transport est financé par les communautés, via les groupements œcuméniques, et les frais de nourriture par les budgets de l'État. Les estimations tablent sur un budget annuel d'approximativement €30.000 pour une population totale de 300.000 habitants, avec des taux d'hospitalisation variant entre 7,5 et 15 ‰ pour les 20% d'indigents permanents, et 7,5 ‰ pour les indigents temporaires, principalement durant les trois mois de soudure. Ceci donnerait un coût de 10 centimes d'euro par habitant, pour garantir l'accès aux soins de santé des plus pauvres.

L'identification par les groupements œcuméniques s'est avérée assez restrictive. Seuls 2% de la population ont été identifiés comme indigents, alors que les projections tablaient sur une identification préalable de 5%. Celle-ci devrait s'étendre, après développement des outils par le bureau d'étude local. Les taux d'utilisation sur les six premiers mois de l'approche sont satisfaisants : 12,5% des hospitalisations ont concerné des bénéficiaires du fonds d'équité, auxquels se rajoutent 1,7% de patients bénéficiant de facilités de paiement. 40% de ces hospitalisations concernent des interventions chirurgicales. La fonction d'accompagnement social semble s'étendre aux non-bénéficiaires, ce qui constitue une externalité positive inattendue. Le Bureau Exécutif suit régulièrement les indicateurs de performance et veille à la collégialité des décisions. Le financement des soins de santé est suffisant et satisfait le prestataire de soin. Par contre, les frais hors bailleur externe posent problème: les capacités de contribution des communautés pour le transport sont limitées et réduisent fortement l'accès pour les populations les plus éloignées, et les dotations en nutriments ont été supprimées des budgets de l'État.

## LEÇONS PRELIMINAIRES DES EXPERIENCES AFRICAINES

Les modèles décrits dans cet article témoignent de l'émergence d'un processus de réflexion autour de l'accès aux soins des plus pauvres, avec recherche d'une alternative aux mécanismes d'exemption classiques. Bien que louables, leurs résultats sont mitigés. Le nombre de bénéficiaires reste faible sur les expériences maliennes et mauritaniennes. Les résultats de Marovoay sont encourageants, mais sans doute encore trop récents pour tirer des conclusions.

Les raisons de faible performance sont à chercher dans les leçons cambodgiennes, dont certaines se confirment a contrario. Les expériences africaines nous permettent d'en mettre de nouvelles en évidence.

**Leçon 1** : Le Cambodge nous a aidés à comprendre l'importance d'un **financement suffisant**. Au Mali et en Mauritanie, l'architecture institutionnelle a primé sur une vraie ambition en termes de couverture. On le constate à travers : (1) l'absence d'estimation préalable du budget nécessaire pour rencontrer les besoins en soins de santé<sup>13</sup> et (2) la focalisation sur les sources de financement locales, sans tenir compte de leur capacité de contribution. Ceci a mené à un sous-financement structurel

---

<sup>13</sup> Ou à l'inverse une estimation plafond du nombre de patients que le projet pourra supporter, en fonction des ressources attendues (comme à Sélingué où les bénéficiaires furent plafonnés à 50 par an).

condamnant les interventions à des résultats insatisfaisants en termes de population assistée. A noter qu'à Marovoay également, les sources de financement locales se sont révélées peu fiables jusqu'à présent<sup>14</sup>.

Notre analyse est que trop de timidité nuit aux fonds d'équité. Les **besoins importants** des plus pauvres requièrent des moyens financiers suffisants. Autant ces budgets sont modestes au regard d'un bailleur<sup>15</sup>, autant ils sont in finançables par les seules communautés locales. Pour un gouvernement ou un opérateur, le premier objectif doit plutôt être la **démonstration de l'efficacité** de la stratégie. L'expérience cambodgienne a montré que cette étape franchie, les bailleurs peuvent faire preuve d'un enthousiasme massif.

**Leçon 2** : Tout programme de développement demande suivi et coordination. L'assistance sociale ne fait pas exception. Ceci met en évidence la nécessité d'un **acteur-moteur** qui lance l'approche et la maintienne sur les rails. Ce rôle doit se manifester non seulement au stade de **formulation** de l'approche, mais aussi lors de sa **mise en œuvre** et de son **évaluation**. Lors de la formulation du programme, de ses objectifs et de ses outils, l'acteur-moteur doit modérer les débats, pour aboutir à un modèle adapté à son contexte et aux intérêts des parties en présence. Ce rôle a été correctement rempli dans les trois expériences africaines. Lors de la mise en œuvre, il s'agit de faciliter l'appropriation de l'approche par les acteurs locaux et de s'assurer que les opérations sont cohérentes avec le consensus dégagé lors de la formulation. On ne retrouve que partiellement cette cohérence en Mauritanie (de nombreux comités d'indigence se sont écartés du modèle de base, sans que les autorités sanitaires interviennent) et au Mali (la plupart des bénéficiaires ne sont pas des patients en incapacité permanente de paiement). L'acteur-moteur peut enfin aider au stade de l'évaluation des résultats en contribuant à la définition et au suivi des indicateurs de performance, à l'identification des problèmes, et à leur résolution.

Il est intéressant de noter que l'identité de cet acteur moteur est considérée comme l'un des principaux défis des projets pilotes à lancer à Madagascar et au Kenya (voir infra). La fonction ne doit pas nécessairement être assumée par des organisations extérieures type ONG ou agences de coopération. Par contre les candidats doivent (1) avoir une **expertise** suffisante sur le sujet et le contexte local ; (2) faire preuve de **neutralité** par rapport aux parties en présence ; (3) avoir de bonne capacité de **négoiation**, ainsi que de (4) bonnes capacités d'**analyse**.

**Leçon 3** : L'absence d'un **organe de pilotage** compétent nuit à la performance d'un fonds d'équité. Cet organe peut comprendre, mais ne se limite pas à, l'acteur moteur évoqué ci-dessus. En Mauritanie et au Mali, la quasi intégralité des rôles a été décentralisée respectivement aux comités d'indigence et au personnel de l'hôpital. Le manque de coordination induit un risque de faible mise en œuvre des décisions<sup>16</sup>, de diversion des objectifs originaux et de mauvaise organisation de la collecte des données. En conséquence, sur des deux expériences, les décisions d'adaptation du modèle et d'extension de l'approche se prennent sur base d'impressions et de croyances plus que de

---

<sup>14</sup> Nous trouvons un constat similaire au Cambodge : après deux ans d'existence, le Fonds d'Equité de Kirivong montrait de faibles résultats en termes d'accès à l'hôpital. Il s'est donc tourné vers un bailleur externe pour ce volet du financement. A noter que la population continue à financer les soins délivrés aux centres de santé.

<sup>15</sup> Les estimations de Marovoay - en ligne avec les expériences cambodgiennes – peuvent nous en donner une idée. Bien que l'utilisation effective n'ait pas encore atteint les résultats escomptés, l'estimation de 10 centimes d'euro par habitant semble réaliste dans des conditions similaires, en raison du respect des coûts par bénéficiaire et des coûts administratifs.

<sup>16</sup> Ceci est particulièrement flagrant en Mauritanie où la *fatwa* est restée lettre morte, et les plupart des outils développés négligés par les comités

faits soutenus par des résultats. En Mauritanie, cette décentralisation excessive a mené dans certains cas à l'émergence de programmes tellement différents qu'ils ne conservent que peu de points de comparaison.

Or, pour qu'une approche soit pilotable, il faut (1) que ces résultats soient **objectivables**, et (2) qu'elle reste conforme à certains **principes** de base. Cela n'exclut en rien l'adaptation du modèle aux opportunités et contraintes locales. Un organe de pilotage peut veiller à assurer cet **équilibre nécessaire entre décentralisation et coordination**. Son rôle est de tirer les leçons des expériences et d'orienter les décisions en fonction des résultats. Cela suppose la définition d'indicateurs et l'organisation d'un système de collecte de données, comme nous en soulignons le besoin sur les fonds d'équité cambodgiens. On retrouve un tel organe sur l'expérience de Marovoay. La Mauritanie et le Mali en ont fait une ébauche mais sa mise en œuvre a manqué de formalisation et de rigueur.

**Leçon 4** : En Mauritanie, la défaillance de certains comités d'indigence a mené à l'échec du fonds d'indigence sur leur zone de santé. Au Mali, l'assistant social est souvent influencé par des membres de l'hôpital, ou par certaines personnes importantes de la communauté. Cela met en évidence la nécessité, déjà soulignée au Cambodge, d'une **diversification des acteurs**. Leur choix doit dépendre de (1) leur compétence et engagement à remplir la fonction et (2) leur absence de conflits d'intérêts et leur capacité de résistance aux pressions. Il peut être intéressant à cet égard de (3) partager les responsabilités sur certaines fonctions, comme c'est le cas à Marovoay où l'identification relève des groupements œcuméniques, des assistantes sociales et du bureau d'étude local. Cela permet d'établir des (4) mécanismes de contrôle croisés entre les acteurs, et dans certains cas de les dédouaner de certaines responsabilités par rapport à la communauté, à travers par exemple une fonction de supervision externe.

Les expériences africaines ont de plus permis de souligner l'importance des **opportunités du contexte** dans le choix des acteurs. Nous retenons particulièrement (1) les chefs religieux en Mauritanie : dans une république islamique, la *fatwa* qu'ils ont rédigée recèle un potentiel en terme de communication et d'acceptabilité de l'approche ; (2) les groupements œcuméniques chargés de la pré-identification à Marovoay, qui s'inscrivent dans une tradition de solidarité entre les religions à Madagascar.

**Leçon 5** : Au Cambodge, les opérateurs du Fonds d'Equité se sont souvent vu reprocher leur focalisation sur les tâches administratives, au détriment des fonctions plus empathiques de suivi et de soutien des patients. A Marovoay, les assistantes sociales montrent qu'il est possible de développer un vrai rôle d'**assistance psychologique**, y compris aux non-bénéficiaires. Cela tient très probablement à leur statut. Elles sont (1) externe au personnel de l'hôpital et à sa hiérarchie, (2) payées par le fonds d'équité et (3) ont une fonction d'acheteur de services, ce qui leur donne un certain pouvoir de négociation. Bien que provisoires, ces résultats mériteraient d'être suivis.

**Leçon 6** : L'**identification** s'avère très **restrictive**<sup>17</sup> dans les trois expériences. Les contraintes budgétaires peuvent apporter une explication partielle en Mauritanie et au Mali. Toutefois les faibles taux de pré-identification sur l'expérience de Marovoay nous poussent à rechercher d'autres causes. L'organisation sociale en Afrique sub-saharienne rurale est souvent dépeinte comme **fortement communautaire**, et organisée autour de traditions de solidarité familiale élargie. Cela expliquerait

---

<sup>17</sup> En comparaison, dans de nombreuses expériences cambodgiennes, les listes de pré-identification comptent pour 10 à 20% de la population totale, et les bénéficiaires du fonds d'équité pour 10 à 50% des hospitalisations.

peut-être que l'éligibilité soit réduite à l'indigence, elle-même assimilée à l'exclusion sociale<sup>18</sup>. A contrario la communauté se percevrait à tort ou à raison comme égalitaire, d'où ses réticences à établir des distinctions en son sein. Quel qu'en soit la raison, la notion de pauvreté semble soit englober **l'ensemble de la communauté**, soit se restreindre à quelques **individus isolés**. Notre population cible se situe probablement entre les deux. Cela appelle à la création d'outils spécifiques, via la diversification des expériences d'identification en Afrique, et à l'application souple de la logique de fonds d'équité.

## PERSPECTIVES – DÉFIS FUTURS

Les expériences existantes de fonds d'équité ont toutes été développées localement. Au Cambodge, cela a conduit à un processus d'émulation entre acteurs de terrain qui a finalement abouti au développement d'un programme national. Nous assistons actuellement à un mouvement inverse dans d'autres contextes. A Madagascar (Noirhomme *et al.* 2005) et au Kenya, c'est le Ministère de la Santé qui s'apprête à lancer en 2006 des programmes pilotes sur des hôpitaux décentralisés, avec le soutien financier de bailleurs internationaux.

Cette approche du haut vers le bas, encore inédite à notre connaissance, inscrit les fonds d'équité dans le cadre institutionnel étatique. Cela engendre de nouvelles questions et contraintes en terme de capacité de mise en œuvre des opérations sur les terrains pilotes, de diversification des acteurs, et de modalités de financement. A ce stade, seules les grandes lignes des programmes sont dressées. Il en ressort déjà deux dimensions intéressantes.

La première concerne la sécurisation financière des fonds d'équité. Dans les expériences cambodgiennes, l'appui financier des agences internationales apparaît comme une étape intermédiaire, avant la sécurisation des sources de financement via un programme national. L'expérience de Marovoay table sur une même logique. Le pari n'est pas gagné d'avance. Cela demande à terme un engagement (1) politique des ministères concernés, et (2) financier des bailleurs internationaux qui les soutiennent. A Madagascar et au Kenya, cet engagement est présent d'entrée de jeu. Les fonds d'équité y sont perçus comme un outil potentiel de réduction de la pauvreté, s'intégrant dans une réflexion sur la réforme du financement de la santé. Des résultats probants justifieraient le maintien d'une ligne de financement spécifique.

Cela demande toutefois de pouvoir mesurer les résultats et leurs causes. Dans les deux pays, il a été décidé que les programmes décentralisés seraient à la fois similaires et différents. Similaires car répondant à des objectifs et principes de fonctionnement arrêtés au niveau central. Différents car adaptés aux contraintes et opportunités du contexte. Une approche du haut vers le bas représente ici aussi un avantage. Le pilotage au niveau national permet d'imposer une uniformisation des indicateurs de suivi et méthodes de collecte de données. Cela garantirait une comparabilité qui devrait aider à identifier les avantages stratégiques de chaque approche et à orienter les décisions politiques futures. L'absence d'un tel système reste la principale frustration des décideurs et des scientifiques au Cambodge.

L'intérêt manifesté à Madagascar et au Kenya tient à la conscience croissante des liens entre pauvreté et santé. Les préoccupations qui innervent l'aide internationale ont de fait changé. La lutte contre la pauvreté est aujourd'hui centrale, tant dans les discours que les plans d'action (l'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés, les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté, les Objectifs de Développement du Millénaire). Les fonds d'équité s'inscrivent dans cette logique. Ils

---

<sup>18</sup> Comme dans de nombreux cas où seuls sont identifiés le fou du village, l'orphelin et la personne âgée sans famille

offrent une stratégie efficiente, simple à mettre en œuvre et offrant rapidement des résultats concrets. En ce sens, ils sont susceptibles de séduire d'autres gouvernements.

Les fonds d'équité recèlent de plus un potentiel encore inexploité à ce jour. L'un des principaux développements envisagés concerne leur intégration au sein d'un système d'assurance-maladie. Le fonds d'équité ne paierait plus les soins de santé consommés, mais les primes d'assurances des patients les plus pauvres. Cela renforcerait la viabilité des assurances, et favoriserait l'émergence de mécanismes d'assistance sociale universelle. Le Rwanda avance à grande vitesse vers un tel modèle.

Parallèlement, des fonds d'équité pourraient être établis pour des catégories de patients spécifiques, telles que les patients souffrant du SIDA ou de la tuberculose. Les maladies chroniques entraînent en effet des dépenses récurrentes susceptibles de plonger les ménages dans la pauvreté. Enfin, il y a d'évidentes synergies entre les fonds d'équité et les autres programmes d'assistance sociale pour les plus pauvres, tels que l'aide alimentaire ou les bourses scolaires. Ne peut-on rêver et imaginer une convergence vers un embryon de système de protection sociale ? L'avenir nous le dira.

## Références

- Audibert M, Mathonnat J, 2000. Cost recovery in Mauritania: initial lessons *Health Policy Plan* ; **15**: 66-75.
- Bitran R, Turbat V, Meessen B, Van Damme W. Preserving Equity in Health in Cambodia: Health Equity Funds and Prospects for Replications. Online Journal of the World Bank Institute . 2003. Washington, World Bank.
- Ensor T, 2004. Informal payments for health care in transition economies *Soc Sci Med* ; **58**: 237-246.
- Ferrinho P, Van Lerberghe W. 2000. *Providing health care under adverse conditions*. Studies in Health Services Organisation & Policy edn, ITG Press: Antwerp,
- Gilson L, 1997. The lessons of user fee experience in Africa *Health Policy Plan* ; **12**: 273-285.
- Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B, 2004. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia *Health Policy Plan* ; **19**: 22-32.
- Jacobs B, Price N, 2005. Improving access for the poorest to public sector health services: insights from Kirivong Operational District in Cambodia *Health Policy Plan (in press)* .
- Litvack JI, Bodart C, 1993. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon *Soc Sci Med* ; **37**: 369-383.
- Meessen B, Zhenzhong Z, Van Damme W, Devadasan N, Criel B, Bloom G, 2003. Iatrogenic poverty *Trop Med Int Health* ; **8**: 581-584.
- Ngwakum P. Looking Back. Institute of Tropical Medicine. INFI Newsletter[19], 38-42. 2005. Antwerp.
- Noirhomme M, Criel B. Implémentation d'un Fonds d'Equité hospitalier au niveau du CHD II de Marovoay (rapport de consultance). Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit. 2004. Eschborn.
- Noirhomme M, Criel B, Meessen B. Feuille de route pour le développement de Fonds d'Equité Hospitaliers à Madagascar (rapport de consultance). Ministère de la Santé et du Planning Familial and Banque Mondiale. 2005. Antananarivo.
- Ranson MK, 2002. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: Current experiences and challenges *Bulletin of the World Health Organization* ; **80**: 613-621.
- Russell S, 1996. Ability to pay for health care: concepts and evidence *Health Policy Plan* ; **11**: 219-237.

Save the Children. An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries. Save the Children. 2005. London.

The World Bank. 2004. *2004 World Development Indicators* Washington,

Thompson R, Witter S, 2000. Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform *Int J Health Plann Manage* ; **15**: 169-187.

Touré L, Boré A. Etat des lieux des expériences de fonds d'assistance médicale et perspectives (document de travail). Médecins Sans Frontières Luxembourg. 2004. Brussels.

Wagstaff A, 2002. Poverty and health sector inequalities *Bull World Health Organ* ; **80**: 97-105.

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T, 2001. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* ; **358**: 833-836.

Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ, 2003. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis *Lancet* ; **362**: 111-117.

**TABLE I : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES FONDS D'EQUITÉ AFRICAINS EN OPÉRATION**

	<b>Mali</b>	<b>Mauritanie</b>	<b>Madagascar</b>
Structures supportées	2 centres de santé de référence	2 hôpitaux de référence, 5 centres de santé et 10 postes de santé	1 hôpital de référence
Date de lancement	Janvier 2001	Juillet 2003	Janvier 2005
Soutien conceptuel	MSF Luxembourg	GTZ	GTZ
Population cible	1. indigents 2. pauvres en difficulté de paiement	Indigents	1. indigents 2. patients en difficulté de paiement (en soudure ou en cas d'accident) 3. parturientes en urgence obstétricale
Paquet de bénéfice	Exemption des soins de santé	Exemption (1) des soins de santé jusqu'à l'hôpital (2) du transport domicile – hôpital	Exemption (1) des soins de santé, (2) du transport domicile – hôpital et (3) de la nourriture à l'hôpital. En pratique, crédits remboursables pour certains patients en difficultés de paiement (ex : accidentés)
Fonctions	<u>Centrées sur la structure de santé.</u> Assistant social du centre de santé : identification des bénéficiaires & évaluation des besoins Comptable du centre de santé : collecte des fonds, gestion, paiement du centre de santé Comité de Gestion : supervision	<u>Centrées sur la communauté</u> Comité d'indigence : pré-identification des bénéficiaires, distribution de cartes, collecte des fonds, gestion, paiement de la structure de santé Autorités sanitaires : supervision, production de carte	<u>Partagées</u> Groupement œcuménique : pré-identification, paiement du transport Assistant social : identification à l'hôpital, évaluation des besoins, suivi social des patients Bureau Exécutif : revue de l'activité, supervision, paiement du prestataire Bureau d'étude : revue de la pré-identification, formalisation des critères

	<b>Mali</b>	<b>Mauritanie</b>	<b>Madagascar</b>
Stratégie de financement	Communes & Dons (25%), centre de santé (25%) et MSF (50%)  Stratégie de pérennisation via un financement local : disparition progressive du financement MSF	Etat, structure de santé, communes, dons, <i>Zakât</i> (pas de répartition spécifique)  Stratégie de pérennisation via un financement local	KfW (soins de santé), GTZ (frais administratifs), communautés (transport) et Etat (nourriture)  Stratégie : démontrer l'efficacité opérationnelle pour attirer des financements extérieurs durables.
Résultats	Relativement faibles (Sélingué) : 2% de bénéficiaires parmi les utilisateurs, dont 97% de crédits à rembourser	Faibles. Pas connus précisément (collecte de données défaillante)	Précoces. A améliorer : 12% de bénéficiaires parmi les utilisateurs, 2% de la population pré-identifiés