FACTS Reports

Field Actions Science Reports
The journal of field actions

Special Issue 9 | 2014
Haïti : Innovations locales, clés pour un développement durable et inclusif

Lutte contre la pauvreté et accès aux soins : un exemple de Fonds de Solidarité à Port-au-Prince

Access to healthcare and the fight against poverty: an example of a solidarity fund in Port-au-Prince

Lucha contra la pobreza y acceso a los cuidados sanitarios: un ejemplo de Fondo de solidaridad en Puerto Príncipe

Régis De Muylder

OpenEdition Journals

Electronic version
URL: http://journals.openedition.org/factsreports/2829
ISSN: 1867-8521

Publisher
Institut Veolia

Electronic reference
Régis De Muylder, « Lutte contre la pauvreté et accès aux soins : un exemple de Fonds de Solidarité à Port-au-Prince », *Field Actions Science Reports* [Online], Special Issue 9 | 2014, Online since 27 December 2013, connection on 01 May 2019. URL : http://journals.openedition.org/factsreports/2829

Creative Commons Attribution 3.0 License

© Auteur(s) 2013
Les textes sont disponibles sous licence Creative Commons
http://factsreports.revues.org/2829
Publié le 27 décembre 2013

FACTS Reports

Lutte contre la pauvreté et accès aux soins : un exemple de Fonds de Solidarité à Port-au-Prince

Régis De Muylder

Docteur en médecine, coordinateur du programme santé au sein d'ATD Quart Monde – Terre et Homme de Demain en Haïti
regis.demuylder@gmail.com
haiti@atd-quartmonde.org

Résumé. A un moment où la couverture universelle de santé est une priorité reconnue, une attention particulière est accordée aux différents systèmes de protection sociale. L'article présente une expérience de Fonds de solidarité mise en place à Haut Martissant (Port-au-Prince).

Origine et définition : Ce système a été mis en place grâce à un partenariat entre ATD Quart Monde et le Service Œcuménique d'Entraide. Il repose sur un fonds qui permet à des familles très démunies d'avoir accès à un circuit de soins (1e et 2e lignes). Fin 2012, 707 familles étaient abonnées au système, représentant 2932 personnes, dont 577 enfants de moins de 5 ans.

Une *évaluation* a confirmé la précarité des conditions de vie de la population touchée. La plupart des familles survivent au jour le jour grâce à des activités qui relèvent de l'économie informelle. Une comparaison entre un échantillon de familles bénéficiaires du système et un échantillon témoin a montré que le premier groupe avait un meilleur accès aux soins, renonçant moins souvent à se soigner pour des raisons financières. Le système permet de limiter les dépenses catastrophiques de santé. La constitution du fonds exige 14 US$ par personne couverte et par an.

Commentaires : Ce système demande des moyens humains et financiers importants. Il pourrait constituer une étape vers la couverture universelle de santé s'il rejoint d'autres initiatives poursuivant les mêmes objectifs. Certains aspects devraient être approfondis, notamment l'impact du système sur la qualité des soins et sur l'état de santé de la population couverte.

Mots clés. Accès aux soins, Pauvreté, Couverture de santé universelle, Fonds d'équité, Assurance maladie communautaire, Haïti

1. Introduction

L'Assemblée mondiale de la Santé de 2005 a appelé les systèmes de santé à évoluer vers la couverture de santé universelle. Celle-ci consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers[1]. Les systèmes d'assurance maladie communautaire (AMC) sont des programmes d'assurance santé organisés au niveau communautaire. Ils fonctionnent sur une base volontaire, non lucrative et sur le principe du partage du risque. Ils peuvent offrir une certaine protection contre les effets néfastes des frais liés aux soins de santé et on considère qu'ils constituent une voie vers l'accès à une couverture de soins de santé universelle[2]. On a cependant constaté en Afrique Subsaharienne que peu de ménages y adhéraient[3].

Il est établi d'une part que le manque de ressources constitue un obstacle à l'accès aux soins et d'autre part, que devoir faire face à des frais de santé inattendus ou importants est une cause d'appauvrissement des ménages[4,5,10] et ce, dans pratiquement tous les contextes.

Le secteur public de santé en Haïti repose sur un système de partage direct des coûts pour financer les frais de fonctionnement (hors salaires) des structures de santé. Les usagers paient au moment de chaque acte. Le secteur privé non lucratif a un fonctionnement similaire. La gratuité pour l'usager se rencontre dans des cas limités ; par exemple, au niveau des structures publiques, pour la prise en charge de maladies comme la tuberculose ou le VIH/SIDA ou au sein

de certaines institutions financées par des bailleurs internationaux. La contribution des usagers reste la règle. Elle sert à garantir une offre minimale de services, mais elle constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins.

L'expérience présentée ici se déroule à Port-au-Prince, dans le quartier de Haut Martissant, zone très pauvre de la ville qui a été, de surcroît, durement touchée par des actes de violence au courant des années 2000.

2. Etapes du programme : de 1993 à 2010

L'équipe d'ATD Quart Monde – Terre et Homme de Demain qui s'installe dans la zone de Haut Martissant au cours de la seconde moitié des années 80 n'est pas arrivée avec l'idée préétablie de lancer un projet d'accès aux soins. Elle veut rejoindre une population très démunie et bâtir avec elle un projet susceptible d'améliorer les conditions de vie de la communauté. La mauvaise santé, le taux élevé de mortalité infantile, les difficultés d'accès aux soins font partie des premières constatations frappantes, au même titre que l'illettrisme, le faible taux de scolarité, la difficulté de trouver une activité génératrice de revenus. Des projets se mettent en place dans lesquels la population est invitée à jouer un rôle actif. Une réflexion menée avec des adultes sur l'accès aux soins conduit à entrer en contact avec le Service Œcuménique d'Entraide (SOE), ONG haïtienne ayant une expertise dans le domaine de la santé communautaire. De ces contacts, naît le centre de santé Saint Michel (CSSM) dont les activités débutent en 1993.

Le CSSM offre différents services curatifs et préventifs, avec un laboratoire de base, assure une action communautaire avec l'engagement d'agents de santé communautaire polyvalents. Certains services sont gratuits, comme la vaccination, la prise en charge des patients tuberculeux – plus tard celle des patients atteints du VIH/SIDA – et le planning familial. Pour les consultations, un forfait est demandé qui inclut la consultation et le traitement dans la mesure où celui-ci est disponible à la pharmacie du centre. Les examens de laboratoire faits sur place sont facturés à prix coûtant. Le SOE a l'entière responsabilité du CSSM. Il bénéficie du soutien du ministère de la santé publique et de la population (MSPP) pour différentes activités comme la prise en charge de certaines maladies, les vaccinations, le programme des médicaments essentiels, etc. Quelques membres du personnel médical sont détachés par le MSPP. En outre il est subsidié par des fonds extérieurs. On peut donc dire que le financement du centre repose à la fois sur la contribution des usagers, le soutien des pouvoirs publics et les fonds extérieurs trouvés par le SOE, indispensables au fonctionnement du centre. C'est un centre de première ligne ; tout ce qui sort du cadre du CSSM est à charge du patient.

Dans divers quartiers de la zone, des postes de rassemblement sont organisés et animés par les agents de santé. On y assure les vaccinations et diverses activités d'éducation et de promotion de la santé.

La mise en place du CSSM a constitué un changement déterminant au niveau de l'accès aux soins de la population de la zone. Néanmoins, une question n'a pas tardé à se poser dans la mesure où le montant du forfait pouvait constituer un obstacle pour certaines familles. L'identification de celles-ci a été faite par ATD Quart Monde parmi les familles que l'association connaissait parce qu'elles participaient à des projets communautaires (activités culturelles pour les enfants, formation pour les jeunes, groupes de réflexion pour les adultes, etc.) Mais le critère déterminant était un état de dénuement qui faisait du forfait un obstacle réel à l'accès au centre. De commun accord avec tous les acteurs du centre, une réduction substantielle de ce forfait leur a été octroyée. En 1998, une nouvelle étape est franchie. Suite à une évaluation impliquant les usagers, il est proposé le passage à un système d'abonnement. Les familles bénéficiaires paieront dorénavant une cotisation peu élevée donnant droit à la réduction du forfait mais aussi à certains soins de seconde ligne (examens complémentaires non réalisés dans le centre, référence à des soins spécialisés auprès de structures étatiques ou autres préalablement identifiées comme partenaires du projet). En l'an 2000, 268 familles bénéficient de cet abonnement, ce qui représente 1474 individus – soit 5,5 personnes couvertes par abonnement – dont 229 enfants de moins de cinq ans (soit 15,5 % de l'ensemble). A ce moment-là, 19,1 % des dossiers ouverts au CSSM concernaient des personnes couvertes par ce système de protection de la santé.

Les années 2000 – 2009 sont marquées notamment par une instabilité politique avec des périodes de grande violence dans les quartiers de Haut Martissant, poussant certaines familles à quitter la zone. Beaucoup parmi elles ont voulu continuer à bénéficier de l'abonnement au système santé, malgré leur déménagement. Une autre évolution a été l'engagement d'une assistante sociale pour assurer la gestion quotidienne de l'abonnement et l'accompagnement des familles ; ce qui constituait un renforcement des moyens humains. Le contexte et certaines circonstances ont fait que, durant cette période, il n'y a eu que très peu de recrutement de nouvelles familles abonnées, avec comme conséquence, une diminution des enfants en bas âge. Ceci a été partiellement compensé par l'intégration dans le système des participants à deux activités menées par ATD Quart Monde – Terre et Homme de Demain : Bébés bienvenus (programme destiné aux enfants de moins de trois ans et à leurs parents) et la préécole touchant des enfants entre 4 et 6 ans. Ces enfants et leurs parents (mais pas la fratrie) bénéficiaient des mêmes droits que les familles abonnées (tout en étant exonérés de la cotisation), mais uniquement durant la période où ils participaient à l'activité. Les familles participant à ces activités vivaient toutes dans de conditions de grande pauvreté. Il était donc logique de les incorporer au système, puisqu'elles remplissaient les critères d'admission.

En 2010, 186 familles étaient abonnées, cela représentait 1179 individus, soit en moyenne 6,3 personnes par abonnement. Par rapport à l'an 2000, cela signifiait une diminution du nombre d'abonnements. Si on ajoute à cela, les enfants – et leur parents – ayant droit au système via les deux activités mentionnées, le système de protection de santé touchait 1849 personnes dont 231 enfants de moins de cinq ans (soit 12,5 %).

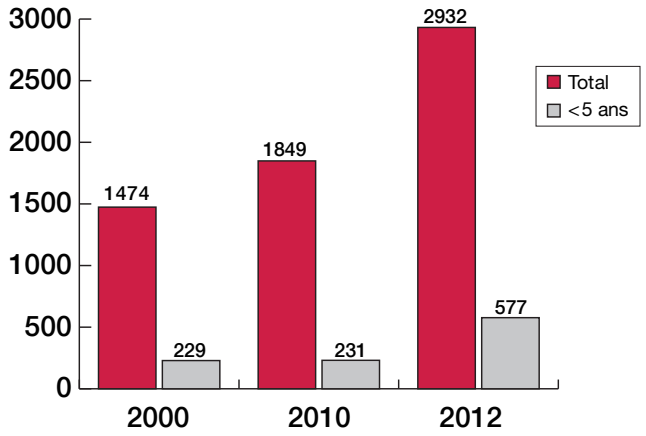

Figure 1. Evolution du nombre de bénéficiaires

3. L'évaluation de 2011

En 2011, les différents partenaires décident d'évaluer le système. Il s'agit d'une évaluation interne et non d'un audit externe.

4. Méthode

Tous les dossiers administratifs des familles ayant bénéficié de l'abonnement entre 1998 et 2010 ont été analysés. On a constitué deux échantillons de familles qui ont été interrogées ; un échantillon aléatoire de familles qui bénéficiaient de l'abonnement en 2009-2010 (40 familles sur les 186 bénéficiaires) ainsi qu'un échantillon témoin composé de familles vivant dans la même zone, mais n'ayant jamais bénéficié de l'abonnement (41 familles). Il y a eu aussi des « focus groupes». Tous les membres du personnel du CSSM (à l'exclusion des agents de santé) ont reçu un questionnaire auquel ils pouvaient répondre anonymement ; le taux de réponse a été de 75 %.

5. Résultats et commentaires

L'analyse des dossiers des familles bénéficiaires a confirmé qu'il y avait *très peu de recrutement de nouvelles familles*, en dehors de celles qui en bénéficiaient (pendant une période limitée) en raison de leur participation à une activité.

L'évaluation s'est penchée sur *les conditions de vie* des familles. La plupart des familles des deux échantillons vivent dans un habitat fait d'une pièce unique (19/40 pour les familles bénéficiaires du système et 16/41 pour l'échantillon témoin), dont le toit est en tôle (28/40 vs 34/41) et le sol en ciment (28/40 vs 35/41) alors que les murs sont en blocs (27/40 vs 30/41). 25 % des familles bénéficiaires du système ne disposent pas de latrines, alors que cette proportion est de 13 % (4/41) dans l'échantillon témoin. En ce qui concerne les sources de revenus, dans l'échantillon des familles bénéficiaires du système, dans 11 familles, personne ne dispose d'une activité génératrice de revenus ; ce sont des familles vivant au jour le jour, cherchant dans la journée quelque chose pour survivre ; dans 21 familles, une personne a une activité habituelle et dans 8 familles, au moins deux personnes ont une activité habituelle. L'activité principale est le « petit commerce » (46 %). Dans l'échantillon témoin, dans 5 familles, personne ne dispose d'une activité habituelle, dans 19 familles, une personne dispose d'une activité habituelle et dans 17 familles, au moins deux personnes disposent d'une activité. Dans ce groupe, le « petit commerce » est également l'activité principale (71 %). La plupart des activités dans les deux groupes font partie de ce qu'on appelle l'économie informelle. La proportion de personnes ayant une activité paraît supérieure dans l'échantillon témoin ; la différence n'est pas statistiquement significative, les échantillons étant réduits. La taille des échantillons limite l'interprétation qu'on peut tirer de ces données.

En ce qui *concerne l'accès aux soins*, on a voulu savoir si la famille avait souvent renoncé à des soins pour des raisons financières. Dans l'échantillon des familles qui bénéficient du système, 11 (sur 40) disent avoir renoncé à des soins souvent ou très souvent ; la proportion est de 37 sur 41dans l'échantillon témoin. La différence est hautement significative (test khi carré ; $p< 0.01$). On a aussi interrogé les familles sur les trois dernières consultations médicales effectuées par un membre quelconque de la famille. Beaucoup de familles ne parviennent pas à se souvenir des trois dernières dans la mesure où certaines consultent peu. Dans l'échantillon des familles bénéficiant du système, on a relevé 86 consultations, dont 69 au cours de l'année de l'enquête et dans l'échantillon témoin, on a relevé 66 consultations dont 45 au cours de l'année de l'enquête. Dans l'échantillon des familles bénéficiaires, 24,5 % des consultations ont eu lieu dans un centre de soins gratuits, alors que cette proportion est de 78,8 % dans l'échantillon témoin ; la différence est significative (test khi carré ; $p<0.05$). Dans plus de 70 % des cas, les familles bénéficiaires du système consultent dans le circuit proposé par celui-ci. Dans les « focus groupes », il a été dit explicitement que le système répond à un vrai besoin dans la mesure où les frais liés à la santé constituent un facteur déstabilisant des budgets toujours fragiles et étaient à l'origine d'endettement et finalement d'appauvrissement.

Au niveau du CSSM, la proportion des consultations concernant les familles bénéficiant du système a été mesurée pendant trois mois au courant de l'année 2012. Elle était à ce moment-là de 21 %.

D'un *point de vue financier*, le fonds de solidarité en 2011 était évalué à 14 US$ par personne couverte et par an.

6. 2012, le système réformé

L'évaluation a conduit à préciser les objectifs et à apporter un certain nombre de réformes. En ce qui concerne *les objectifs*, nous pouvons les définir actuellement comme suit (1) garantir l'accès et la continuité des soins à une population très pauvre ; (2) contribuer au développement communautaire ; (3) apporter une attention particulière aux jeunes enfants ; (4) entrer en dialogue avec des acteurs de la politique de santé dans le pays.

En ce qui concerne *les bénéficiaires*, on a décidé de supprimer le double système existant pour l'unifier dans un système d'abonnement unique ; toutes les familles dont les enfants

participent aux activités mentionnées plus haut ont le droit de s'abonner. On a clarifié les critères déterminant les bénéficiaires potentiels d'un même abonnement, afin de réduire le nombre de générations et de collatéraux sur un même abonnement. Au 15 octobre 2012, 707 abonnements ont été octroyés, soit 2932 personnes, ce qui correspond à 4,15 personnes par abonnement (extrêmes : 1 et 11). Parmi les personnes bénéficiaires, 577 ont moins de cinq ans, ce qui correspond à 19,7% (fig.1).

En ce qui concerne *les services couverts* par l'abonnement, les principes de base ont peu changé. Les soins de première ligne sont délivrés au CSSM. Les bénéficiaires de l'abonnement paient un forfait réduit pour la consultation et le traitement (voir infra). Les examens complémentaires prescrits mais devant être faits à l'extérieur sont pris en charge et effectués dans des centres avec lesquels des accords ont été passés. Pour des soins spécialisés et des hospitalisations, les références sont faites vers des centres étatiques. Les coûts sont pris en charge par le système ; dans certains cas (par exemple les lunettes et les soins dentaires), une contribution est demandée au patient. Pour tous les enfants de moins de cinq ans, le principe de la gratuité s'applique. Ceci rejoint l'objectif visant à apporter une attention aux jeunes enfants et à protéger une population particulièrement vulnérable.

Une *participation des bénéficiaires* est demandée. Cette participation est financière. La cotisation pour l'abonnement est actuellement fixée à 60 gourdes (1 gourde vaut 0.024 US$ au 15 octobre 2012) par an et par famille. Au CSSM, le forfait consultation/traitement demandé aux abonnés est de 25 gourdes, alors qu'il est de 150 gourdes pour le tout-venant. Les traitements non disponibles au CSSM sont fournis. Pour les examens effectués dans le laboratoire du CSSM, une somme fixe de 10 gourdes est demandée par examen. Une participation aux frais est donc demandée (à l'exception des enfants de moins de cinq ans) ; elle s'apparente à un « ticket modérateur » et porte principalement sur les soins de première ligne. Ce qui tend à ne pas pénaliser les patients ayant des pathologies plus lourdes et/ou nécessitant des prises en charge plus coûteuses. Il est demandé en outre d'apporter une contribution à la dynamique communautaire, notamment en participant à des groupes de réflexion sur la santé (thèmes liés à la promotion de la santé et à l'environnement, par exemple) et sur le système d'abonnement mis en place.

Les *moyens* mis en place sont des moyens matériels et financiers dont nous avons déjà parlé et des moyens humains, notamment via l'investissement de l'assistante sociale et de membres de l'équipe permanente d'ATD Quart Monde – Terre et Homme de Demain. La réforme du système a demandé de renforcer ces moyens.

7. Discussion

7.1 Quel type de protection de santé offre ce système ?

Les cotisations des abonnés ne contribuent que marginalement au budget du système. La mutualisation du risque, caractéristique d'une AMC, est peu significative dans ce système. Mais dans la réalité des pays pauvres, peu de programmes visant à mettre en place une AMC ont réellement atteint les plus pauvres[3,6,7]. Il est possible de faire un rapprochement avec un « Fonds d'équité » ou « Fonds d'indigence » (« Health Equity Fund », en anglais) qui a pour but de répondre au non-accès aux soins des plus démunis[6,8], un fonds externe payant au prestataire les soins de personnes trop pauvres pour pouvoir subvenir à leurs besoins de santé. Un tel fonds existe dans le système que nous présentons. Mais la cotisation exigée et la participation aux dépenses de soins (même si l'une et l'autre sont peu élevées) font que ce système emprunte des caractéristiques à différentes formes de protection de santé. C'est pourquoi nous parlons de fonds de solidarité.

7.2 Ce « fonds de solidarité » au regard des aspects essentiels d'un Fonds d'équité.

Cinq aspects peuvent caractériser un fonds d'équité :
Une *source de financement* doit être disponible. Dans le projet décrit, elle est assurée dans la mesure où l'organisme qui promeut le système recherche les fonds nécessaires. De façon générale, différentes sources peuvent être imaginées, y compris un apport des pouvoirs publics. On considère néanmoins

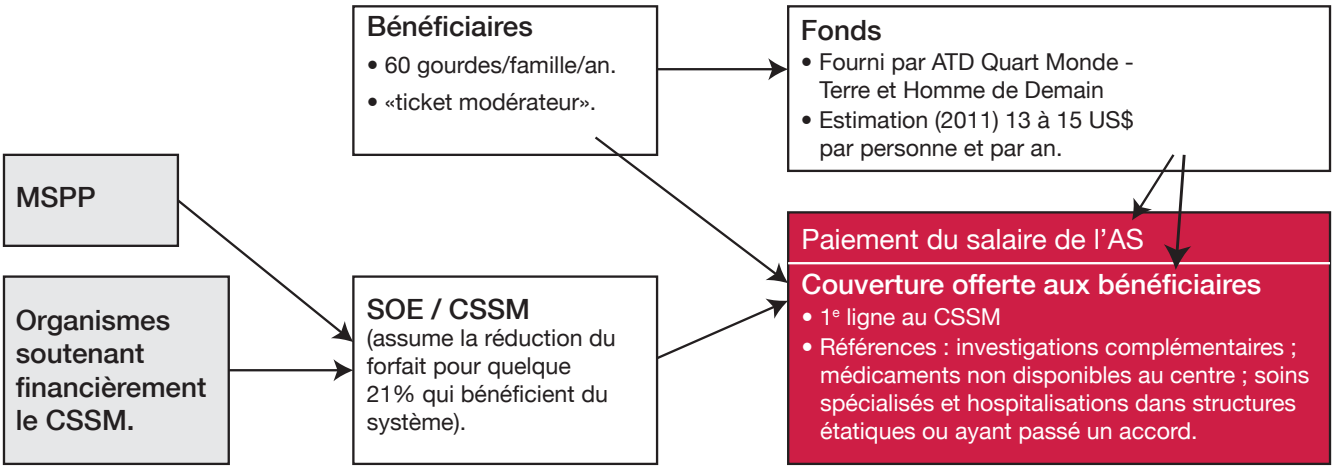

Figure 2. Schéma indiquant les participations financières au fonctionnement du système

qu'un financement extérieur reste primordial pour atteindre les objectifs du fonds d'équité[5]. Ce qui est le cas dans le système décrit. La figure 2 présente schématiquement le fonctionnement financier du système qui bénéficie, par ailleurs, de certains soutiens et subsides. On voit la place qu'occupe ce fonds ; son rôle étant de permettre à des familles de ne pas être exclues des services de soins de première comme de deuxième ligne.

Une *personne doit piloter le programme*. Dans ce projet, une assistante sociale assure la gestion quotidienne. Elle est en dialogue d'une part avec les structures dispensatrices des soins, en particulier le CSSM et d'autre part avec l'équipe d'ATD Quart Monde – Terre et Homme de Demain.

Une *séparation des rôles* est nécessaire entre le gestionnaire du fonds et les dispensateurs de soins. Ce qui est assuré de façon claire dans le système décrit. La gestion du CSSM est de la responsabilité du SOE, celle du fonds d'ATD Quart Monde.

L'identification des bénéficiaires est une étape indispensable, parfois délicate. On peut concevoir que la situation de certaines familles justifie qu'elles bénéficient durablement du fonds mais que d'autres en bénéficient de manière temporaire parce qu'elles font face à une incapacité temporaire et partielle de subvenir à leurs frais de santé[8]. Dans l'expérience décrite ici, beaucoup de familles bénéficiaires y sont durablement. L'identification des bénéficiaires s'est appuyée sur la connaissance qu'ATD Quart Monde – Terre et Homme de Demain a de la population de cette zone où les conditions de vie se sont détériorées au cours de la dernière décennie. Deux critères ont prévalu : le dénuement de la famille et sa participation à une action communautaire. Une question se pose néanmoins à la lueur de l'évaluation. Si la grande majorité des familles bénéficiaires vit dans une situation de dénuement qui justifie leur intégration dans le système, d'autres familles vivant dans des conditions semblables ne sont pas intégrées dans le système.

Pour démarrer un tel système, il est nécessaire d'avoir une *compréhension des obstacles aux soins*. Cette réflexion a été menée dès le début des années 90 avant la création du CSSM. Elle est permanente et est menée avec la participation active des familles vivant dans cette zone.

7.3 La prise en compte du contexte

On constate qu'un système peut donner des résultats favorables à un endroit et pas à un autre[3]. L'explication se trouve dans les caractéristiques du contexte. Comme nous l'avons expliqué dans le présent article, c'est la confrontation à la réalité locale – et en particulier celle vécue par les familles les plus pauvres – qui a conduit à l'élaboration progressive du système.

Il est important par ailleurs de souligner que ce projet n'est pas isolé. Il s'inscrit dans un programme plus large visant à améliorer les conditions de vie des familles les plus pauvres, tout en s'appuyant sur leur participation. C'est ainsi que sont menées des actions axées sur les jeunes enfants et leurs parents, la formation des jeunes, la promotion culturelle et la participation citoyenne, dont la description sort du cadre de cet article.

7.4 Quel avenir ?

On peut considérer que le passage de l'absence de protection de santé à la couverture universelle de santé se réalise par la mise en œuvre d'étapes intermédiaires qui comprennent différentes formes d'assurance ou de protection sociale[9]. Le système décrit ici constitue une de ces formes. Pour contribuer à la réalisation d'une couverture plus large, il devrait pouvoir se lier à d'autres partenaires et rejoindre d'autres initiatives poursuivant les mêmes objectifs.

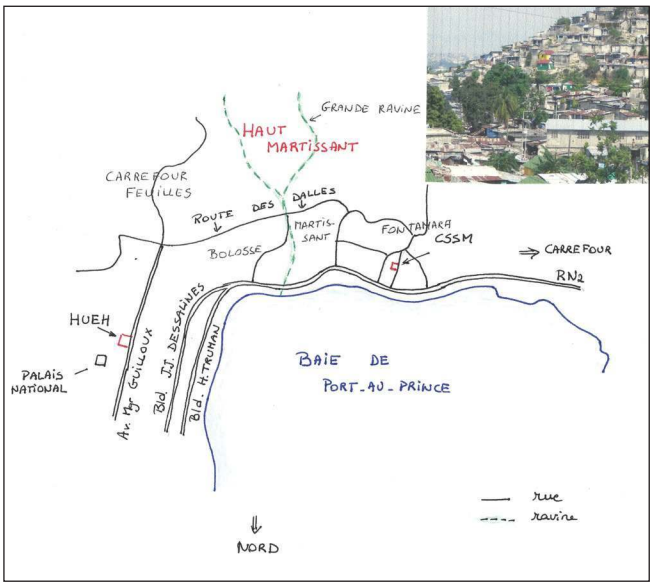

Figure 3. Haut Martissant à Port-au-Prince

Conclusion

Ce système repose sur un fonds qui permet à des familles démunies de bénéficier d'un circuit de soins (1e et 2e lignes), circuit financé par les pouvoirs publics, des sources privées et une contribution des usagers. Le fonds réduit considérablement cette dernière. Il a été montré que ce système favorise l'accès aux soins et protège contre les dépenses catastrophiques de santé. Néanmoins il reste limité au niveau de la population couverte. Ce système est né d'une confrontation à la réalité vécue par une population très pauvre. Il a des caractéristiques empruntées à différentes formes de protection sociale. Certains aspects devraient être étudiés de façon plus approfondie, en particulier l'impact de ce système sur l'état de santé de la population couverte et sur la qualité des soins.

Bibliographie

(1) WHO (2010) Health system financing : the path to universal coverage. www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/index.html

(2) E. Spaan, J. Mathijsen, N. Tromp, F. McBain, A. ten Have, R. Baltussen. The impact of health insurance in Africa en Asia: a systematic review. Bull World Health Organ 2012;90:685-692.

(3) B. Criel, C. Atim, R. Basaza, P. Blaise, MP. Waelkens. 2004. Community Health Insurance in sub-Saharan Africa: reaserching the context. Tropical Medicine and International Health.

Editorial. 9:1041-1043.
(4) A. Leive, K. Xu. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. Bull World Health Organ 2008;86:849-856.
(5) Y. Li, Q. Wu, L. Xu, D. Legge, Y. Hao, L. Gao, N. Ning, G. Wan. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. Bull World Health Organ 2012;90:664-671.
(6) M. Noirhomme et al. Improving access to hospital for the poor: comparative analyze of four health equity funds in Cambodia. Health policy and planning 2007; 1-17 (published by Oxford University Press in association with the London School of Hygiene and Tropical Medicine).
(7) G. Carrin, MP. Waelkens, B. Criel, 2005. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to performance of health financing systems. Tropical Medicine and International Health. 10:799-811.
(8) B. Criel, A. Samba Bâ, F. Kane, M. Noirhomme, MP. Waelkens. Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar Naïm en Mauritanie. Studies in Health Services Organization and Policy, 26, 2010.
(9) G. Carrin, C. James, D. Evans. Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement. In G. Dussault. L'Assurance maladie en Afrique Francophone (2006). Banque Mondiale, Série : Santé, Nutrition et Population (www.who.int/health_financing/issues/149-162_LAM_ch04.pdf).
(10) XU, K., et al, Household catastrophic health expenditure : a mutlicountry analysis. Lancet (2003) 362 p.111-7