

“Pauvreté et développement durable”

Colloque organisé par la Chaire Unesco, Université Montesquieu-Bordeaux IV-Unesco Paris

Bordeaux, 22 & 23 novembre 2001

SOLIDARITE ET ACCES A LA SANTE POUR LES PLUS PAUVRES : LE CAS DU HADRAMAWT (YEMEN)

Version provisoire

Blandine DESTREMAU
CNRS / URBAMA
<destrema@club-internet.fr>
Le 4 novembre 2001

RESUME

La réforme du système de santé met à mal l'accès des plus pauvres aux services de santé, alors que l'état sanitaire du Yémen est alarmant, et les services publics insuffisants et de médiocre qualité. Elle introduit en effet la participation de la population, dont la composante de participation à la gestion est peu effective, alors que les aspects de participation financière (au coût des soins et au prix des médicaments) sont déjà opérationnels. Certes, les coûts directs ne sont qu'un aspect des coûts de la santé : pour les populations des zones rurales, en particulier, les frais de transport et d'absence de l'emploi pèsent lourd dans toute décision d'avoir recours à des services de santé. Néanmoins, des études montrent le caractère désincitatif de ces nouveaux coûts, qui mettent les usagers potentiels en position de consommateurs, et donc de choix.

Le système d'exemption prévu au niveau national est loin d'être opérationnel : il se heurte au manque de volonté des pouvoirs publics, à l'incapacité de mettre en place un dispositif de critères d'identification des bénéficiaires, et aux contraintes budgétaires des unités de santé, supposées gérer leurs ressources de façon autonome. En l'absence de garanties gouvernementales, l'attitude la plus courante de la part des unités de santé et des administrations concernées est de restreindre l'information de façon à éviter d'avoir à faire face à des charges d'exemption qui deviendraient vite incontrôlables.

Le gouvernorat du Hadramawt se distingue de l'ensemble des autres provinces yéménites par la force de son sentiment identitaire et sa cohésion sociale, qui ont contribué à la mise en place d'une mobilisation solidaire des bureaux locaux des administrations publiques, des associations caritatives et de personnalités charitables, en vue de garantir aux plus pauvres un accès à des services de santé adéquats. Un véritable réseau s'est organisé entre praticiens de la médecine, directeurs d'établissements, pharmacies, généreux donateurs, associations et responsables d'administrations sociales, dans le but de permettre aux établissements de soins d'accorder l'exemption sur une base aussi large que possible, de soulager les pauvres d'une partie des frais d'achat de médicaments et de mettre à leur disposition des unités de santé alternatives. Plus largement, il s'agit d'une attitude de résistance à l'encontre des consignes venues du pouvoir central, fondée sur le sentiment identitaire et l'attitude politique générale de cette région.

Après une présentation du contexte, cette communication analysera la situation particulière du Hadramawt comme un cas de mobilisation du capital social au service d'un enjeu fondamental pour la survie identitaire des habitants de cette région. En effet, celle-ci se distingue par une forte cohésion sociale, expliquée par sa géographie particulière, mais aussi par son histoire et, de façon apparemment paradoxale, par l'éparpillement diasporique de sa population, qui a suscité des stratégies de valorisation sociale originales. Il apparaît que " les pauvres " constituent ainsi le capital social des " riches ", autant que l'inverse, dans un contexte culturel où le fait de donner procure des ressources symboliques et morales qui permettent la valorisation sociale et la permanence de l'appartenance communautaire. Cette dynamique se construit en dehors de l'Etat, voire contre lui, les ressources réglementaires et budgétaires des employés publics concernés étant largement instrumentalisées dans des stratégies locales.

INTRODUCTION

Les problèmes sanitaires sont multiples au Yémen: l'offre est insuffisante, en particulier dans la couverture de multiples zones reculées, difficiles d'accès, et marginalisées, ce qui implique également de grandes distances physiques entre les établissements de niveaux ou de spécialisation divers, et des problèmes de référence. La qualité des soins offerts est piètre dans une majorité des établissements. Cette médiocrité est renforcée par des manques et des pannes d'équipement, par des pénuries de médicaments ou de consommables, et par une très faible rémunération des personnels. Enfin, le taux de pauvreté est tel, que les coûts de la santé (y compris le transport jusqu'au lieu de soin, le manque à gagner pendant les temps de non-travail, etc.) sont prohibitifs.

Cette situation est le produit d'une histoire : jusqu'aux années 1960, à part les missions médicales étrangères, et notamment celle de Taez, le nord Yémen ne connaissait aucun établissement sanitaire " moderne ". Le sud, quant à lui, avait hérité du protectorat britannique de structures modernes, reprises par le gouvernement en place. Les décennies 1970 et 1980 furent celles de l'établissement par l'Etat d'un système de santé et d'éducation au Nord Yémen, à la faveur de la rationalisation des budgets publics mais aussi de l'octroi par divers pays arabes d'aides assez généreuses pour sortir leur voisin méridional d'une sombre misère. Les indicateurs sociaux progressent rapidement, non sans incidence d'ailleurs sur la croissance démographique ¹. Pourtant, les services du système de santé publique sont encore largement insuffisants en regard des besoins. La couverture demeure faible : seuls 30% des ruraux (eux-mêmes les 3/4 de la population) et 50% de la population totale, a accès à un établissement de soins (MoPH 1998). Les inégalités sont fortes entre villes et campagnes. De même entre femmes et hommes : le manque de personnel féminin décourage la majorité des femmes d'avoir recours aux unités de santé, *a fortiori* lorsque celles-ci sont éloignées du domicile.

Cette progression remarquable est freinée par la crise économique de la seconde moitié des années 1980, qui réduit les budgets publics, et plus encore par la crise du Golfe, qui comprime considérablement les aides dont bénéficiait l'Etat yéménite, réuni depuis 1990. La pauvreté s'accroît dramatiquement au Yémen ². La décennie qui vient de s'écouler est celle d'une mise aux normes du Tiers monde de ce pays dont la trajectoire demeurait jusqu'alors relativement originale. Le Yémen entre dans la sphère d'influence de la " globalisation " comme membre à part entière. Suite à la guerre civile de 1994, qui le laisse exsangue, de nouveaux crédits sont accordés sous condition : plan de stabilisation, puis d'ajustement, réformes sectorielles, libéralisation du secteur associatif etc. Les bureaux des organisations internationales s'installent, les ONG occidentales se multiplient, le pouvoir des conseillers techniques des ministères s'accroît. Les projets de développement, autrefois intégrés dans des programmes régionaux (les " *authorities* ") sont de plus en plus autonomes, alors que divers fonds permettent de mobiliser et de canaliser des financements extérieurs sous contrôle des bailleurs de fonds.

Dans le secteur de santé, les financements publics tendent à se réduire. En 1999, les dépenses du MoPH représentaient 4,29% du total des dépenses publiques, et 1,3% du PIB. En 1996, ces chiffres étaient de 3,94% et 1,3% respectivement, alors que, pendant la période 1990-96, elles se voyaient allouer 4,2% des dépenses publiques (Tarmoon, 2000 et Ministère des finances, cité par WHO 2000). En 1996, la dépense publique de santé par tête était de 2,60 US\$. Elle avait chuté de 37% entre les périodes 1990-93 et 1993-96 (World Bank, Rāda Barnen, UNICEF, 1998), mais elle remonte ensuite pour atteindre 5,15 US\$ en 1999 (Tarmoon 2000). Environ 75% des dépenses totales de santé sont couvertes par les usagers, alors que les dépenses publiques n'en prennent que 25% en charge, le taux le plus bas de la région (MoPH 1998).

On observe un transfert de financement du budget public vers les bailleurs extérieurs : l'aide extérieure couvre environ 25% des dépenses du secteur de la santé dans la période 1990-1996, et plus pour certains programmes, notamment certains relevant de la protection maternelle et infantile, financés pour moitié par les bailleurs (World Bank, Rāda Barnen, UNICEF, 1998). En 1998, la part des financements extérieurs dans le total des dépenses du secteur atteignait 30%, dont deux tiers sous forme d'assistance technique ³ (WHO 2000). Si l'on en croit les chiffres disponibles, obtenus par des enquêtes du PNUD auprès des bailleurs de fonds et ONG, la contribution extérieure en dollars pour la planification et les politiques centrales se sont maintenues entre 1994 et 1998, mais ont connu un fort boom en 1997. Les allocations à la santé primaire se sont divisées par près de deux sur la même période, celles au planning familial se

¹ - L'espérance de vie passe de 35,8 ans en 1960 à 58 ans en 1997, la mortalité infantile de 175 pour 1000 en 1960 à 76 en 1997 (source : PNUD), pour ne citer que ces indicateurs.

² - Les sources présentent des évaluations divergentes de la pauvreté au Yémen, mais s'accordent toutes sur sa croissance dramatique au cours de la dernière décennie, et sur le fait que cette croissance a été plus forte au Yémen (et en Irak) que dans les autres pays arabes. Selon le PNUD, le nombre de personnes sous le seuil de pauvreté est passé de 3,2 millions en 1992 à 4,3 millions en 1998, et la part des ménages pauvres dans le total était de 26,9% en 1998 de la population totale, ceux vivant dans la pauvreté absolue en représentant 13,1% ² (UNDP 1999). Selon les évaluations de la Banque Mondiale, le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté monétaire serait passé de 19% à 25% entre 1997 et 1998-1999.

³ - Les principaux bailleurs sont l'OMS, le PNUD, l'UNICEF, la Banque mondiale, la GTZ, le JICA, le USAID, le programme néerlandais de coopération, et l'UE. Cette assistance est insuffisante pour certains, qui trouvent que, comparé à d'autres pays de niveau de développement économique et social similaire, le Yémen reçoit peu d'aides dans le secteur de la santé (Tarmoon 2000 et entretiens).

sont multipliées par presque trois, et la dotation des cliniques et hôpitaux a brutalement chuté en 1998, à moins d'un septième de son niveau de 1994. Les campagnes d'immunisation sont – et demeurent – le parent pauvre de la coopération sanitaire, avec 10% du total environ en 1998. Il est également intéressant d'observer que le montant total recensé des contributions extérieures au secteur est extrêmement fluctuant sur les cinq années observées.

Parallèlement, la “ société civile ” est de plus en plus appelée à jouer un rôle dans la fourniture de services de santé au Yémen, selon les argumentaires similaires à ceux énoncés pour l'ensemble des pays du monde. Si quelques associations se distinguent par un déploiement de leurs activités dans plusieurs régions du pays, la plupart ont des visées locales, communautaires et caritatives. Dans le Hadramawt, région de l'ex-République Démocratique, leur nombre est important et leur implantation sociale profonde. Une mission réalisée en mai 2001, nous ⁴ a permis de constater à quel point le réseau qu'elles tissaient constituait un véritable capital social pour la population de la région. La question que je tenterai donc d'aborder dans cette communication est celle de la contribution que ces actions caritatives, et plus largement de ce capital social, au soulagement de la pauvreté dans son aspect spécifique d'accès aux soins de santé.

Après une analyse du contexte de la réforme du système de santé au Yémen (1) et de l'échec – à ce jour - des mesures légales d'exemption à garantir aux plus pauvres un accès aux soins (2), cette communication présentera la situation particulière du Hadramawt comme un cas de mobilisation du capital social au service d'un enjeu fondamental pour la survie identitaire des habitants de cette région (3). On tentera ensuite de statuer sur la capacité des actions caritatives et de solidarité locale d'assumer un rôle dans le développement durable des services de santé destinés aux plus pauvres au Yémen (4). Ce texte se fonde sur un travail mené au Yémen en 2000-2001, pour partie en collaboration avec l'association française MSF.

1- LE CONTEXTE : LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE AU YEMEN

En 1999, une réforme du secteur de la santé est lancée, avec le soutien des bailleurs de fonds. Elle est censée répondre aux problèmes de structure et de budget, rendre compatible la gestion de la santé avec la décentralisation, effective depuis l'élection en février 2000 des conseils locaux, réduire le rôle de l'Etat dans la fourniture de services sanitaires, introduire la participation des communautés, du secteur privé et des ONG, encourager la coopération intersectorielle, et améliorer l'efficacité, la qualité et l'accessibilité du système ⁵. La phase d'initiation coïncidera avec les dernières années du premier plan quinquennal de développement (1996-2000), et la phase de consolidation du plan de réformes couvrira celle du second plan quinquennal (2001-2005). La réforme a été conçue par un département de soutien à la réforme, au sein du Ministère de la santé Publique (MoPH), assisté de groupes de travail thématiques et composés de personnels du ministère, ainsi que de membres d'autres ministères et d'organisations “ partenaires ”, telles les ONG (WHO 2000).

Un des volets majeurs de la réforme est la participation de la population aux décisions et au financement des soins de santé ⁶. Il serait abusif et faux de prétendre que le système de santé pré-réforme offrait des soins gratuitement : de fait, la contribution financière de la population était déjà importante. D'une part, ils avaient à leur charge les coûts périphériques, notamment ceux du transport, qui peuvent s'élever à plusieurs salaires quotidiens dans les zones rurales. Selon une étude citée par WHO 2000 (Beatty 1997), un tiers des frais occasionnés par le recours à un centre de santé serait constitué des coûts de transport. La seconde catégorie de coûts est celle des médicaments (40% du total dans l'étude suscitée) et les divers consommables (seringues, sérums, gants, perfusions, bandages, pansements...). Mentionnons ensuite les paiements non officiels réclamés par certains agents de santé, eux-mêmes souvent pratiquement réduits à l'indigence par un salaire de misère ⁷. En outre, depuis plusieurs années, certaines ONG internationales ou coopérations bilatérales ont été autorisées à pratiquer un système de recouvrement des coûts dans les établissements publics où ils intervenaient de façon à ce que l'expérience puisse servir lors de la phase de mise en place

⁴ - Cette mission a été réalisée avec Brigitte Goulesque, économiste à MSF Yémen.

⁵ - Le rapport d'une mission de l'OMS au Yémen en 2000 (WHO 2000) justifie ainsi la réforme: “ The Ministry of Public Health (MoPH) is putting forward a health Sector Reform (HSR) Strategy designed to address the failures of the current health system which has proven increasingly unable to meet the health care needs of the Yemeni population over the last decade. Main features of the crisis include long term underfunding by the state, poor management and accountability ; they have combined with a lack of infrastructures and systems for transportation, water supply and sanitation, with a downturn in the economy and a high population growth rate. Infant mortality and maternal mortality rates are very high (83 per 1000 and 1400 per 100 000 respectively) ; the quality of health services as well as the coverage of the population with these services are very low.

⁶ - C'est le seul aspect qui sera développé ici, avec bien sûr le volet “ diversification des intervenants ”, qui constitue le thème central de cette communication.

⁷ - En 1996, une analyse des salaires des employés du gouvernement dans le secteur sanitaire dans quatre gouvernorats montrait qu'entre 50% et 80% de ces employés dans chaque gouvernorat recevaient des salaires qui les plaçaient sous la ligne de pauvreté. Depuis ces dates, l'inflation, la suppression des subventions gouvernementales sur des produits de première nécessité et des salaires nominaux en stagnation ont accru la pauvreté des employés du gouvernement (World Bank, Rāda Barnen, UNICEF, 1998).

de la “ vraie ” réforme (Al Serouri et *alli* 2001). Finalement, certaines fondations caritatives yéménites ou étrangères pratiquent la perception d’une contribution de la population qui peut payer, exemptant les plus démunis.

Le décret républicain n° 1 de 1999 instaure des règles de fonctionnement du MoPH dans le cadre de la réforme. Le décret du cabinet n° 15, de la même année, met en place la réglementation de la participation communautaire en soutien aux services de santé et de soin (curatifs, préventifs et de rééducation)⁸. La participation des citoyens y est définie comme “ [s’exerçant] dans le soutien, la gestion et les finances des services de santé, pour améliorer les unités de santé et le niveau de ces services (décret d’application du décret 15 de 1999, MoPH, article 2). De fait, il ne s’agit pas uniquement de participation financière, bien au contraire. La contribution de la population aux coûts a pour contrepartie un droit de regard dans la détermination des besoins de santé, la définition des priorités, la participation dans la planification, le financement et la supervision, l’évaluation des services de santé, ainsi que la gestion et l’usage des fonds, assortie d’un devoir d’engagement dans des structures dites “ communautaires ” (article 3). Une architecture complexe de la participation communautaire a donc vu le jour, en étroite relation avec les instances locales issues de la réforme de décentralisation. Ce système participatif fonctionne encore peu. Le problème – si problème il y a – se situe probablement moins au niveau du principe de la participation que dans sa forme, importée, et finalement aussi étrange qu’étrangère.

Le principe de la participation financière de la population (PFP) est d’imposer un tarif pour l’usage des services de santé (*cost-sharing*), qui doit générer suffisamment de revenu pour couvrir 10 – 15% des coûts opérationnels des unités. [...] Seuls 10 – 20% de la population pourront être exemptés. Quant au recouvrement des coûts des médicaments, il sera effectué à travers un fonds de roulement de médicaments (*revolving drug fund*) autonome (WHO 2000). Le fonds national fournit aux unités de santé des médicaments qui doivent être revendus à bas prix. À moyen terme, les hôpitaux sont appelés à devenir autonomes, de même, éventuellement, que les unités de base. La gestion des programmes de participation financière de la population est confiée, au niveau central, au conseil sanitaire suprême et, au niveau des gouvernorats et districts, aux conseils sanitaires correspondants. Les revenus procurés par les deux formes de PFP constituent une partie du revenu des unités de santé, aux côtés des allocations budgétaires centrale et locale, et d’aides éventuelles (MoPH 1999). 40% du montant doit être alloué aux primes du personnel, et 40% pour améliorer la qualité des services sanitaires, l’entretien ou l’achat du matériel, en complément des allocations budgétaires publiques⁹. Les comités et les conseils établissent la liste des tarifs à leur niveau, et doivent les soumettre au conseil de district pour approbation. Ces tarifs doivent être inférieurs à ceux pratiqués dans le secteur privé. Quant aux médicaments, les unités de santé ne peuvent ajouter plus de 15% au prix de vente du fonds national, destinés aux dépenses de transport, d’entreposage et d’inflation.

La mise en place de la PFP sur le territoire de la république du Yémen est très inégale. Tous les gouvernorats n’ont pas commencé en même temps, et de nombreuses unités n’ont pas encore reçu d’instructions assez précises et complètes pour le faire. De fait, le MoPH n’a pas tenté d’imposer à tous une procédure semblable, et l’information n’a pas été suffisamment claire, ni les instructions complètes, pour que la couverture se fasse uniformément. Les districts les plus avancés sont ceux où interviennent des ONG et bailleurs internationaux, *a fortiori* lorsqu’ils étaient déjà engagés dans une démarche de PFP à titre de projets pilote. À Aden, les deux volets de la PFP sont déjà appliqués, alors que, dans le Hadramawt, la participation financière aux soins est pratiquée, mais pas le recouvrement du coût des médicaments. L’incidence sur les patients y est donc de beaucoup allégée.

Aucune étude de grande envergure n’a encore été menée au Yémen pour mesurer les effets de la PFP en termes d’accès aux soins de santé, ni de qualité de ces soins. L’étude la plus complète à cet égard est certainement celle menée par OXFAM en 2000 / 2001 sur 16 sites dans lesquels la PFP avait plus d’un an, dont 12 où des ONGI avaient commencé à mettre en place la PFP depuis certaines années, et 4 dans des établissements gouvernementaux. Ce rapport, tout comme les diverses missions d’évaluation préliminaire de la réforme ont généralement constaté le très faible taux de rendement de la PFP, surtout si l’on prend en compte les coûts induits par la mise en place de cet aspect de la réforme et par son fonctionnement. Or une part importante du volet “ amélioration de la qualité des soins ” doit être atteinte par le biais des primes versées au personnel, supposées les inciter à améliorer leurs prestations, à remplir leur mandat plus assidûment et à cesser de réclamer des pots-de-vin, et le montant de ces primes dépend précisément de ce rendement net. On voit donc remis en cause, tout au moins pour le moment, le succès de la réforme à cet égard.

Le principal problème est le niveau d’indigence quasi général de la population qui fréquente les établissements publics, surtout lorsque leur qualité est réputée si piètre que ceux qui en ont les moyens préfèrent s’adresser à des établissements privés ou associatifs. C’est le cas particulièrement pour les zones rurales et reculées, dans lesquelles quasiment l’ensemble de la population servie est pauvre *de facto*, et qui se trouvent prises dans un cercle vicieux : à zone pauvre, centre de santé quasi-misérable, sans solution dès lors qu’aucune redistribution n’est prévue entre unités sanitaires ou administratives à quelque niveau que ce soit. L’étude d’OXFAM (Al Serouri et *alli*, 2001) montre que la réticence des malades à fréquenter ces unités de santé publiques n’est pas uniquement due au fait qu’il faille désormais officiellement payer, mais que la qualité des soins offerts n’inspire que rarement confiance, et en tout cas n’engage pas à s’acquitter, de plus, d’un nouveau droit. La situation paraît sans issue, sans une forte injection de fonds qui rendrait plus attractif ce

⁸ - A noter qu’il s’agit de décrets, et non de lois votées au parlement.

⁹ - 10% sont destinés à la prévention, et 10% à des frais administratifs, ces derniers devant être reversés au bureau de la santé.

secteur. Le rendement de la PFP est nettement meilleur dans les grands hôpitaux, parce qu'ils offrent des services qui n'ont pas leur équivalent ailleurs, et parce qu'ils bénéficient de dotations budgétaires proportionnellement plus élevées, et de personnels plus qualifiés.

Quant aux effets de la PFP sur la population elle-même, elle affecte bien sûr les plus pauvres plus que les autres, mais en fonction également de l'accessibilité des unités de soin. Dans le contexte du Yémen, les frais de déplacement peuvent être extrêmement élevés par rapport au revenu des plus indigents, surtout quand leurs revenus ne sont pas monétisés. Clairement, plus la région est éloignée des centres urbains et peu équipée en infrastructures sanitaires, plus les coûts d'accès aux services de santé sont élevés. La question du transport est cruciale dans des zones desservies par de mauvaises pistes, qui passent souvent loin des habitations, auxquelles les saisons des pluies font régulièrement des dégâts, et où les voitures sont rares.

Le poids de la PFP peut devenir réellement désincitatif quand les unités de santé ont mis en pratique le recouvrement des coûts des médicaments, de loin la facture la plus lourde pour les patients. 83% des pauvres interrogés pour l'étude OXFAM (Al Serouri et *alli*, 2001) ne pouvaient s'adresser à une unité de soins, par manque de moyens. Ils tendaient à rester à la maison en abandonnant tout traitement, à avoir recours à des soigneurs ou à prendre des analgésiques, ou encore à vendre leurs biens ou à s'endetter, avec pour effet de plonger plus encore dans la pauvreté. La très faible disponibilité des unités publiques en médicaments, et/ou le prix élevé de ces derniers, joue aussi contre les consultations : pourquoi s'adresser à un médecin ou à un infirmier, si l'on ne pourra pas, de toute façon, payer le traitement ? Le troisième facteur souligné par l'étude est l'attitude discriminatoire des personnels de santé à l'égard des indigents, tout spécialement quand ceux-ci appartiennent à la catégorie sociale des *akhdam*¹⁰ : attentes prolongées, manque de respect, humiliation, sont autant d'éléments décourageants, sur lesquels se greffent les nouveaux systèmes de PFP.

2- LE SYSTEME D'EXEMPTION : DIFFICULTES DE MISE EN PLACE D'UNE MESURE EN FAVEUR DES PLUS PAUVRES

Afin de compenser le surcroît d'inéquité et des difficultés d'accessibilité accrues, attendus de l'introduction d'une participation financière de la population, un système d'exemption est prévu, comme partie intégrante de la réforme, à destination des plus pauvres. L'exemption fait l'objet de l'article 23 du décret d'application du décret n° 15 de 1999, dans le chapitre traitant des " Règles financières afférentes aux ressources des unités de santé ". Cet article, intitulé " Règles et conditions pour l'exemption du paiement des médicaments et services " énonce que (premier point) : " les familles et individus pauvres de la communauté qui ne peuvent payer les frais des services et le coût des médicaments seront exemptés pourvu que des données sociales et budgétaires soient disponibles, et que la caisse des pauvres de cette institution sanitaire puisse y faire face. Le comité de santé doit soumettre ces informations au conseil sanitaire du district. Aux premier et second niveaux du système de santé, les comités accorderont une carte d'exemption à chaque membre des familles pauvres, agréée par le conseil de district. Cependant, aux niveaux tertiaire et supérieur, l'exemption est fondée sur le rapport de l'assistante sociale des institutions sanitaires, qui doit déterminer le pourcentage d'exemption ". Les points deux et trois traitent du cas des assurances (inexistantes au Yémen), du traitement obligatoire des urgences préalablement à tout paiement, et de la restriction d'usage des cartes d'exemption à leurs bénéficiaires.

Il existe toutefois une autre loi prescrivant l'exemption des coûts de la santé¹¹, relevant, celle-là, de l'aide sociale. La loi de référence n° 31 de 1996, et les amendements y ont été apportés en 1997 puis en 1999, se situent dans le cadre de l'instauration de la Caisse d'Aide Sociale en tant qu'organisme public autonome, et non plus comme service du Ministère des Assurances et des Affaires Sociales. Il est prévu que la possession d'une carte d'aide sociale donne automatiquement accès à une exemption des coûts de la santé (et de l'éducation) dans le secteur public¹². Le cas des pauvres bénéficiaires de l'aide sociale est à la fois simple et compliqué. Simple parce le repérage des ayant droits à l'exemption est externalisé sur une autre administration, et qu'il devrait suffire aux unités de santé de reconnaître la carte d'aide sociale. Compliquée parce que de nombreux directeurs d'unités ou responsables de l'administration de la santé ignorent, ou s'opposent à cette clause, soit qu'elle est considérée leur enlever de leurs prérogatives, soit que le coût en soit trop élevé, soit encore qu'ils aient peu de confiance dans l'administration de l'aide sociale et en contestent les critères, supposés relever du clientélisme plus que de la réalité des conditions d'indigence. Dans le cadre de fortes contraintes budgétaires, l'on constate que, d'une part les bénéficiaires de l'aide sociale ne sont pas systématiquement exemptés et, d'autre part, qu'il est difficile d'établir des critères fixes pour l'exemption des non bénéficiaires.

¹⁰ - Couche sociale apparentée à une caste, et fortement stigmatisée comme impure et quasiment " intouchable ". Depuis 1962, les *akhdam* sont des citoyens yéménites à part entière, mais leur marginalisation sociale et économique n'a pas disparu pour autant, et ils constituent certainement le groupe le plus atteint par une extrême pauvreté.

¹¹ - Tout comme, d'ailleurs, de ceux de l'éducation, qui n'entre pas dans notre propos.

¹² - Il existe un autre régime, toutefois, concernant les handicapés: à travers les associations qui les représentent, ils ont droit à une allocation versée sans condition de ressources, qui est inférieure à celle de l'aide sociale, mais qui n'est pas liée à une exemption de coûts.

Le Ministère de la Santé Publique peut accorder des exemptions à certains groupes de la population ne possédant pas de carte d'aide sociale, au travers des associations les représentant, telle, par exemple, l'association des handicapés. Le MoPH a envoyé des instructions aux directeurs de la santé pour exempter les étudiants et les lépreux, et il peut aussi accorder des exemptions ponctuelles pour des opérations coûteuses ou requérant un matériel particulier ¹³. Les malades chroniques qui sont déclarés exemptés sur la foi d'un certificat médical. Il demeure toutefois que les maladies considérées comme chroniques ne font pas l'objet d'un accord entre les parties. La malaria, par exemple, en est un des points d'achoppement : alors qu'elle sévit de façon chronique dans de nombreuses régions du Yémen, et qu'elle contribue très nettement au maintien des populations dans la pauvreté, l'exemption des patients du coût des analyses sanguines et des médicaments anti-paludéens pèserait trop lourd dans le budget des unités de santé, dont elle représente le principal revenu.

Pour le reste, le ministère de la santé n'a pas encore émis de consignes précises concernant la mise en œuvre de l'exemption, et avoue d'ailleurs ne pas avoir les moyens de payer des assistantes sociales dans les hôpitaux et polycliniques. Tout est encore en discussion, l'application de cette partie de la réforme dépendant pour beaucoup des décisions au niveau local. Globalement, le couplage aide sociale / exemption est fréquemment remis en cause, et les exemptions sont de fait, le plus souvent octroyées à discrétion, sur des bases subjectives. La discussion sur les critères d'exemption est mue par deux soucis essentiellement : limiter le nombre d'exemptés qui ne seraient pas de " vrais pauvres ", afin de permettre à plus de vrais pauvres de l'être, mais aussi pour améliorer l'image de marque du système, accusé d'être fortement clientéliste ; et contrôler le nombre d'exemptés en rapport avec les capacités d'absorption budgétaires. Une des contradictions réside dans le fait que les bailleurs, avec leur vision rationnelle des choses, souhaitent voir cette question traitée au niveau national, alors que les questions de contrôle social et de contraintes budgétaires surviennent surtout au niveau local.

Dans la religion musulmane, et dans la société yéménite, aider les pauvres possède une dimension morale forte, qui se traduit en un bénéfice social et symbolique pour les généreux bienfaiteurs. Par ailleurs, dès lors que des systèmes publics d'assistance sont en train de se mettre en place, sans que l'administration n'ait eu les moyens ou le temps de déployer une armature fine d'inscription, d'enquête, de suivi et de contrôle, il est normal que ses interlocuteurs aient été, et demeurent dans une large mesure, les notables locaux, qui connaissent leurs populations et sont déjà des interlocuteurs des administrations centrales. L'exemption n'échappe pas à ce schéma. De fait, les deux modes les plus courants d'octroi de l'exemption sont : aller voir un *cheikh* ou autre notable, qui écrit une note au directeur de l'unité de santé, lui demandant d'exempter le porteur ; ou aller voir directement le directeur de l'unité, en lui faisant une requête argumentée. Dans la pratique, le cas le plus fréquent que nous avons rencontré est celui dans lequel l'unité de santé possède son propre système d'identification des ayant droit à l'exemption, aussi rudimentaire soit-il. Les personnels, visiblement pénétrés de leur sens du devoir et de la solidarité, connaissent " leurs pauvres " ou affirmaient pouvoir facilement les identifier en fonction de leur mise, de leur attitude, du quartier où ils vivaient. . . , et, en présumant de leur bonne foi et dans le respect du devoir de secours, leur accordaient une exemption. Dans l'enquête d'OXFAM (Al Serouri et *alli*, 2001), les groupes de discussion ont fréquemment exprimé des soupçons quant à la façon dont étaient prises les décisions concernant l'exemption, des critiques sur l'absence de clarté de décisions prises par des instances non représentatives, et sur le fait que les groupes marginalisés et pauvres n'ont pas de moyens d'exprimer leurs problèmes et d'influencer les modes de décisions. En outre, les personnels des unités de santé interviewés dans le même cadre regrettaient que les services préventifs ne soient pas exemptés, que le gouvernement ne soit pas assez impliqué dans la couverture des coûts de l'exemption, dans la formation des personnels, et dans la définition de formules souples .

Si l'institution même de l'exemption procède d'une considération d'un droit à la santé, qui ne doit pas être entravé par la pénurie de moyens de paiement, les contraintes budgétaires pèsent lourd sur la détermination du nombre d'ayant droit. De fait, la détermination du nombre d'exemptés ne peut que procéder *en priorité* de l'évaluation des moyens que chaque unité est disposée à leur consacrer. Dans une région où 100% des personnes seraient pauvres, seul un petit nombre, les plus chanceux, les plus indigents, ou les premiers arrivés, pourra voir son droit théorique à la santé satisfait, et encore avec des restrictions. Dans une région peu pauvre, des personnes au niveau de vie beaucoup moins misérable que dans une région pauvre pourront donc bénéficier de l'exemption. Clairement, l'application de ce soi-disant droit repose sur une large inégalité au niveau national. C'est d'autant plus le cas que, conscients de la limite de leurs moyens face à un niveau de pauvreté extrêmement élevé, et qui ne fait que s'accroître, des responsables administratifs tendent à développer une attitude défensive, soupçonneuse, qui tente de décourager les demandeurs par de longues attentes parfois apparentées au refus de soins, et de retenir l'information à l'encontre des pauvres. De fait, si rien n'est fait pour les contacter, et puisque, contrairement à leurs collègues européens, ils ne sont pas encore insérés dans des dispositifs d'aide, les indigents resteront en dehors de tout circuit d'information, ne sachant que très peu lire, et fréquentant peu les lieux administratifs. Nous avons constaté cette attitude en particulier dans le cas des bénéficiaires de l'aide sociale, souvent non informés de leur droit à l'exemption en vertu de la réputation clientéliste des bureaux de ce fonds. Cette attitude procède –certains responsables le disent – d'une peur de se voir déborder par une foule de miséreux auxquels ils ne pourront rien offrir. Les plus marginaux le demeurent donc.

¹³ - Il en est de même pour le Ministère de l'Education.

3- LA SOLIDARITE DANS LE HADRMAWT : LA MOBILISATION DU CAPITAL SOCIAL

Le gouvernorat du Hadramawt se distingue de l'ensemble des autres provinces yéménites par la force de son sentiment identitaire et sa cohésion sociale. C'est aussi une région marquée par une émigration ancienne, pour beaucoup le fait de commerçants, qui se sont installés dans la plupart des pays arabes, sur les continents africain et asiatique, voire en Amérique et en Europe. Les Hadramis expatriés forment une véritable diaspora, forte des liens gardés avec le pays et entre eux, et enrichie par ceux noués à l'occasion de multiples mariages dans leurs pays d'implantation. À côté de la construction de palais fabuleux, la création d'œuvres charitables ou culturelles apparaît comme l'un des vecteurs de maintien de ces liens et de valorisation de la réussite des marchands.

Le secteur de la santé est un des enjeux de cette solidarité, tant les problèmes sont cruciaux et les services insuffisants, ou inaccessibles. Cet enjeu est devenu encore plus pressant dans le contexte actuel de l'intégration du Hadramawt - province de l'ex-République Populaire Démocratique du Yémen - dans un Yémen réunifié dans lequel ils se sentent dominés par le Nord, marqué par le recul de la qualité des services et de leur accessibilité par rapport aux deux périodes précédentes – le protectorat britannique et le gouvernement socialiste – par la crise économique et la réforme du secteur. La difficulté à faire le deuil de 25 ans de socialisme, pendant lesquels les services publics étaient fournis gratuitement, sous l'autorité d'un pouvoir peu légitimé par la majorité des habitants de cette région, renforce la résistance à la mise en œuvre des réformes. En outre, la baisse des salaires versés aux émigrants en Arabie Saoudite a considérablement affecté les revenus rapatriés en Hadramawt, et nombre de travailleurs dans le Royaume voisin parviennent à peine à subvenir aux besoins de leur famille restée au pays. On observe une mobilisation solidaire en vue de garantir aux plus pauvres un accès à des services de santé adéquats. Un véritable réseau s'est organisé entre praticiens de la médecine, directeurs d'établissements, pharmacies, généreux donateurs, associations caritatives et responsables de bureaux locaux d'administrations sociales, dans le but de permettre aux établissements de soins d'accorder l'exemption sur une base aussi large que possible, de soulager les pauvres d'une partie des frais d'achat de médicaments et de mettre à leur disposition des unités de santé alternatives.

Certains praticiens affichent publiquement que leurs consultations seront gratuites pour les pauvres, cet état étant attesté par simple déclaration, étayée par l'apparence générale du demandeur, voire par des témoignages concordant. Les tarifs demandés pour les analyses de laboratoire, voire certains médicaments, seront réduits ou nuls. Le Dr. L., membre du conseil local, exempte les porteurs de la carte d'aide sociale et des pauvres de sa connaissance du coût de la consultation, et leur offre 20% de réduction sur les examens de laboratoire. Il fait une large publicité à sa générosité. Il réfère les patients qui le requièrent aux hôpitaux de la région ou à des collègues, et recommande aux pauvres qui ne peuvent payer les médicaments de s'adresser aux associations.

Des associations salarient des praticiens infirmiers ou médicaux qui effectuent les premières consultations. Les médicaments peuvent être fournis gratuitement sur un fond acquis avec de l'argent reçu par les donateurs privés de l'association. Parfois, le financement par un bailleur extérieur permet aussi de couvrir des campagnes de vaccination, des consultations spécialisées – en particulier materno-infantiles – et de brèves hospitalisations. Plusieurs associations sont engagées dans des activités d'information à la santé, en particulier auprès des femmes, et sur des questions de régulation des naissances, de prévention des maladies des nouveau-nés, et d'hygiène générale. Certaines de ces unités de santé associatives ont des accords d'homologation avec un hôpital public, dont elles peuvent faire office d'antenne locale. En cas de besoin de référence à une unité plus spécialisée, l'association peut fournir une aide financière pour les soins nécessaires. L'association K. a onze membres, qui sont aussi ses fondateurs, et dont un est élu au conseil local. Son président était émigré en Arabie saoudite et en est revenu en 1990, suite à la crise du Golfe. Elle possède un centre de santé reconnu par l'hôpital de Seyoun, qui lui envoie un assistant médecin et son laborantin à mi-temps. Un couple de médecins rémunérés par l'hôpital devrait être prochainement envoyé dans cette clinique, qui les logera. Une sage-femme est envoyée par le bureau de santé du district à mi-temps. L'hôpital fournit des médicaments à la clinique associative, sur son propre quota, et l'association les fournit gratuitement aux malades. Cependant, comme la quantité pas plus que la diversité de médicaments ne sont suffisantes, l'association se propose d'acheter des médicaments qui seront vendus à bas prix aux patients. Les contraceptifs proviennent de l'association yéménite de planning familial. La clinique est également utilisée par le bureau d'aide sociale pour y distribuer les fonds à ses bénéficiaires. L'association K. distribue également de l'aide en nature à une liste de pauvres régulièrement remise à jour dont une partie, majoritaire, est inscrite sur les registres de l'aide sociale. Dans ce cas, on a donc une conjonction entre une administration publique (aide sociale), un établissement de soins, et une association privée, qui conjuguent leurs efforts pour couvrir certains besoins d'une liste de pauvres. 70% à 80% des investissements pour les locaux de l'association et de la clinique ont été couverts par des dons d'émigrés hadramis en Arabie Saoudite et, en contrepartie, l'association aide des Hadramis pauvres résidant dans le Royaume, où se rend régulièrement son président. Le laboratoire de la clinique a été financé par la Banque Populaire d'Arabie Saoudite, dont le directeur est Hadrami.

Les directeurs d'hôpitaux que nous avons rencontrés considéraient qu'il était de leur devoir d'exempter les plus pauvres, faisant passer leur devoir d'assistance avant leurs soucis budgétaires, et avant les consignes ministérielles. Parfois, les hôpitaux peuvent compter sur l'assistance régulière d'un donateur privé pour couvrir une partie du manque à gagner ou des dépenses occasionnées par ces soins gratuits aux indigents. Dans l'hôpital de Shibam, les porteurs de la

carte d'aide sociale sont automatiquement exemptés, de même qu'un nombre équivalent de pauvres qui en font la demande au directeur, et à qui celui-ci écrit une note: de l'avis du directeur et des médecins, seuls les " vrais " pauvres, connus et reconnus de surcroît, font une demande d'exemption. Aux exemptés (du coût des consultations) sont prescrits dans la mesure du possible des médicaments provenant du fonds national, qui leur sont fournis gratuitement par la pharmacie de l'hôpital, alors que les plus aisés sont dirigés vers les pharmacies privées du simple fait du choix des médicaments indiqués. S'il n'y a d'autre issue que de prescrire des médicaments hors pharmacie centrale à un pauvre qui ne peut pas le payer, on l'envoie alors vers une association. Cet hôpital est déficitaire pour son budget radiologie, et le directeur avoue que, s'il doit continuer à augmenter sa liste d'exemptés, il n'aura plus qu'à fermer. De fait, pratiquent aucune prime n'est versée, car l'argent rapporté par la PFP est utilisé pour couvrir les coûts de fonctionnement. Le directeur considère même annuler le *cost sharing*, qui ne rapporte presque rien mais mobilise du travail administratif. Dans l'hôpital de Gotoun, la situation financière est encore plus mauvaise : les revenus du *cost sharing* ne parviennent pas à couvrir les dépenses, à peine les consommables, et l'unité a une grosse dette auprès d'une pharmacie de gros. L'hôpital ne pratique pas les ordonnances préférentielles pour les pauvres, mais les envoie aussi dans des associations lorsqu'ils ne peuvent pas payer leurs médicaments. L'hôpital de Seyoun prescrit dans la mesure du possible des médicaments disponibles à la pharmacie centrale, quelle que soit la situation financière des patients : de fait, l'attitude est donc celle de respecter un droit, mais le stock est en partie alimenté par une association. Il demeure que les patients doivent acheter environ la moitié de leurs médicaments dans les pharmacies privées, en moyenne.

La question des médicaments est cruciale, et les factures s'élèvent souvent à des montants équivalents à la moitié d'un revenu mensuel. Pourtant, le Hadramawt ne pratique pas le recouvrement des coûts (*cost recovery*), et ce essentiellement parce que les directeurs d'unité de santé " ont peur " - de leur aveu répété - de passer à ce stade, qu'ils ne savent pas comment gérer cette décision. La région s'organise donc différemment, toujours dans la solidarité. Certaines pharmacies privées disposent d'un " fond pour les pauvres ", c'est-à-dire la possibilité de servir des médicaments gratuitement, dont le montant total sera payé par une personnalité bienfaitrice. L'accord repose sur la confiance entre le généreux marchand, le pharmacien et le patient, qui dit ne pas pouvoir payer sa facture. Six ou sept pharmacies seraient impliquées dans ce type d'accord, chacune avec un groupe de marchands, depuis plus d'une décennie. Certaines associations de bienfaisance donnent des médicaments aux hôpitaux, et des laboratoires effectuent leurs bonnes œuvres par des dons de médicament, systématiquement distribués gratuitement. Le directeur de l'hôpital de Gotoun suggère que les personnes bienfaitrices établissent dans les hôpitaux un fonds pour les pauvres, qui serait contrôlée par un de leurs représentants, de façon à faciliter la distribution des aides. Selon lui, les " gens de bien " n'ont pas confiance dans les institutions publiques, dirigées de la capitale Sana'a, mais ils ont confiance dans les personnes qui y travaillent, qui sont hadramies.

La question des interventions chirurgicales est un problème en soi : suivant les directives ministérielles, elles coûtent environ 80% d'un salaire minimum mensuel dans les grandes villes du Sud ¹⁴, mais les hôpitaux du Hadramawt ont décidé de réduire leur tarif au tiers de ce montant, hors consommables. Ces faibles tarifs ne leur permettent pas de couvrir les coûts et le manque à gagner des exemptions. Certains hommes bienfaitants les aident. Une association de hadramis résidant à Aden organise régulièrement des camps chirurgicaux dans leur région d'origine : pendant une quinzaine de jours, des tentes sont installées dans lesquelles des interventions sont effectuées par des praticiens hadramis.

L'activité du bureau hadrami de l'aide sociale témoigne de cet engagement en faveur des pauvres. Sous la houlette enthousiaste de son responsable, et aiguillonnés par son zèle, les employés de ce bureau et de ses antennes locales informent systématiquement leurs " clients " de leur droit à l'exemption des coûts de la santé et de l'éducation, par le biais d'affiches placardées dans tous les bureaux distributeurs de l'aide. Le directeur du bureau effectue des visites régulières auprès des directeurs d'unités pour leur enjoindre de respecter ce droit. Le système d'enregistrement mis en place par les différents bureaux permet un suivi des situations familiales et la recherche d'aides supplémentaires auprès de partenaires de la société civile. Aide sociale et soins de santé sont également liés par d'autres initiatives : les directeurs d'hôpitaux se plaignant de la pénurie de personnels féminins, il a été proposé que des femmes ou des jeunes filles bénéficiaires de l'aide sociale puissent effectuer un stage de formation de deux ans dans les hôpitaux, débouchant sur une embauche en tant qu'aide soignante ou, à terme, sage-femme ou infirmière. Cette ouverture ne suscite toutefois que peu de vocations, et la session n'a pas pu remplir ses effectifs : le poids des traditions culturelles joue contre l'engagement des jeunes filles et femmes dans la vie active, *a fortiori* dans un milieu professionnel où elles seraient en fréquent contact avec le public.

Ce réseau de bonnes volontés en vient à constituer un véritable filet de sécurité pour les plus pauvres, dans le sens où toutes les misères sont potentiellement prises en considération et soulagées. Cette situation n'est pas le produit d'une volonté extérieure, ou des dynamiques de réforme, mais d'une histoire sociale et culturelle propre à cette région. Ceci n'exclut pas qu'on ne puisse pas la retrouver ailleurs, mais rend difficile sa reproduction dans un contexte différent, et tout particulièrement dans des milieux urbains, dont la cohésion sociale est faible, et dont les enjeux de reconnaissance se posent sous des formes différentes. Le fondement des attitudes de solidarité constatées dans le Hadramawt est enraciné dans la religion musulmane, qui valorise les actes de charité comme un devoir de tout croyant, spécifiquement

¹⁴ - Le salaire minimum légal est d'environ 6000YR, soit environ 300FF, et le tarif recommandé pour les interventions est de 5000YR, soit 250FF environ.

lorsqu'il a les moyens de donner. Donner constitue en soi un acte qui apporte du bénéfice social, qui s'effectue dans des formes souvent ritualisées de dons ponctuels – les distributions de nourriture lors de ramadan, ou de sacs d'école à la rentrée – ou d'investissements plus pérennes – la constitution de fondations, la construction d'infrastructures sociales. Les structures locales récemment élues, suite à la loi de décentralisation, jouent un rôle important dans ce dispositif, en formalisant l'engagement caritatif et solidaire, et en formalisant également la reconnaissance de cet engagement, semble-t-il. Elles constituent surtout un contre-pouvoir aux consignes “ d'en haut ” transmises par l'intermédiaire des directeurs locaux appointés.

Pour les pauvres, c'est l'ensemble de ce système qui représente un capital social : l'appartenance à la communauté des hadramis leur garantit l'accès à un réseau de solidarité qui, dans la période présente où l'Etat n'assume plus ce devoir, est leur seule protection. À l'inverse, les pauvres constituent pour les riches un capital social, en tant qu'ils leur permettent de se valoriser par leurs bonnes actions et de renforcer leur appartenance à ce groupe, identité qui leur procure des ressources symboliques, morales, mais aussi matérielles et sociales considérables. Les employés des services publics, lorsqu'ils sont aussi hadramis, tendent à mettre au service de leur appartenance communautaire les ressources – réglementations, budgets, pouvoir... - inhérentes à leurs fonctions.

4- L'ACTION CARITATIVE, UNE SOLUTION POUR LE DEVELOPPEMENT DURABLE DE LA SANTE AU YEMEN?

Selon les instigateurs de la réforme du secteur de santé, le MoPH est accusé de se “ considérer comme un sauveur des diverses organisations de santé du ministère et des établissements qui leur sont attachés ”, et de “ considérer qu'il est de son propre droit en tant que “ grand frère ” (*big brother*) de disposer de la plus grande part des ressources du MoPH et de distribuer ces ressources aux organisations et établissements de santé nécessaires comme il le juge bon ” (Tarmoon 2000). Dans les termes de la réforme, son rôle doit désormais se limiter à “ énoncer des politiques et intégrer les diverses activités des bureaux de santé des gouvernorats et de leurs établissements attachés dans les différentes régions ” ; il doit “ se défaire des programmes de santé verticaux que son administration met en œuvre et les intégrer au sein des unités et centres de santé primaires ” (idem). L'érection d'un système intégré de redistribution entre régions et unités, qui puisse socialiser la prise en charge des soins aux pauvres, n'est donc pas à l'ordre du jour, au contraire. En revanche, la loi énonce clairement que le secteur privé et les ONG sont appelées à compléter le secteur public dans la satisfaction des besoins de santé de la population.

Le développement du secteur privé s'est nourri des insuffisances du public. Il ne s'agit pas seulement de la construction d'unités de soins relativement onéreuses, proposant des soins et examens plus fiables que le privé, destinés à une gamme de population allant des couches moyennes aux familles assez aisées, les plus riches se rendant à l'étranger. Il s'agit surtout de cabinets et de pharmacies privées. Les premiers, ouverts l'après-midi, sont fréquemment tenus par les mêmes médecins qui officient le matin dans les établissements publics. Leur poste dans le secteur public leur sert de moyen de recrutement de clients, qui seront ensuite soignés à titre privé, dans des conditions généralement meilleures. Les pharmacies pullulent, souvent tenues par des personnes non ou insuffisamment diplômées, et servant des médicaments périmés ou de qualité non avérée, ainsi que le montraient plusieurs enquêtes publiées dans les journaux. C'est là que les patients achètent non seulement les médicaments prescrits lors de consultations privées, mais également les consommables et médicaments réclamés en cas d'hospitalisation ou de tout type d'intervention, dès lors que les établissements publics n'en reçoivent pas assez du Fonds national. Dans le Hadramawt, terre de grande solidarité et de forte identité, nous avons constaté que nombre de praticiens privés soignaient gratuitement des patients indigents (souvent avec force publicité), et que nombre de pharmacies privées proposaient des aides, financées par de généreux donateurs privés, pour les plus pauvres, allant jusqu'à la gratuité.

Le secteur associatif est encore assez peu impliqué dans l'offre de services de santé, bien que la demande en soit très forte. Il demeure que les organisations caritatives jouent un rôle fondamental dans la fourniture de soins aux plus pauvres, dès lors que non seulement les services, mais aussi les médicaments leur sont généralement fournis gratuitement. Parmi les plus grosses associations prestataires, Al Islah Welfare Society dispose d'un réseau de centres et hôpitaux extrêmement étendu sur le territoire du Yémen (il s'agit de la plus grosse association yéménite), régi par une organisation rigoureuse. Elle a mis en place un système d'exemption qui repose sur des enquêtes sociales, la détermination d'un seuil d'éligibilité, et un suivi rigoureux. Selon les lieux, des associations montées par des personnages connus, charismatiques, entreprenants, proposent des services de santé à tous, comme c'est le cas de celles que nous avons visité dans le Hadramawt. Le centre de culture et de santé (la cité idéale) est un établissement unique, localisé à Sana'a, qui se distingue par son aspect innovateur et ambitieux. Comme nous l'avons vu pour le Hadramawt, certaines de ces associations ont des accords d'homologation avec un hôpital public, dont elles peuvent faire office d'antenne locale. Certaines ne dispensent que des soins gratuits, d'autres ont un système mixte, payant pour ceux qui en ont les moyens, les plus pauvres étant exemptés. Les associations caritatives tendent à ouvrir des unités de santé dans des quartiers particulièrement mal servis, ou démunis. Ce sera fréquemment, par exemple, un des projets d'une association de quartier, qui quètera du soutien auprès de marchands ou notables, et ouvrira une mini-pharmacie (anti-diarrhéique, antipaludéen, analgésique) tenue par une assistante sanitaire qui pourra faire des injections et des diagnostics préliminaires. Parfois, des consultations materno-infantiles seront offertes quelques heures par semaine

par une sage-femme itinérante. Les associations caritatives n'interviennent pas uniquement comme prestataires de services. Elles soutiennent individuellement des personnes incapables de payer leur facture ou aident les hôpitaux dans la pratique de l'exemption, et peuvent aussi constituer un fonds pour les pauvres auprès d'une pharmacie privée.

Il semble bien que, *in fine*, ce sont les associations caritatives nationales qui constituent le plus efficacement le fameux filet de sécurité sanitaire pour les pauvres, surtout lorsqu'elle agissent en coordination avec les autres intervenants et qu'elles participent à, ou promeuvent, une dynamique collective qu'on peut imaginer voir se consolider et se formaliser, comme dans le cas du Hadramawt. Le Fonds Social de Développement (SFD), d'ailleurs, contribue à ce qu'elles jouent un rôle plus grand en exigeant que des associations communautaires de base soient établies avant de participer au financement de projets de santé. Plusieurs problèmes font cependant obstacle à ce que les associations locales remplissent un rôle de développement ou structurel durable dans le secteur considéré ici : problèmes de permanence, de couverture et d'efficacité, de compétences et, plus largement, de système de valeur et de registre. Soulignons ici que certaines associations, et tout particulièrement Al Islah Welfare Society, font brillamment exception.

La permanence : Il n'est pas fortuit que l'activité des associations croisse pendant une période où le pays se voit de plus en plus aidé par des institutions internationales et des Etats étrangers. À ces deux niveaux, la permanence de l'assistance dépend de la bonne volonté du bailleur, qui peut mettre des conditions à son don. Dans un cas à Aden, une association caritative refusait ainsi de distribuer des aides financières de Ramadan à un quartier dont les habitants étaient réputés bouilleurs de cru. Dans le Hadramawt, nous n'avons rien constaté de tel, mais n'est ce pas justement l'autre face de la cohésion sociale : l'homogénéité des normes ? La force du lien communautaire, encensée quand il s'agit de faire jouer la solidarité locale, ne peut-elle être considérée comme un obstacle quand il sera question de favoriser le développement de l'individu, la " libération " des femmes, l'éducation des petites filles... , dès lors qu'elle va de pair avec la stabilité des valeurs culturelles ? Qui décide des critères rendant un individu ou une famille apte à recevoir des aides, ou à bénéficier d'une structure caritative, et de quel poids les valeurs morales y pèsent-elles ? Dans la société hadramie, la redistribution est valorisée autant que la richesse, et tout possédant doit manifester son souci des pauvres parallèlement à son niveau d'aisance. Les fondations pieuses et charitables sont donc aussi nombreuses que les palais fabuleux. Mais qu'advient-il de cet équilibre lorsque le système de valeurs changera pour des pratiques plus pragmatiques, quand l'homme riche redistribuera plus, ou moins, aux pauvres, comme on le voit au nord du Yémen ?

La couverture et l'efficacité : La couverture des besoins de santé par les associations dépendent de mécanismes *ad hoc* et d'individus de bonne volonté, qui n'ont pas pour ambition de réaliser une couverture optimale. C'est vrai en termes quantitatifs : les associations ne sont pas assez nombreuses, et n'ont pas les moyens, de fournir des services à l'ensemble des pauvres, sans parler des personnes classifiées de non pauvres, mais qui vivent néanmoins dans l'indigence. C'est vrai en termes géographiques : si le Hadramawt est relativement bien doté du fait de sa forte cohésion sociale et du sentiment identitaire et d'appartenance qui y prévaut, certaines régions ont moins cette " culture associative " qui plonge ses racines dans une histoire parfois ancienne. Leur population peut être plus éparpillée, ou encore, dans le cas des zones urbaines, la lutte contre pauvreté peut ne pas avoir ce visage humain qu'elle prend dans les communautés de proximité. Même dans le Hadramawt, on note des différences entre Tarim, où les richesses sont pour beaucoup investies dans des mosquées et l'enseignement et la ville voisine de Godoun, où la bienfaisance se traduit plutôt par de bonnes œuvres sanitaires et sociales¹⁵. C'est vrai aussi en termes qualitatifs : la définition des besoins des pauvres, dès lors qu'elle est émise dans un but de charité qui fait généralement primer la souffrance et son soulagement, ne peut faire office de politique publique. De surcroît, la couverture des besoins en santé primaire est un créneau plus facile à occuper que celle des soins plus compliqués et coûteux, réclamant des investissements lourds et délicats à entretenir. La prévention tend elle aussi à être négligée, ne serait-ce les campagnes de vaccination soutenues par les bailleurs internationaux. Pour compléter de façon fiable et cohérente le système public de santé (le privé étant trop onéreux pour les indigents), les unités associatives doivent donc nécessairement être incluses dans un système de référence, de convention, qui serait partie d'un plan national de santé. Dès lors que la réforme préconise le démantèlement de la centralisation, on voit mal comment des associations locales de petite taille pourraient dépasser le stade d'appoint ponctuel.

Les compétences : Le problème des compétences est général dans le secteur de santé au Yémen, mais il paraît plus aigu encore dans le secteur associatif que dans le public ou le privé. MSF déplore que les sessions de formation destinées à des personnels infirmiers finissent par s'adresser pour beaucoup à des individus ayant terminé une année de formation, voire à peine, et officiant en tant que personnel soignant. Dans les zones rurales, du fait de la difficulté à trouver du personnel qui sera rémunéré à des taux de misère, et soumis à des conditions de vie difficiles, le niveau de formation semble encore plus bas. Les associations qui mettent en place des unités de santé dans des quartiers misérables, et qui disposent de faibles moyens, tendent à recruter du personnel peu formé ou, souvent, à former pendant quelques semaines une jeune fille ou un jeune homme qui occupera cette fonction. Les responsabilités sont grandes, néanmoins : répondre aux situations courantes ou d'urgence, prendre des décisions de référence, administrer des médicaments, faire des injections... S'assurer que les soins de santé aux plus pauvres ne soient pas de pauvres soins semble fondamental non seulement du point de vue moral, mais aussi dans le cadre d'une politique publique.

Le système de valeurs : En appeler à la solidarité locale revient nécessairement à valoriser les actions de bienfaisance, inscrite dans un cadre caritatif. Dans ce cadre, le lien social qui prédomine dans la lutte contre la pauvreté est celui du

¹⁵ - Selon le directeur de l'hôpital de Tarim, qui le déplorait.

don altruiste, et seul le respect dont il est accompagné peut compenser l'humiliation d'être celui qui reçoit. Manifestation de la cohésion sociale dans le Hadramawt, la charité associative la renforce à son tour, mais elle n'affaiblit que peu l'inégalité inhérente au rapport social entre celui qui donne et celui qui reçoit. Elle renforce donc, plutôt qu'elle n'atténue, la polarisation sociale. Les structures de participation issues de la loi de décentralisation, propres à la loi de réforme du système de santé, ou encore associatives, élargissent certes la base participative, mais essentiellement au sein d'un groupe actif politiquement et socialement. On peut donc se demander si l'institutionnalisation de la charité ne tend pas à maintenir les structures qui sont les matrices de la pauvreté : inégalités statutaires, de capital social, de valeur reconnue...

Aussi édifiant qu'il soit, le cas du Hadramawt ne peut donc que convaincre que le soulagement de la pauvreté dans son aspect sanitaire ne peut se suffire de bonnes volontés, fussent-elles prodigues et bien inspirées : un secteur public efficace, planifié, coordonné, compétent, constitue le cadre nécessaire à ce que les structures caritatives et de solidarité locale jouent un rôle efficace dans la fourniture de soins, en particulier aux plus pauvres. Pour promouvoir l'équité, comme la réforme du secteur est supposée le faire, il est nécessaire d'élargir la base de solidarité pour diminuer les inégalités entre localités, zones, et régions, par le biais de reversements, ou de dotations budgétaires modulées, fonction que seul l'Etat peut prendre en charge. Faire de l'amélioration de l'accès aux soins un levier de développement social, semble, en outre, contradictoire avec le maintien des plus pauvres dans des situations de dépendance à l'égard de la charité. On voit mal comment l'appel à la dite " société civile " pourrait se substituer à l'instauration de droits sociaux, parmi lesquels celui à la santé, établis en fonction des capacités budgétaires, mais indépendants des dotations en capital social des personnes. Finalement, contrairement à ce qui est généralement fait dans les textes traitant de la santé dans les pays ravagés par la pauvreté, il semble indispensable de resituer la question de l'accès aux soins des plus pauvres dans son cadre initial : la lutte contre la pauvreté par l'accroissement des capacités, bien en amont des solutions techniques ou des initiatives locales.

BIBLIOGRAPHIE

- ABDU ALMOGHNI, Ali Taher, G. ZUBEYRI, ABDURAHMAN (Dr.), AL AGUEL, Abdusalam (Dr.), AL GOHALI, Faisal Mohsen, HASHEM, Abdulhalem (Dr.), AL JUNAID, Majid (Dr.), 2000: *The Executive Regulations of the Cabinet Decree n° 15 of the Year 1999 regarding community participation in health and curative services.*
- AL SEROURI, Abdul W., AL HIBSHI, Souad, BALABANOVA, Dina, 2001 : *Cost Sharing for Primary Health Care in the Republic of Yémen, A study Report*, OXFAM GB, Yémen, Unpublished document, Sana'a, Yémen.
- BANQUE MONDIALE, 1999: *Memorandum of the Président of the international Development Association and the International Finance Corporation to the Executive Directors on a country assistance strategy for the Republic of Yémen* (Report n° 19073 - YEM; Middle East Department Middle East and North Africa Region).
- DESTREMAU Blandine & SALAMA Pierre, 2002 (à paraître) : *Mesures et Démesure de la pauvreté*, Presses Universitaires de France.
- CREESE, Andrew, L., 1991: "User charges for health care: a review of recent experience (Review article)", *Health Policy and Planning*, 6(4): 309-319.
- GELINAS, Jacques B., 1995: *"La réforme de toutes les réformes. L'ajustement structurel et la réforme des soins de santé dans le Tiers Monde"*, document non publié (<http://www.ccisd.org/documents/archives/gelinasb.htm>)
- HEALTH REFORM SUPPORT UNIT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, 2000 : *Guidelines for Organisations Supporting Yemen's Health Sector Reform*, Unpublished document, Sana'a, Yémen.
- KADDAR Miloud, STIERLE Friedeger, SCHMIDT-EHRY Bergis & TCHICAYA Anasthase, 2000 : " L'accès aux soins de santé en Afrique Subsaharienne ", *Revue Tiers Moonde*, t. XLI, n° 164, octobre – décembre, pp. 903-925.
- LA ROQUE, Marie de, 1996: Identification et prise en charge des "indigents" dans les services de santé", *Santé Publique*, n° 2: 20-23.
- MEDECINS SANS FRONTIERES (Section Belge), 1999: "Médecins sans Frontières et la participation financière de la population", document non publié.
- MEDECINS SANS FRONTIERES (Yémen), 2000: Aden Primary Health Care Project, six-monthly report, July - December 2000, document non publié
- MEESSEN, Bruno, 2000: "Short comments about the health sector reform in the Republic of Yémen, First paper for discussion", document non publié.
- MINISTRY OF INSURANCES AND SOCIAL AFFAIRS, 1996: *Loi n° 31 sur l'aide sociale*. Sana'a, Yémen
- MINISTRY OF INSURANCES AND SOCIAL AFFAIRS, 1999: *Amendements à certains des articles de la loi n° 31 de 1996 sur l'aide sociale*, Sana'a, Yémen.
- MINISTRY OF LEGAL AND PARLIAMENT AFFAIRS, 1999 : *By-Law n° 17 of the Year 1999 modifying certain articles of the by-law n° 13 of the year 1996 regarding Social Welfare*, Sana'a, Yémen.
- MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, REPUBLIC OF YEMEN, 1998 : *Health Sector Reform in the Republic of Yémen. Volume I : Strategy for Reform*, Unpublished document, Sana'a, Yémen.
- MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, REPUBLIC OF YEMEN, 1999: *The Executive By-Law for Community participation in Health and Curative Services*, Sana'a, Yémen.
- MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, REPUBLIC OF YEMEN, 2000a : *Decree n° 266/10 of the Year 2000 Concerning the Regulations of Drug and Medical Appliances Cost Recovery*, Sana'a, Yémen.
- MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, REPUBLIC OF YEMEN, 2000b: *Guidelines for organisations supporting Yemen's Health Sector Reform*, Unpublished document, Sana'a, Yémen.
- OXFAM GB, HEALTH SECTOR REFORM UNIT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND POPULATION, 2001 : *Workshop Report on " Current Experiences of Cost Sharing in Yémen*, Unpublished document, Sana'a, Yémen.
- OXFAM GB, HEALTH SECTOR REFORM UNIT, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND POPULATION, 2001 : *Health Sector Reform in the Republic of Yémen : How and Why*, Unpublished document, Sana'a, Yémen.
- TARMOON, Abul Aziz, 2000 : *Review of Planning, Budgeting and Performance of MoPH Financier resources in Yémen*, GTZ Consulting Services, Health Reform Support Yémen, Unpublished document, Sana'a, Yémen.
- THE HEALTH AND CULTURE CENTER, 1999: brochure de présentation, Sana'a, Yémen.
- THEBAUD, Annie, 1986: "Le jeu des organismes internationaux de la santé", *Prévenir*, Cahier XII: La santé dans le Tiers Monde, premier semestre, Marseille.

WILLIS, Carla Y. and LEIGHTON, Charlotte, 1995: "Protecting the poor under cost recovery: the role of means testing", *Health Policy and Planning*, 10(3): 241-256.

WORLD BANK, RADA BARNEN, UNICEF, in partnership with the Government of Yémen, 1998 : *Health and Nutrition of Children and Women*, Sana'a.

WORLD HEALTH ORGANISATION, 2000 : *Report of WHO Mission to Yémen*, Unpublished document, Sana'a, Yémen.

YEMEN TIMES 20/03/00: " Why Aren't Yemenis Happy with the World Bank and IMF Reforms "?