

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations utilisées	3
Taux de change.....	3
Remerciements	4
Résumé	5
1. Introduction.....	8
2. Contexte.....	8
2.1. Couverture sanitaire	8
2.2. Problématique d'accès aux soins	9
2.3. Système de solidarité et d'entraide existants	10
2.4. Fonds d'Equité de premier échelon.....	11
2.5. Recettes de l'hôpital.....	12
2.6. Opportunités politiques et financières.....	12
3. Hypothèses de travail.....	13
3.1. expérimentation.....	13
3.2. Intégration dans l'environnement	13
3.3. Liens avec le Fonds d'Equité de premier échelon	13
3.4. Cofinancement	15
3.5. Séparation des fonctions	15
4. Objectif du Fonds d'Equité.....	15
5. Population cible	16
6. Paquet de bénéfices.....	17
7. Identification.....	17
7.1. Trois types de bénéficiaires : trois types d'identification	17
7.2. Quelles stratégies d'identification et quels acteurs ?	18
7.2.1. Deux stratégies principales.....	18
7.2.2. Quel acteur pour l'identification ?.....	19
7.3. Processus d'identification	20
7.3.1. Identification active.....	20
7.3.2. Identification passive.....	20
7.3.3. Itinéraire thérapeutique des patients.....	21
8. Monitoring.....	21
8.1. Equipe de monitoring.....	21
8.2. Liste indicative de critères	22

8.3.	Comment choisir les critères	23
9.	Financement	23
9.1.	Cofinancement	23
9.2.	Procédure de paiement	24
10.	Pilotage : le Bureau Exécutif du Fonds d'Equité (BEFE)	25
11.	Budgétisation prévisionnelle	26
11.1.	Nombre de bénéficiaires du Fonds d'Equité.....	26
11.2.	Estimation du budget annuel	27
11.2.1.	Frais médicaux	27
11.2.2.	Frais de nourriture et de transport	28
11.2.3.	Frais administratifs et de monitoring.....	28
11.2.4.	Budget annuel.....	28
12.	Incitants au staff	29
13.	Conséquences attendues du Fonds d'Equité.....	30
14.	Options pour la perennisation du modele.....	31
15.	Recommandations finales.....	33
15.1.	Monitoring de la qualité des soins	33
15.2.	Bedcensus	33
15.3.	Combinaison du Fonds d'Equité avec d'autres mécanismes ?	34
15.4.	Développements possibles.....	34
15.5.	Assurer le suivi	34
15.6.	Implication future de l'IMT	35

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ADB :	Asian Development Bank
CHD :	Centre Hospitalier de District avec paquet complémentaire d'activités réduit.
CHD II :	Centre Hospitalier de District avec paquet complémentaire et chirurgie
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CSB :	Centre de Santé de Base
CSB2 :	Centre de Santé de Base avec médecin
CSBU :	Centre de Santé de Base Urbain
DFID :	UK Department For International Development.
DPS :	Délégation Préfectorale Sanitaire
GOAD :	Groupe (Ecuménique d'Assistance aux Démunis
GTZ :	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
IMT :	Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold d'Anvers
JICA :	Japanese International Cooperation Agency
KfW :	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MSPF :	Ministère de la Santé et du Planning Familial
SWAP :	Sector Wide Approach

TAUX DE CHANGE

Le Franc Malgache était, au moment de la consultance, dans une période de grande instabilité, dont les causes restent floues pour tous les acteurs, et dont l'échéance n'est pas plus claire.

Nous ne citons donc pas de taux de change de référence. A titre indicatif, le lecteur peut considérer un taux de change de 10.000 FMG / 1 Euro à la période de la consultance.

REMERCIEMENTS

Merci à l'équipe de la GTZ et de la DPS pour leur aide durant la durée de la consultance. Nous pensons tout particulièrement à Dr Dieter Köcher pour la planification irréprochable de notre séjour et Dr Mahefanirina Raojoelison-Rakotomalala pour les précieuses informations collectées via ses études.

Nous tenons également à exprimer nos vifs remerciements à Mr le Ministre de la Santé, Mr le Directeur Général de l'Appui aux Districts Sanitaires, Dr Paul Raharimanantsoa, Dr Manshande de la Banque Mondiale pour leur soutien et leurs encouragements.

RÉSUMÉ

Le Ministère de la Santé et de la Planification Familiale de Madagascar a réintroduit en 2003 le principe de la participation financière de la population aux soins de santé. Sa politique de tarification des soins de premier échelon est définie dans un programme national intitulé FANOME, qui intègre un volet de financement des soins de santé des plus pauvres à travers les fonds d'équité au premier échelon. Cette initiative, bien que louable, ne répond que très partiellement au problème de l'accès financier aux soins : en effet, le faible coût des soins du premier échelon ne représente une barrière que pour une tranche très réduite de la population (probablement moins d'un %). La problématique de l'accès financier est toute autre pour les soins hospitaliers, où les coûts induisent une réelle incapacité de payer. A la demande de la GTZ, nous avons mené une étude relative à la mise en place d'un Fonds d'Equité hospitalier pour le CHD II de Marovoay, Province de Mahajanga, couvrant les populations des districts de Marovoay et Ambato Boeni.

Les fonds d'équité viennent en réponse au manque d'efficacité des politiques d'exemptions pour l'accès aux soins des plus pauvres. Délivrer des soins gratuitement représente un manque à gagner pour le staff, qui tend alors à minimiser le nombre d'exemptions. Le fonds d'équité intervient comme un financement spécifique, achetant les soins de santé pour les plus pauvres directement au prestataire. Des expériences menées notamment au Cambodge ont démontré l'impact majeur des Fonds d'Equité sur l'accès aux soins de santé des plus pauvres, et étudient le rôle des Fonds d'Equité comme stratégie de réduction de la pauvreté.

Dans notre étude, nous avons déterminé la population cible comme étant les ménages dont le revenu mensuel ne permet pas d'assumer les frais d'une hospitalisation (coût moyen environ 220.000 FMG). En fonction d'études des profils socio-économiques et du coût d'une hospitalisation, celle-ci correspond au quintile le plus pauvre de la population des deux districts¹. Ce groupe cible pourrait s'étendre à certains ménages du second quintile durant la période de soudure. Enfin, un fond spécifique pour les urgences obstétricales permettra, de façon optionnelle, la prise en charge de toute femme dans le besoin, quel que soit son profil socio-économique.

Les bénéficiaires jouiront du financement intégral de leurs soins de santé au sein de l'hôpital, d'un remboursement des frais de transport (sur base d'un *mapping*) pour le malade et un accompagnant et d'un budget journalier pour les frais de nourriture.

Il n'est actuellement pas possible de dresser une liste fiable de critères permettant de procéder à une identification rationnelle du premier quintile. Nous pouvons par contre profiter de la connaissance personnelle que des acteurs de terrain ont de leur population pour dresser une première liste de bénéficiaires potentiels. Nous proposons deux procédures d'identification différentes : l'une qualifiée d'active, l'autre de passive.

L'identification active vise à identifier *ex ante* les ménages dans la plus grande destitution (approximativement 5% de la population). Des groupes œcuméniques seront formés par commune afin de dresser la liste des ménages les plus démunis de leur zone d'attraction en fonction de leur connaissance de leur population. Ces groupes seront composés d'un représentant

¹ Un revenu supérieur devrait permettre, sans endettement ou vente de bien, de faire face au coût d'un épisode de maladie. Le manque d'accès aux soins découle en ce cas d'un manque de volonté, et non pas de capacité, de payer.

de chaque confession religieuse, avec centralisation à Marovoay via le groupe œcuménique de district. Ils joueront également un rôle de promotion auprès des bénéficiaires potentiels, et de collecte de fond locaux. Plusieurs raisons motivent l'option du groupe œcuménique, parmi lesquelles l'étendue du réseau religieux et la confiance que la population accorde aux représentants de leur confession. La liste de bénéficiaires sera communiquée au CHD II et au Centre de Santé de la zone, ce qui devrait faciliter le référencement des bénéficiaires.

L'identification passive devra permettre d'identifier les patients nécessiteux n'ayant pas été identifiés via l'identification active. Elle concernera donc les 15% restant du premier quintile, ainsi que les « indigents temporaires » (personnes momentanément en incapacité de paiement). Elle sera faite à l'hôpital, lors de l'admission du patient, via une évaluation du degré de pauvreté par une assistante sociale. Celle-ci se chargera du paiement des frais de transport, d'allocation de budget nourriture et procurera un suivi social à tous les bénéficiaires durant leur séjour à l'hôpital.

Les femmes nécessitant une intervention obstétricale d'urgence seront admises et intégralement financées par le fonds. Dans ce cas, c'est leur état de santé et non leur statut socio-économique qui détermine leur éligibilité.

L'UDAC, un bureau d'étude sur les dynamiques communautaires de la province, aura deux fonctions centrales dans l'évaluation de l'efficacité du modèle avec (1) la vérification de la qualité de l'identification (active et passive) par des visites terrains et (2) la création d'une liste de critères d'indigence, sur base de l'observation empirique des caractéristiques communes à tous les bénéficiaires. Cette liste permettra de créer les outils d'identification ultérieurs. Ils seront au besoin secondés par les assistantes sociales de l'hôpital, qui leur procureront des tableaux reprenant les caractéristiques socio-économiques des bénéficiaires du Fonds d'Equité à l'hôpital.

Le Fonds sera piloté par un Bureau Exécutif du Fonds d'Equité (BEFE) qui se réunira tous les mois dans les locaux du CHD II. Le BEFE sera composé de représentants des Services de Santé de District, de la GTZ-KFW, de chaque représentation religieuse, du Comité de Santé de District (incluant la population) et de la Direction Provinciale de la Population. Il sera responsable de l'approbation des dépenses effectuées, du suivi du nombre de bénéficiaires, et de décisions stratégiques concernant les critères, les stratégies d'identification etc. L'hôpital sera payé dans la semaine suivante, selon une liste de forfait par type d'hospitalisation.

Selon nos estimations, le Fonds d'Equité devrait bénéficier à 750 personnes durant la première année, tandis que le fonds complémentaire pour la santé maternelle toucherait 120 femmes. Un budget de 293 millions FMG devrait permettre de couvrir tous les frais. Il se répartit entre 196 millions de frais médicaux (KFW), 18 millions de frais de nourriture et 18 de frais de transport (Etat + financement locaux), 30 millions de frais administratifs (KFW) et 30 autres de frais de recherche (GTZ). Nous sommes dans une optique de co-financement, avec une large part assumée par des bailleurs extérieurs. Ceux-ci s'engageront de plus à couvrir les éventuels frais non supportés par les financements locaux et étatiques.

Nous avons également intégré un système d'incitants financiers au staff, pour les intéresser au fonctionnement du Fonds d'Equité et influencer la qualité des services délivrés aux patients. Selon les mêmes estimations, 51 millions par an seront ainsi répartis parmi le staff du CHD II, en fonction de la position occupée par la personne, le nombre de jours prestés et le respect de règlement d'ordre intérieur.

Outre les conséquences positives en terme d'accès aux soins et de protection contre l'appauvrissement, nous pensons que le Fonds d'Equité contribuera à améliorer la perception de la qualité par la population et à (ré)orienter le patient vers les structures publiques. Il devrait entraîner une augmentation de plus de 50% des recettes du CHD II Marovoay, une utilisation plus efficace des nombreuses ressources humaines et logistiques disponibles et introduira la notion

d'incitant financier à la performance. La gestion devrait être facilitée par le système de paiement au forfait et l'absence de transfert de fonds vers la périphérie. Enfin, plusieurs axes de recherches pourront être développés dont la construction d'une liste de critères de pauvreté, l'analyse de la faisabilité d'un groupe œcuménique comme agent d'identification, et du forfait comme méthode de paiement des structures de santé publique.

1. INTRODUCTION

A la demande de la GTZ, nous avons mené une étude relative à la mise en place d'un Fonds d'Equité hospitalier pour le CHD II de Marovoay, Province de Mahajanga, couvrant les populations des districts de Marovoay et Ambato Boeni.

Le Fonds d'Equité est un mécanisme de cofinancement, où un fonds achète des soins de santé pour les plus pauvres directement au prestataire. Le coût des soins hospitaliers représente une barrière importante pour l'accès aux soins des plus pauvres, et une cause majeure d'appauvrissement des ménages. Le Fonds d'Equité intervient donc non seulement comme outil d'amélioration de l'accès aux soins, mais également comme instrument de réduction de la pauvreté.

La consultance a eu lieu du 15 au 23 avril, avec la participation de Bart Criel, Médecin de Santé Publique et Professeur à l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers, et Mathieu Noirhomme, Economiste de la Santé. Ce rapport en constitue le résultat final.

Nous allons dans un premier temps exposer notre analyse du contexte. Nous brosserons notre compréhension de la problématique de l'accès aux soins à Madagascar et dans les districts de Marovoay et Ambato Boeni en particulier. Nous analyserons également d'autres aspects du contexte (organisation sociale, croyances, confiance dans les structures de santé) qui nous sont apparus lors de notre mission, et qui ont eu une influence sur le modèle que nous proposons.

Nous exposerons par la suite notre compréhension des fonds d'équité, en exposant à la fois notre compréhension de la dynamique actuelle sur les centres de santé à Madagascar, et les leçons principales à tirer de fonds d'équité hospitaliers dans d'autres pays (principalement le Cambodge)

La majeure partie de ce document sera consacrée à l'exposé du modèle de Fonds d'Equité que nous proposons pour le CHD II de Marovoay. Nous y traiterons du choix de la population cible, des stratégies d'identification des plus pauvres, des activités de monitoring, pilotage et de recherches associées, en enfin des options de financement, illustrées à travers un premier *draft* de budget prévisionnel.

La dernière partie de ce document sera consacrée à des explications sur les options majeures et aux recommandations finales.

2. CONTEXTE

2.1. COUVERTURE SANITAIRE

Le district de Marovoay dessert une population de 300.000 personnes, couvrant les districts administratifs de Marovoay et Ambato Boeni. L'hôpital de référence, le CHD II Marovoay, propose 42 lits et un paquet complémentaire d'activité avec chirurgie. 15 centres de santé sont répartis sur les deux districts.

Au premier échelon, le district de Marovoay affiche une performance honorable avec un taux d'utilisation de 0,35 nouveaux cas par habitant et par an, pour un coût moyen par épisode avoisinant les 5000 FMG.

Le constat au deuxième échelon est tout autre. En effet le CHD II Marovoay bénéficie d'un *staffing* extrêmement généreux (40 personnes dont 10 médecins...) et d'un plateau technique d'exception, récemment remis à jour avec l'assistance de la GTZ-KFW. Cependant, la

fréquentation reste très faible avec un taux d'hospitalisation de 5 ‰ seulement, et un taux d'occupation moyenne de ses 42 lits avoisinant les 50%². Les trois quarts des patients sont issus du district de Marovoay, dont une grande majorité dans un rayon de 5 km autour de l'hôpital. La majorité des décès à l'hôpital surviennent dans les 48 heures, ce qui laisse présager d'un délai trop important dans le référencement au second échelon. D'autres indicateurs témoignent d'un manque de fréquentation, tels les Besoins Obstétricaux Non Couverts (BONC) qui s'élèvent à 65% des deux districts (50% pour Marovoay, 85% pour Ambato Boeni).

2.2. PROBLÉMATIQUE D'ACCÈS AUX SOINS

Une enquête de ménage supervisée par Dr Mahefa, médecin et économiste de la santé dans le programme GTZ, a permis de dégager des indices importants dans la construction du modèle.

La principale barrière à l'accès aux soins serait, selon les ménages interrogés, le coût des soins. Nous sommes dans un district où 76% de la population sont considérés comme pauvres selon les standards internationaux. Environ 30% des ménages ont dû recourir à un emprunt pour pouvoir financer les soins de santé.

Les coûts de l'hospitalisation atteignent effectivement des montants non négligeables³ (entre 50.000 et 500.000 FMG par intervention, avec une moyenne de 220.000 FMG), auxquels se rajoutent les frais de transports, de nourriture, de perte de revenus de l'accompagnant, ainsi que d'autres « faux frais » tels les dessous de table (auparavant ?) demandé pour certains services à l'hôpital.

Selon la politique de tarification à l'hôpital, le patient ne paye pas les actes médicaux, mais chaque médicament et consommables utilisé durant son hospitalisation. Ce système entraîne une totale imprévisibilité quant au coût de l'hospitalisation, qui rajoute probablement une composante psychologique (insécurité) au problème d'accessibilité financière.

La localisation de l'hôpital de Marovoay pose également problème. Non seulement il est fort éloigné pour la population de Ambato Boeni (140.000 des 300.000 patients potentiels), mais de plus il est situé à l'écart de la route principale et donc plus difficile d'accès que le CHU Mahajanga pour une grande partie de la population cible.

Malgré les grandes améliorations des dernières années au niveau du plateau technique et du comportement du staff, le CHD II Marovoay semble être encore victime d'une réputation d'hôpital avec problèmes techniques et paiement illicites, ce qui continuerait à faire préférer le CHU. De plus, Mahajanga étant une capitale provinciale, une majorité de patients ont plus de chance d'y trouver un noyau de solidarité familiale qu'à Marovoay.

La barrière financière ne semble donc pas aussi incontournable que les enquêtes semblaient le démontrer. Une analyse au niveau des revenus mensuels des ménages a permis de diviser la population en quintiles. Comme nous le verrons plus tard, seul le quintile le plus pauvre se trouve dans une réelle incapacité de payer. Le manque d'accès des autres couches de la population serait alors bien plus lié à un manque de volonté de payer que de capacité à payer.

² Cette sous-utilisation est d'autant plus dommage qu'il serait possible, vu les espaces disponibles dans les bâtiments existants d'accroître de 50 à 100% le nombre de lits actuels sans accroissement ni du plateau technique, ni du staff.

³ Bien que similaires aux tarifications en vigueur dans la majorité des autres pays en voie de développement.

2.3. SYSTÈME DE SOLIDARITÉ ET D'ENTRAIDE EXISTANTS

La solidarité à Madagascar commence par la solidarité familiale. Il relève de l'honneur de la famille de prendre en charge ses pauvres, et les défaillances du système de solidarité familiale sont souvent perçus comme une honte par la famille. Ce mécanisme de solidarité traditionnelle fonctionne dans la plupart des cas, mais peut engendrer un retard dans la prise de décision. La décision de référencement à l'hôpital sera souvent prise en dernière extrémité en raison entre autres de l'étendue et de l'incertitude quant au sacrifice financier à consentir. D'autres raisons interviennent également, telle l'aversion des familles à investir dans un service qui pourrait être inutile : tant que le cas ne devient pas gravissime, les familles peuvent espérer une guérison sans hospitalisation. Enfin, certaines dépenses, tel le financement des funérailles, peuvent être perçues comme plus importantes pour sauvegarder l'honneur de la famille.

Le *fokonola* est un concept central dans l'organisation sociale malgache. Il peut être compris comme un sous-quartier au sein duquel les gens se sentent entre pairs, très lié avec la notion d'appartenance à la terre et aux ancêtres. Les membres d'un même *fokonola* forment un organe appelé *fokontany*, avec à sa tête le chef du *fokontany*. Le *fokontany* est un héritage de l'organisation administrative sous l'ancienne monarchie malgache, qui a survécu à la colonisation dans la façon dont les gens percevaient leurs organisation et appartenance sociales, et qui a été réintégré dans le circuit administratif postcolonial dans les années 70 (avec un succès mitigé). Le *fokonola* offre un lieu de solidarité élargi, au sein duquel les personnes dans le besoin peuvent assez facilement obtenir une petite assistance en fonction des besoins (coup de main pour réhabiliter la maison, prêt pour des frais non prévus, etc.). L'expérience des Fonds d'Equité laisse également penser que ses membres ont une bonne connaissance de leurs conditions socio-économiques respectives.

Les organisation étatiques (communes, budget des structures de santé publiques, Direction de la Population) ont souvent un budget destiné à l'assistance aux plus pauvres. Cependant celui-ci est très largement insuffisant pour couvrir les besoins, et ne peut donc servir qu'en complément à d'autres financements.

De nombreuses congrégations religieuses cohabitent à Madagascar, et ont une tradition d'assistance aux plus pauvres, avec des degrés d'organisation divers. L'écrasante majorité des malgaches sont croyants, et ont un représentant de leur religion dans leur environnement proche. Ceux-ci ont souvent un petit budget d'assistance aux plus pauvres, qu'ils allouent dans certains cas indépendamment de la religion du bénéficiaire. Le cas du fonds d'assistance de la communauté *Khodja*⁴ est éloquent : alors que le fonds est constitué de dons de membres de la communauté *Khodja*, il est géré par une non religieuse protestante, et bénéficie aux nécessiteux du CHU Mahajanga en fonction de leurs besoins et non de leur croyance. On retrouve donc une certaine tradition d'œcuménisme dans l'assistance aux plus pauvres. Les communautés catholiques, protestantes et musulmanes représentées au CHU Mahajanga ainsi que des membres du staff se réunissent régulièrement pour traiter de la problématique de l'indigence. Dans ce cas cependant, on ne retrouve pas vraiment de pot commun, ou financement croisés.

⁴ Communauté Karane ou d'origine indopakistanaise.

2.4. FONDS D'EQUITÉ DE PREMIER ÉCHELON

Le Ministère de la Santé et de la Planification Familiale a lancé mi 2003 une nouvelle politique de participation financière pour les CSB, succédant à une année et demie de gratuité des soins. Le « Guide du Fanome » édité par le MSPF (1) instaure un système de tarification au patient à 135% du coût de revient des médicaments et matériels médicaux, (2) donne un cadre aux organes de participation de la communauté à la gestion des structures de santé (Comité de Gestion et Comité de Santé) et (3) lance le principe de Fonds d'Equité au niveau des CSB.

Dans ce modèle, le Fonds d'Equité est alimenté principalement par une ponction de 3/135 des recettes de la pharmacie⁵. D'autres sources sont envisagées⁶, mais toutes restent locales, et aucune forme concrète ne leur est donnée. Compte tenu du taux d'utilisation des CSB, les fonds récoltés via la vente de médicaments ne devraient permettre de couvrir les fonds que de moins d'un pourcent de la population⁷. Les fonds doivent être versés sur un compte « Fonds d'Equité » cosignés par le Maire (ou son représentant) et le Trésorier du Comité de Gestion. Sur les centres de santé que nous avons visité, ces procédures semblent avoir été respectées, et le fonds serait régulièrement alimenté.

La seule définition des bénéficiaires est formulée comme suit : « Ce sont principalement les démunis »⁸, laissant toute latitude aux interprétations les plus diverses. En l'occurrence, il semblerait plutôt qu'elle ait été interprétée dans son sens le plus strict, comme les personnes démunies et isolées, en rupture avec tout système de solidarité familial ou autres. En effet, sur les centres de santé visités, seuls les vieillards sans famille, handicapés, sans abris etc. avaient été intégrés, représentant à peine quelques ‰ de la population totale.

Le fonds est sous la responsabilité de la commune. L'identification est faite par les *fokonola* qui établissent une liste de démunis. Cette liste est ensuite approuvée par un comité de validation au niveau communal. Selon les représentants de la population rencontrés, les chefs de *fokontany* rassemblent les membres de leur *fokonola* pour leur expliquer les objectifs de l'identification. Ils passent ensuite de maison en maison, pour que les ménages désignent le(s) personne(s) qu'ils perçoivent comme démunis dans leur *fokonola*. C'est donc un système d'identification par les pairs, avec souci d'un certain anonymat. Cependant, l'identification semble avoir été extrêmement restrictive (voir supra). De plus de nombreux membres de la communauté nous ont confiés une forte réticence dans la population à désigner une personne de leur propre famille comme démunie, par honte de montrer à un pair leur incapacité à la prendre en charge (défaillance du système de solidarité familiale).

En dehors des questions de qualité de l'identification, nous nous trouvons face à un système d'assistance aux plus pauvres très faiblement financé, mais touchant une couche très marginale de la population. Vu la population cible, le fonds est actuellement sur-financé. En effet, les faibles coûts des soins de santé au premier échelon (+/- 5.000 FMG) ne représentent une barrière que pour une couche extrêmement réduite de la population. L'avenir nous prouvera probablement que la problématique d'accès aux soins de premier échelon n'est que faiblement liée à une question de barrière financière, et donc peu sensible à l'impact d'un Fonds d'Equité.

⁵ Pour rappel, la vente de médicaments représente les seules recettes des CSB

⁶ Collectes de fonds auprès de la population, financement étatique, communal, etc.

⁷ En considérant que le fonds d'équité collectera 3/135 des recettes du CSB avec un taux d'utilisation des CSB de 0,35, le fonds permettra de dégager l'argent nécessaire à financer les soins de santé de $(3/135 * 0,35)\%$, soit 0,77% de la population totale.

⁸ Ministère de la Santé. République de Madagascar. 2003. *Guide du Fanome*. p 21.

2.5. RECETTES DE L'HÔPITAL

Tous les frais du CHD II Marovoay (personnel, maintenance, papeterie, carburant, etc.) sont censés être couverts par un budget du MSPF qui, sans être excessif, permet de travailler.

La facturation des médicaments et matériel médical représente les seuls recettes de l'hôpital. Comme pour les centres de santé, les prix de vente sont calculés à 135% des prix d'achats. Les 35% de bénéfices sont affectés en priorité aux frais relatifs à l'approvisionnement en médicaments (principalement frais de gestion⁹, frais de transport éventuels¹⁰ et provision pour risque d'inflation). Cependant ces frais sont souvent limités, et l'affectation du solde est laissée à la discrétion du comité de pilotage (l'organe de gestion) de l'hôpital.

Jusqu'ici, cet argent est versé dans la banque et non affecté, ce qui représentait quelques 50 millions FMG d'argent dormant sur le seul deuxième trimestre 2003. Cependant, les besoins existent : les salaires restent trop bas en comparaison avec les qualifications et poussent le staff vers des pratiques privées ; le budget d'entretien est insuffisant pour maintenir le plateau technique (impressionnant) financé par la GTZ-KFW, etc. Des sources de revenu supplémentaires seraient donc bienvenues pour les activités courantes de l'hôpital. Une partie de ces bénéfices pourrait éventuellement appuyer le Fonds d'Equité hospitalier.

2.6. OPPORTUNITÉS POLITIQUES ET FINANCIÈRES

La personnalité du Président Ravalomanana, à la présidence depuis 2002, a entraîné de nombreuses remises en question du système de santé, entre autres à travers son *staffing* (examen des compétences des Médecins Inspecteurs de Districts, affectation de 700 médecins sans emploi à des Centres de Santé), de son financement (relance de la participation communautaire à travers le *Fanome*) ou encore de son fonctionnement (réforme du système d'approvisionnement en médicaments). Nous sommes donc dans un contexte où l'initiative est bienvenue et même souhaitée.

Et en effet, le soutien politique dont bénéficie l'initiative de Fonds d'Equité hospitalier est excellent. Le principe du Fonds d'Equité est depuis un an à l'agenda du Ministère de la Santé et du Planning Familial, à travers sa première matérialisation au premier échelon dans le *Fanome*. Le MSPF est conscient de l'impact limité de ce système sur l'accès aux soins et la réduction de la pauvreté. Mais lancer le Fonds d'Equité au premier échelon n'était qu'une première étape vers un modèle plus large, intégrant le second échelon. Mr le Ministre de la Santé et du Planning Familial, ainsi que Mr le Directeur Général de l'Appui aux Districts Sanitaires ont non seulement manifesté leur intérêt, mais ont également plaidé en faveur d'une extension du modèle à d'autres provinces.

Dr Manshande, représentant de la Banque Mondiale à Madagascar nous a réservé le même accueil. La Banque Mondiale s'inscrit comme l'un des acteurs majeurs des Objectifs de Développement du Millénaire, intégrant de nombreux objectifs relatifs à la réduction de la pauvreté, et a consacré son rapport de Développement Mondial à la problématique de l'accès des

⁹ Les frais de gestion concernent uniquement la rémunération de l'ONG qui gère le stock de médicaments.

¹⁰ Uniquement en cas de rupture de stock de la centrale d'achat et donc commande auprès d'un autre fournisseur. En effet, les prix pratiqués par la centrale d'achat incluent la livraison à l'hôpital des médicaments commandés.

plus pauvres aux services¹¹. Dr Manshande, en accord avec le MSPF, voudrait voir le modèle testé sur d'autres provinces¹², avec comme objectif possible d'arriver à terme à une intégration de l'approche dans les politiques nationales de santé, avec un financement spécifique.

3. HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

3.1. EXPÉRIMENTATION

Madagascar est un terrain totalement vierge concernant les Fonds d'Equité hospitaliers. Le manque de connaissance appelle la nécessité d'une expérimentation intelligente, formulée comme un programme opérationnel, mais intégrant une importante dimension de recherche et d'apprentissage. Si nous arrivons à combiner ces deux approches, non seulement aurons-nous des résultats en termes d'amélioration de l'accès aux soins des plus pauvres, mais aussi en terme de connaissance de la population, des facteurs de pauvreté, de l'itinéraire thérapeutique des patients, etc. Cet aspect recherche sera bénéfique pour le développement du projet de Marovoay, et pour le lancement d'autres approches à Madagascar.

3.2. INTÉGRATION DANS L'ENVIRONNEMENT

Une expérimentation intelligente suppose une intégration dans le tissu existant. Ce tissu social est composé d'acteurs différents, avec des intérêts parfois divergents, voire contraires. Les mécanismes d'exemption par exemple connaissent un succès plus que mitigé puisque l'intérêt du patient pauvre (obtenir des soins de santé gratuitement) ne rencontre pas l'intérêt du prestataire de soins (compléter son salaire insuffisant par un revenu tiré de la tarification des soins). Il est toutefois possible de créer un montage dans lequel chaque soin délivré aux patients pauvres rencontre les intérêts à la fois du patient, et des autres acteurs principaux.

Comme nous l'avons vu, l'environnement dans lequel nous travaillons comporte également des mécanismes de solidarité qui, bien qu'insuffisants pour couvrir les soins de santé hospitaliers, répondent à de nombreux besoins de la population. Nous tenons tout particulièrement à respecter et intégrer les systèmes d'entraides et de solidarité existants pour assurer leur survie et si possible renforcer leur fonctionnement. Le Fonds d'Equité doit donc se positionner comme un complément à ces mécanismes de solidarité traditionnels, et non comme un substitut.

3.3. LIENS AVEC LE FONDS D'EQUITÉ DE PREMIER ÉCHELON

Ce même principe s'applique dans une moindre mesure aux Fonds d'Equité de premier échelon. En effet, les Fonds d'Equité sont très récents et ne font pas encore partie des mécanismes d'assistance sur lesquels les gens comptent. De plus, il touche actuellement une population extrêmement réduite¹³, ce qui déforce son rôle d'assistance sociale. Cependant, comme les fonds dégagés excèdent les besoins, il pourrait (modestement) contribuer à financer une partie des coûts du Fonds d'Equité hospitalier. Mais il n'est malheureusement pas possible d'imaginer une

¹¹ Voir le World Development Report 2004 : « *Making Services Work for Poor People* ». World Bank.

¹² Dr Manshande a manifesté son intérêt à financer 6 consultances similaires, pour tester l'approche des Fonds d'Equité hospitaliers sur tout le pays.

¹³ Car il répond à un besoin (de financement pour les soins de premier échelon) lui-même très peu répandu.

intégration beaucoup plus grande. En effet, les Fonds d'Equité hospitalier diffère du Fonds d'Equité de premier échelon sur de nombreux points :

- Population cible. Avec un coût d'hospitalisation moyen avoisinant les 220.000 FMG, non seulement le facteur financier représente-t-il un frein dans l'accès de la majorité des patients¹⁴ à l'hôpital, mais encore entraîne-t-il une réelle exclusion financière pour une large minorité de ménages qui n'ont pas la capacité de rassembler cette somme. Le Fonds d'Equité hospitalier touche donc une population cible nettement plus étendue que les seuls exclus sociaux du Fonds d'Equité de premier échelon.
- Financement. Le coût d'hospitalisation a également un impact au niveau du choix des sources de financement. Compter sur les ressources locales reviendrait à accepter dès le départ une forte limitation des bénéficiaires du Fonds d'Equité pour raisons financières : les ressources de l'Etat et des Eglises sont limitées ; les systèmes de contributions volontaire, aléatoires ; et un système de financement par ponction sur les revenus de la structure de santé reviendrait à faire peser toute la charge des indigents sur les seuls utilisateurs des structures de santé, et à conditionner l'accès aux soins des plus pauvres au nombre de patients payant fréquentant le CHD II. Ces sources de financement locales permettraient par contre de financer quelques petits frais du Fonds d'Equité hospitalier, mais la prise en charge du coût des traitements nécessite un financement extérieur conséquent.
- Identification. La procédure d'identification de l'expérience de premier échelon s'est avérée satisfaisante, mais trop restrictive. Le principal facteur cité était le stigma lié à l'aveu d'échec du système de solidarité traditionnel. Même si l'incapacité de payer des soins hospitaliers représente probablement un stigma moins important, nous pouvons supposer que celui-ci ne disparaîtra pas totalement, et que l'identification par les pairs entraînerait donc une exclusion causée par le bénéficiaire potentiel lui-même. L'enjeu que représente l'accès gratuit aux soins de santé hospitalier est également bien plus important qu'au niveau d'un centre de santé. En conséquence, il ne serait pas surprenant de voir certains membres de la communauté tricher sur leur statut pour bénéficier du système. Les identificateurs eux-mêmes pourraient être tentés de favoriser leur famille, amis, accointances politiques, etc.
- Autres. Le problème de l'accès financier aux soins hospitaliers n'est pas seulement lié au paiement de la facture de l'hôpital mais également à des coûts liés à l'épisode de maladie, comme le transport, ce qui modifie l'étendue du paquet de bénéfices. Les montants à gérer représente une somme importante et pourrait attirer les convoitises. Il est important pour que le fonds soit géré avec la plus grande transparence, en intégrant les différents acteurs concernés par son succès, ce qui nous éloigne du modèle de gestion par la commune. Certaines fonctions vont de plus apparaître au second échelon, tel le besoin de contrôler la qualité de l'identification via des procédures de monitoring adaptées, pour éviter le risque de fuites vers des patients non nécessaires...

¹⁴ Ce frein est d'autant plus important que le montant de la facture finale est totalement imprévisible pour le patient au moment de décider de l'hospitalisation.

3.4. COFINANCEMENT

Les frais d'hospitalisation sont trop importants pour pouvoir supportés par des financements locaux. Le Fonds d'Equité hospitalier suppose donc qu'une large part du financement vienne de bailleurs étrangers¹⁵.

Cependant, dans un souci d'intégration dans le tissu socio-économique existant, nous tenons à intégrer les systèmes et sources de financement locaux, et dans la mesure du possible à attribuer une destination précise à leur contribution. Ces financements locaux pourraient intégrer l'excédent dégagé sur les Fonds d'Equité de premier échelon.

3.5. SÉPARATION DES FONCTIONS

Comme nous venons de le voir, le Fonds d'Equité au niveau hospitalier demande de remplir une série de fonctions assez complexes. Nous pensons qu'une erreur commune dans le management de Santé Publique consiste à concentrer une série de fonctions sur un acteur. On le retrouve dans :

- les approches mutualistes communautaires qui demandent à des représentants de la population de s'occuper autant de sensibilisation de la population et de collectes de primes (activités qu'ils sont capables de faire) que de gestion de fonds importants et de négociations avec des structures de santé (activités pour lesquelles ils n'ont pas forcément les compétences nécessaires).
- l'initiative de Bamako qui demande au staff non seulement d'identifier les plus pauvres (compétence qu'il n'a pas toujours), mais en plus de les exempter du paiement des soins de santé (ce qui revient à demander au staff de se priver lui-même d'une partie de son revenu)

Nous pensons au contraire qu'il faut plutôt choisir les acteurs selon leur aptitude à remplir certaines fonctions spécifiques, en leur enlevant les fonctions pour lesquelles ils n'ont pas de compétences, et en attachant une importance particulière à éviter les conflits d'intérêt (ex : exemption par le staff médical) ou les fonctions les mettant dans une position difficile par rapport à leur environnement (jalousie créée par la gestion d'un gros fonds, rancœurs liée à l'exclusion des bénéfices d'un programme).

4. OBJECTIFS DU FONDS D'EQUITÉ

L'objectif central des Fonds d'Equité est l'amélioration de l'accès aux soins des plus pauvres. Il centre son action sur le problème de l'accessibilité financière et vise donc les personnes qui n'ont pas la capacité de payer les soins de santé de second échelon.

Le Fonds d'Equité est donc également un outil de réduction de la pauvreté. En effet, le coût des soins de santé pourrait représenter une cause majeure d'appauvrissement ou de décès parmi les populations les plus défavorisées.

Les faibles taux d'hospitalisation sont plus liés à une faible tendance à demander des soins hospitaliers qu'à la concurrence d'autres alternatives de soins de santé (du moins au second échelon). En conséquence, il est probable que de nombreux patients meurent sans avoir consulté

¹⁵ Le problème de la pérennisation du Fonds est discuté en : 14. Options pour la pérennisation.

une personne qualifiée. Le Fonds d'Equité hospitalier pourrait agir comme outil de promotion des structures de santé publique et influencer l'itinéraire thérapeutique du patient.

Les patients que le Fonds d'Equité draine vers l'hôpital entraînent une amélioration de la situation financière de la structure de santé. Ces patients représenteront une part non négligeable de la patientèle de l'hôpital, donnant aux représentants du Fonds d'Equité une position favorable pour plaider en faveur d'une meilleure qualité des soins.

5. POPULATION CIBLE

Le problème de l'accessibilité est souvent confondu avec le problème de l'accès financier. Non seulement d'autres facteurs interviennent (géographiques, culturels, préférences, perception de la qualité...) mais encore faut-il induire une distinction entre manque de capacité et manque de volonté de payer.

D'après la plupart de nos interlocuteurs, 70 à 80% des personnes interrogées citent le coût des soins de santé comme raison principale pour ne pas utiliser les services du CHD II Marovoay. Cela semblerait cohérent avec l'estimation de 76% des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté. Cependant, ce n'est pas ici le seuil de pauvreté qu'il faut prendre en compte, mais la capacité de faire face aux frais d'hospitalisation avec les revenus dont dispose le ménage.

Dr Mahefa¹⁶ a mené différentes études sur la population permettant (1) de diviser la population en quintile selon leur revenu et (2) de chiffrer le coût de différents types d'intervention à l'hôpital. Selon ces études, le coût moyen d'une hospitalisation avoisinerait 220.000 FMG alors que la population du premier quintile (le quintile le plus pauvre) aurait un revenu compris entre 0 et 300.000 FMG.

Il est raisonnable d'estimer la population en incapacité de paiement comme la population dont le revenu mensuel ne permet pas ou permet à peine de faire face au coût d'une hospitalisation. Cette estimation s'appuie sur le fait (1) que l'hospitalisation est un événement rare¹⁷, (2) que le coût associé consommerait uniquement le revenu mensuel, sans demander de vente de biens et que (3) nous retrouvons le même *cut-off* sur d'autres expériences similaires. Selon cette logique, la population cible est constituée des 20% les plus pauvres de la population. Ces personnes en état d'indigence permanente sont qualifiées en malgache de *mahantra*.

De nombreux acteurs insistaient également sur la prise en compte de l'« indigence temporaire », c'est-à-dire les ménages tombant temporairement en incapacité de paiement, principalement en raison d'un creux dans la production agricole (période de soudure). Vu l'absence de mécanisme de mutualisation des risques, d'octroi de crédit pour les soins de santé ou autres, ces personnes constituent également une population vulnérable. Sans le définir plus avant, nous considérons donc que la population cible pourrait s'étendre à tout ou partie du deuxième quintile durant la période de soudure. Le nom malgache pour désigner les indigents temporaires est *sahirana*.

¹⁶ Médecin et Economiste de la Santé sur le projet GTZ à Mahajanga.

¹⁷ Le taux d'hospitalisation actuel du CHD II Marovoay est de 5 pour 1000. Cela signifierait qu'une famille de 6 personnes ne ferait face à un épisode d'hospitalisation qu'une fois tous les $[1 / (0,005*6)] = 33,3$ ans. Cela se base toutefois sur un taux d'hospitalisation largement insuffisant, et concernant le seul CHD II Marovoay alors que beaucoup de patients nécessitant une hospitalisation optent pour le CHU Mahajanga.

Nous avons également attaché une attention toute particulière aux femmes enceintes. Les mères sont des acteurs essentiels du développement économique et social, à travers leur rôle éducationnel et dans la production de soins, et leur capacité de contribution aux revenus du ménage. Le décès d'une mère en couche laisse une famille déstructurée, et entraîne un risque important d'appauvrissement des membres de la famille entière. Nous avons donc opté pour l'intégration dans le Fonds d'Equité d'un Fonds pour la Santé Maternelle en intégrant dans la population cible toutes les femmes requérant une urgence obstétricale, quel que soit leur profil socio économique.

6. PAQUET DE BÉNÉFICES

Le paquet de bénéfices doit couvrir les frais qui représentent une barrière financière pour l'accès aux soins de santé des plus pauvres. Après discussion avec les différents acteurs, nous avons limités ces frais à :

- Intégralité des frais médicaux relatifs à l'épisode d'hospitalisation.
- Frais de transport jusqu'à l'hôpital du patient et d'un accompagnant.
- Frais de nourriture du patient non couverts par les budgets existants durant la période d'hospitalisation.

7. IDENTIFICATION

7.1. TROIS TYPES DE BÉNÉFICIAIRES : TROIS TYPES D'IDENTIFICATION

Nous avons trois populations cible différentes, que nous ne pourrions probablement pas identifier de la même manière. En effet, les *mahantra*, la population du premier quintile pourrait être identifiée *ex ante*, informée des bénéfices dont elle peut bénéficier au CHD II Marovoay, et sécurisée quant à sa couverture financière ce qui tendrait à augmenter son utilisation des services hospitaliers. Le cas des *sahirana*, la population du second quintile est plus compliqué puisque cette tranche de la population ne nécessite pas l'assistance du Fonds d'Equité durant la majeure partie de l'année. Désigner ces ménages comme éligible *ex ante* aurait comme effet d'augmenter leur demande de soins hospitalier durant toute l'année, et probablement d'entraîner une fuite de ressources vers des patients avec capacité de payer. Pour les *sahirana*, nous préconisons donc plutôt une identification à l'hôpital, au moment de l'épisode de maladie¹⁸. Le cas des urgences obstétricales est nettement plus facile puisque c'est le problème de santé qui détermine l'éligibilité, indépendamment du profil socio-économique.

Nous aurons donc trois types d'identification : une qualifiée d'active et deux de passive :

- Identification active, qui s'opérera *ex ante* (avant que le patient ne soit face à un épisode de maladie et ne demande l'assistance du Fonds) soit sur base de critères de pauvreté, soit sur base d'une connaissance d'acteurs locaux fiables, pouvant identifier les plus pauvres.
- Identification passive, au moment où le patient demande une assistance pour sa couverture à l'hôpital, qui se basera soit sur des critères de pauvreté, soit sur un entretien

¹⁸ La protection offerte aux *sahirana* est donc bien moindre que celle que l'on propose au *mahantra*. Mais l'objectif est ici bien plus de ne pas exclure les *sahirana*, plutôt que les attirer à la structure de santé.

semi structuré. L'identification passive à l'hôpital concernera également les urgences obstétricales.

7.2. QUELLES STRATÉGIES D'IDENTIFICATION ET QUELS ACTEURS ?

7.2.1. Deux stratégies principales

Deux stratégies principales peuvent être envisagées pour identifier les plus pauvres : (1) se baser sur la connaissance que des acteurs terrains ont de leur population ; (2) se baser sur des critères objectifs de pauvreté.

L'identification doit permettre de maximiser l'assistance aux personnes effectivement dans le besoin. Cela signifie que l'identification doit nous permettre de minimiser (1) les fuites, c'est-à-dire l'assistance aux populations qui ne le nécessitent pas, et (2) la sous couverture, c'est-à-dire le refus d'assistance aux populations qui le nécessitent.

Ces objectifs peuvent être représentés comme suit :

		<u>STATUT REEL</u>	
		Pauvre	Non pauvre
<u>IDENTIFIE COMME</u>	Pauvre	OK : Vrais pauvres : Assistance accordée aux pauvres	Erreur : Fuite : Assistance accordée à des non- pauvres
	Non pauvre	Erreur : Sous couverture : Assistance refusée à des pauvres	OK : vrais non-pauvres : Assistance refusée à des non-pauvres

Le risque de fuite sera principalement causé par (1) des critères d'identification inappropriés, par (2) une manipulation par l'identificateur, en vue de rencontrer des intérêts personnels (faire bénéficier la famille, les amis, des personnes influentes, etc.) ou par (3) une manipulation par l'identifié (le patient triche et se fait passer pour plus pauvre qu'il n'est).

Le risque de sous couverture pourra aussi être lié à (1) des critères inappropriés, mais plus probablement à (2) une prise en compte partielle de la population (par exemple, oubli des personnes vivant loin du village) à (3) des pratiques discriminatoires (pour cause de religion, appartenance politique, ethnique, antipathie...) ou à (4) une manipulation par l'identifié (le patient a honte d'avouer sa pauvreté ou les déficiences de son système de solidarité traditionnel / familial et se fait passer pour plus riche qu'il n'est).

La méthode la plus sûre, mais également la plus lourde, est d'avoir une liste de critères objectifs¹⁹, évaluant sur base de considérations socio-économiques et de possession de biens la pauvreté du ménage. Néanmoins, à moins qu'il ne soit réalisé en respectant un *mapping* rigoureux, ce système aura surtout un impact sur le risque de fuite alors que notre objectif serait plutôt de minimiser le risque de sous couverture. De plus et surtout, il n'y aucune expérience connue de ce type sur le terrain malgache, la définition de cette liste de critères n'est pas une tâche aisée, et aucun des acteurs rencontrés n'a été capable de nous aider à la formuler.

Actuellement, dresser une liste de critères comporte un risque trop important d'inadéquation de ces critères, et donc d'augmentation des risques de fuite et de sous couverture. Toutefois, après une certaine période d'expérience pratique d'assistance, nous devrions être capable de formuler

¹⁹ Voir 8.3. Comment choisir les critères

des critères de manière empirique, en se basant sur les caractéristiques communes des bénéficiaires confirmés comme vrais pauvres²⁰. Cela suppose une phase d'identification préliminaire, où nous tableons sur la connaissance que des acteurs de terrains ont de leur population.

7.2.2. Quel acteur pour l'identification ?

Le choix de l'identificateur est primordial, puisqu'il va déterminer notre première liste de bénéficiaires, sur base de laquelle nous allons pouvoir tirer une liste de critères qui servira pour les identifications ultérieures.

Nous pourrions suivre la même stratégie d'identification que pour les Fonds d'Equité de premier échelon, en procédant à une identification par les pairs. L'organisation par *fokonola* est en effet répartie sur les deux districts, couvre la population entière, et constitue un groupe d'appartenance visiblement dénué de discrimination. Toutefois, comme nous l'avons vu, le fait de se présenter ou de présenter un membre de sa famille comme indigent entraîne un stigma par rapport aux défaillances du système de solidarité familiale, qui entraîne une exclusion des bénéficiaires potentiels, soit par eux-mêmes, soit par leur propre famille. De plus, l'avantage que représente le Fonds d'Equité est bien plus important au niveau hospitalier qu'au niveau des centres de santé, ce qui pourrait entraîner une manipulation à la fois par les identificateurs et par la population.

Le choix des autorités administratives du district induit le même risque de manipulation, et ne comporte pas l'avantage de la connaissance de proximité. Le même raisonnement s'applique pour le personnel médical des structures de santé.

Il nous faut donc trouver un acteur qui ne présente les inconvénients du *fokonola*, à savoir la stigma de se présenter comme pauvre, et le risque de manipulation.

Les responsables religieux semblent rencontrer ces conditions. En effet, les malgaches sont à une écrasante majorité croyants. Les responsables religieux ont une bonne connaissance de leur population, et chaque malgache trouve un responsable religieux dans son environnement proche, qu'il habite la capitale du district ou une zone reculée. Il y a un grand nombre de religions différentes (catholiques, protestants, musulmans, animistes, etc.) qui cohabitent harmonieusement. L'assistance aux démunis est considérée comme faisant partie de leur mandat et une certaine tradition d'œcuménisme y est parfois intégrée, illustrée entre autres par plusieurs cas de fonds d'assistance aux plus pauvres qu'une confession religieuse alloue, indépendamment de la religion du bénéficiaire. Enfin, tous les interlocuteurs rencontrés nous ont affirmé que les religieux représentaient les seules personnes envers lesquelles la population n'aurait pas honte d'admettre son dénuement, évitant ainsi une manipulation par le bénéficiaire potentiel.

Notre option serait alors de former un Groupe Œcuménique d'Assistance aux Démunis (GOAD), rassemblant toutes les confessions religieuses du district. Outre les avantages cités ci-dessus, le GOAD permettrait de créer un réseau étendu sur tout le district, assurerait une identification dénuée de toute discrimination (religieuse, sociale, ethnique, politique...), autoriserait un démarrage rapide du processus et respecterait les structures d'assistance et entraide existants. Nous avons rencontré à Marovoay des représentants de la plupart des confessions religieuses lors d'une réunion commune, et tous se sont montrés favorables à l'initiative.

²⁰ Cette confirmation de statut de vrais pauvres découlera d'un monitoring approprié. Voir 8. Monitoring.

7.3. PROCESSUS D'IDENTIFICATION

L'identification par les GOAD semble être la meilleure option actuellement, cependant l'absence de critères clairs à confier aux GOAD induit un risque d'erreur important. Pour limiter le risque, nous allons dans un premier temps limiter la taille de la population cible à identifier via identification active (*ex ante*), et intégrer le reste de la population cible dans un système d'identification passive (à l'hôpital, au moment de l'épisode de maladie)

7.3.1. Identification active

Les GOAD vont être constitués dans chaque village de chaque commune, et se composeront d'un représentant de chaque confession religieuse de la zone.

Leur population cible serait fixée approximativement aux 5% les plus pauvres de la population, à adapter à la hausse ou à la baisse selon que l'on soit dans une zone réputée pauvre ou riche. Cette estimation de 5% correspond à une étude faite par JICA sur la pauvreté à Mahajanga. Des expériences d'autres terrains, comme en Guinée Conakry²¹, chiffrent également ce seuil de destitution totale à 5% de la population. Ils recevront éventuellement une liste de critères à titre purement indicatif, mais la base de l'identification repose sur leur connaissance de la population, leur honnêteté et la confiance de la population qu'ils rencontrent.

Ils établiront une liste des familles démunies, qui sera validée par le Comité de Santé²² (afin, entre autres, de décharger les religieux de la responsabilité de l'identification), et communiquée à l'hôpital et au Centre de Santé de la zone. Ces listes resteront confidentielles. Les membres du GOAD informeront personnellement chaque famille identifiée des bénéfices dont elle peut disposer à l'hôpital.

7.3.2. Identification passive

Les 15% restants du premier quintile (les *mahantra*), et le second quintile (les *sahirana*) pourront bénéficier d'un système d'identification passive à l'hôpital.

Pour ce faire, le Fonds d'Equité engagera deux assistantes sociales, avec des compétences spécifiques dans le domaine du support aux plus pauvres, qui assureront une permanence de jour à l'hôpital, week-ends compris. Ces assistantes doivent absolument être indépendantes de l'hôpital, pour éviter tout conflit d'intérêt. Elles auront pour fonction d'identifier les patients nécessitant une assistance, de collecter des informations sur leurs conditions socio-économiques, d'assurer une assistance sociale des bénéficiaires durant leur séjour à l'hôpital, et d'assurer le paiement des forfaits nourritures et frais de transport²³ pour les bénéficiaires.

L'assistante sociale procédera à l'identification sur base d'une discussion informelle, basée sur un guide d'interview semi structuré dont elle aura préalablement mémorisé les grandes lignes. Si le patient est admis, elle l'interrogera deux, trois jours plus tard sur ces conditions socio-économiques et complétera un dossier individuel d'évaluation de la pauvreté, reprenant une série

²¹ Davies, H.T.O, Tavakoli M, Malek M, Neilson A. 1999. *Controlling costs : Strategic issues in Health Care Management*. MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall. UK. P 100 – 117.

²² Les Comités de Santé sont composés d'un représentant de chaque *fokonola* du secteur sanitaire.

²³ Voir 6. Paquet de Bénéfices

de critères pressentis comme pouvant servir à l'identification²⁴. Cet entretien permettra de vérifier l'exactitude de l'évaluation, mais ne servira en aucun cas de prétexte à l'exclusion d'un patient en cours de traitement. Les dossiers seront ensuite compilés dans un tableau reprenant les caractéristiques socio-économiques des bénéficiaires.

7.3.3. Itinéraire thérapeutique des patients

Le patient pré identifié (via le système d'identification active) se présente au centre de santé. Si le médecin ou infirmier estime que le patient nécessite une référence, il lui rappelle qu'il bénéficie du Fonds d'Equité, et l'oriente vers le GOAD local pour retirer l'argent nécessaire à son transport à l'hôpital. A l'hôpital, le patient est reçu par l'assistante sociale, qui vérifie sa présence sur la liste et s'assure de la qualité de son accueil. Par la suite, elle le visitera pour compléter son dossier individuel d'évaluation de la pauvreté.

Si le patient n'est pas pré identifié, il se présente à l'hôpital (avec ou sans référence du centre de santé) et demande l'assistance du Fonds d'Equité. Après entretien avec l'assistante sociale, il est (ou n'est pas) admis et ses frais de transport lui sont remboursés. Son dossier individuel d'évaluation de la pauvreté est complété par la suite.

Les femmes nécessitant une intervention obstétricale d'urgence seront admises sans entretien, sur seule base du jugement médical émis par le médecin de triage. L'assistante sociale assurera également un suivi social de la patiente durant son séjour, et paiera ses frais de nourriture et de transport. Il n'y a dans ce cas pas de remplissage d'un dossier d'évaluation.

8. MONITORING

8.1. EQUIPE DE MONITORING

Le monitoring est l'activité qui valide le bien-fondé du Fonds d'Equité, en contrôlant que l'identification a été effectuée correctement.

Nous avons opté pour l'Unité D'Appui à l'Autopromotion Communautaire (UDAC). L'UDAC a été fondé en 1992 à Mahajanga, au départ comme une excroissance de la GTZ. Depuis 1999, ils se sont détachés de la GTZ pour prendre le statut de bureau d'étude, et effectuent depuis des sous-traitances dans le domaine de la dynamique communautaire et des enquêtes terrains, pour la GTZ et d'autres contractants. Ils présentent l'avantage d'avoir une bonne connaissance de la population, une expertise au niveau de la participation communautaire, et une indépendance par rapport à tous les acteurs (identificateurs, prestataires de soins, financeurs etc.)

Ils auront certaines missions ponctuelles, et d'autres de routine :

- Ponctuelle : Après l'identification active par les GOAD, d'effectuer une vérification de l'exactitude de cette évaluation sur base d'un échantillon aléatoire. Cette intervention aura non seulement comme effet de confirmer la liste, mais aussi de décharger les GOAD de la responsabilité de l'identification. D'autres missions ponctuelles pourront être envisagées par la suite.
- De routine : tous les deux, trois mois (fréquence à convenir), l'équipe de l'UDAC et l'une des assistantes sociales feront des visites terrains pour vérifier la qualité de

²⁴ Voir 8.3. Comment choisir les critères ?

l'identification (active et passive) sur base d'échantillon aléatoire. En plus, ces monitorings de routine ont pour objectifs de :

- Compléter la compréhension de la pauvreté, des facteurs d'appauvrissement, des besoins du pauvre (paquet de bénéfiques), de l'itinéraire thérapeutiques du pauvre, etc.
- Déterminer de manière empirique une liste de critères permettant d'évaluer la pauvreté, sur base de l'observation des caractéristiques communes des bénéficiaires déterminés comme vrais pauvres. Cette activité de développement de critères est essentielle pour (1) l'extension ultérieure du système d'identification active à tout le premier quintile et (2) l'amélioration continue de l'identification passive à l'hôpital. A noter que le système d'identification passive à l'hôpital peut servir de laboratoire pour la construction de critères. Les tableaux d'évaluations de la pauvreté (complétés par les assistantes sociales sur base des dossiers individuels d'évaluation de la pauvreté) offriront une bonne base de travail pour ces monitorings de routine.

8.2. LISTE INDICATIVE DE CRITÈRES

En vue de faciliter le travail de l'équipe de monitoring, et de fournir déjà une base de réflexion pour les critères indicatifs à communiquer au GOAD et aux assistantes sociales, nous proposons ci-dessous une liste indicative de critères. Les critères doivent toutefois être considéré comme une des méthodes possibles. Une standardisation des critères à outrance, ne laissant plus aucune place au jugement de l'évaluateur, n'est pas forcément une bonne solution.

- Patients en rupture avec les mécanismes de solidarité traditionnelle
- Critères divers à sélectionner et évaluer parmi:
 - Données personnelles
 - Statut social (orphelin, veuve...)
 - Sexe du chef de famille
 - Age du chef de famille (< 18 ans?)
 - Niveau d'éducation du chef de famille (Bac? Primaire? Illettré?)
 - Données familiales
 - Nombres de dépendants par salaire
 - Statut sanitaire (handicapé, maladies chroniques...)
 - Statut nutritionnel des enfants
 - Niveau d'éducation des enfants
 - Emploi du chef de famille
 - ...
- Signes extérieurs de richesse à sélectionner parmi:
 - Type de maison, spécifié en:
 - Toit (Tuile? Tôle? Chaume? Bois?)
 - Murs (Béton? Terre cuite? Bois?)
 - Sol (Béton? Bois? Terre?)

- Moyen de transport (Voiture? Moto? Vélo? Charrette? Animal? Néant?)
- Superficie de terrain cultivable (éventuellement, type de culture, qualité de la terre...)
- Accès à l'eau potable.
- Nombre d'animaux (en distinguant zébu, cochon, volaille...)
- Biens de luxe (TV? Radio?...)
- ...

Si l'on veut exprimer les critères en termes financiers, il est important de se baser plutôt sur une valorisation du niveau de consommation que sur le salaire mensuel (les entrées). En effet, le salaire ne tient pas compte de l'auto consommation des ressources produites par la famille même. Impact d'autant plus important auprès des pauvres où l'emploi formel (avec fiches de salaire) est extrêmement rare, et où la circulation d'argent est réduite.

8.3. COMMENT CHOISIR LES CRITÈRES

Toujours dans le même objectif, nous formulons ci-dessous quelques principes de base à respecter dans le choix des critères. Les critères doivent être :

- Objectifs et facilement vérifiables par observation (par exemple: un salaire annoncé est difficilement vérifiable dans le secteur d'emploi informel)
- Communs au groupe ciblé (à l'environnement du groupe ciblé)
- Universel: applicable d'une zone à l'autre
- Non sensible à une manipulation par l'évalué
- Adaptés au contexte culturel et non sensible à des spécificités culturelles (ex: différences religieuses)
- Eviter tant que possible les critères liés à un stigme.
- ...

9. FINANCEMENT

9.1. COFINANCEMENT

Les frais d'hospitalisation s'élèvent à un montant moyen de 220.000 FMG, dans une fourchette allant de 50.000 à 6, 700.000 FMG. En conséquence, un Fonds d'Equité hospitalier ne peut pas se contenter de financements locaux, au risque d'engendrer une exclusion importante.

Cependant, il est important qu'un mécanisme d'assistance ne vienne pas détruire le tissu de solidarité existant. Certains financements locaux existent (groupes religieux, budgets de l'Etat, donations de particuliers, Fonds d'Equité de premier échelon...) et devraient donc être intégrés dans le modèle.

Nous pensons qu'il serait incohérent de conditionner un financement extérieur d'un programme de routine aux financements locaux²⁵, considérant l'exclusion que cela pourrait engendrer en cas d'insuffisance des ressources locales. Cependant, il est important de proposer un objectif au financement qui, s'il ne s'exprime pas en pourcentage, peut s'exprimer en activités spécifiques à financer.

Considérant toutes ces raisons, nous sommes arrivés au programme de cofinancement suivant :

- La KFW financera tous les frais médicaux de l'hospitalisation, ainsi que les frais de gestion du système (rémunération des assistantes sociales, papeterie et divers).
- La GTZ financera les frais de monitoring (contrats de sous-traitance à UDAC).
- Les financements locaux, provenant principalement des confessions religieuses, mais aussi des communes, des Fonds d'Equité de premier échelon, des contributions de la population etc. seront centralisés et gérés par chaque GOAD local²⁶. Ces financements permettront de couvrir (1) les frais de nourritures excédant le budget de l'Etat et (2) les frais de transport.

Ce système a de plus l'avantage d'éviter au Fonds d'Equité d'effectuer des transferts d'argent de Marovoay à la périphérie, puisque les seuls frais à effectuer en dehors de Marovoay (les frais de transport pour les patients pré identifiés référés) seront assumés par les GOAD locaux.

9.2. PROCÉDURE DE PAIEMENT

Tous les frais seront payés par forfait pour faciliter l'organisation administrative du Fonds d'Equité, et encourager une rationalisation des processus diagnostiques et thérapeutiques.

- Les forfaits médicaux sont basés sur une série de calculs effectués par Dr Mahefa sur les coûts encourus lors de différents types d'intervention, avec une utilisation rationnelle du matériel. Cinq forfaits ont été calculés pour les interventions chirurgicales chères et moins chères, les Soins Intensifs chers et moins chers et la médecine interne.
- Les forfaits de transport pour le patient et son accompagnant seront calculés sur base d'un *mapping*, adaptant le remboursement en fonction de la distance entre le domicile et l'hôpital.
- Les frais de nourriture ont été évalués par Dr Mahefa à un forfait de 3.500 FMG par jour et par personne, dont 1.500 sont déjà prévu dans les budgets que l'Etat alloue au CHD II Marovoay.

Les forfaits transports et nourritures seront payés directement au patient. Dans la majorité des cas, le paiement proviendra de la caisse de l'assistante sociale, à l'exception des transferts de patients pré identifiés, où le patient sera payé avant son transfert par le GOAD local.

Les forfaits transports et nourritures seront remboursés à la caisse de l'assistante sociale après approbation du Bureau Exécutif (voir chapitre suivant)

²⁵ Par contre, cette logique se défend tout à fait dans le cadre d'un investissement (ex : construction de centre de santé) à réaliser sur une zone, où l'on peut attendre que la proportion de financement local soit disponible avant de libérer le financement extérieur et de commencer les travaux d'investissement.

²⁶ Le GOAD de Marovoay ayant à assumer la majorité des coûts bénéficiera de transferts de fonds des GOAD locaux.

Les frais médicaux seront payés, après approbation, par la KFW à l'hôpital.

Les frais de monitoring enfin seront payé par la GTZ directement à l'UDAC.

10. PILOTAGE : LE BUREAU EXÉCUTIF DU FONDS D'EQUITÉ (BEFE)

Le Bureau Exécutif du Fonds d'Equité est l'organe pilotage du Fonds d'Equité hospitalier, qui garantit sa transparence, vérifie l'atteinte de ses objectifs et prend les mesures correctrices nécessaires.

Il se réunit une fois par mois pour (1) effectuer le suivi du nombre de bénéficiaires ; (2) approuver les dépenses, faire le suivi budgétaire et garantir la transparence financière ; (3) réfléchir sur l'adaptation des critères de pauvreté (avec l'assistance de représentants de UDAC ainsi que des assistantes sociales) ; (4) prendre les décisions stratégiques relatives aux techniques d'identification, groupe cible, communication, visibilité...

Le BEFE rassemble tous les acteurs concernés par le modèle. Ceux-ci doivent avoir des connaissances ou un intérêt dans le monde de la santé et de l'assistance aux plus pauvres, mais rester indépendant de son fonctionnement, pour éviter les conflits d'intérêts. Les membres suivants ont été retenus :

- Le médecin Inspecteur SSD
- Le conseiller Technique Principal DPSPF-GTZ-KFW
- Un représentant de chaque congrégation religieuse
- Le Président du Comité de Santé de District, accompagné d'au moins un représentant de la population membre du Comité de Santé de District.
- Le délégué de la Direction Provinciale de la Population

Seront également invités à titre consultatif :

- Le directeur du CHD II Marovoay
- Les assistantes sociales du Fonds d'Equité
- Un (ou plus) représentant de l'UDAC
- Tout autre acteur, sur demande du BEFE.

En parallèle au BEFE, il sera également décidé de l'approbation (1) par Conseiller Technique Principal DPSPF-GTZ-KFW du remboursement à l'hôpital des frais médicaux selon le registre des bénéficiaires, et (2) par le GOAD du remboursement des frais de nourriture et de transport engagés par les assistantes sociales. Le remboursement effectif devra être effectué dans la semaine suivant la réunion du BEFE. Les autres membres du BEFE n'auront aucun pouvoir décisionnel sur l'approbation de ces dépenses.

11. BUDGETISATION PREVISIONNELLE

Cette budgétisation ne représente qu'une estimation. Nous pensons toutefois que les hypothèses que nous avons suivi reflètent suffisamment la réalité.

11.1. NOMBRE DE BENEFICAIRES DU FONDS D'EQUITE

Les 5% de la population identifiés via le système d'identification active seront fortement sécurisés quant à leur éligibilité par le Fonds d'Equité. Nous pensons donc que leur taux d'hospitalisation dépassera largement les 5 ‰ actuellement de rigueur au CHD II Marovoay. Un taux d'hospitalisation optimal dans un pays en voie de développement²⁷ avoisine les 30 ‰. Ceci nous semblerait toutefois largement excessif, compte tenu de la faible utilisation actuelle, et du recours étendu à d'autres alternatives de soins de santé aux sein de la population cible. Nous avons donc formulé l'hypothèse d'une utilisation de 15 ‰, ce qui nous donnerait la population suivante:

$$\begin{aligned} \text{Groupe Cible} &= 5\% * 300.000 = 15.000 \text{ personnes} \\ \text{Bénéficiaires} &= 15\text{‰} * 15.000 = 225 \text{ personnes / an} \end{aligned}$$

Les autres personnes incluses dans le premier quintile (15%) qui pourrait bénéficier du système d'identification passive, n'auront pas la même sécurisation par rapport à leur éligibilité. Nous avons donc considéré une augmentation du taux d'hospitalisation moindre, à 7,5 ‰

$$\begin{aligned} \text{Groupe Cible} &= 15\% * 300.000 = 45.000 \text{ personnes} \\ \text{Bénéficiaires} &= 7,5\text{‰} * 45.000 = 337,5 \text{ personnes / an} \end{aligned}$$

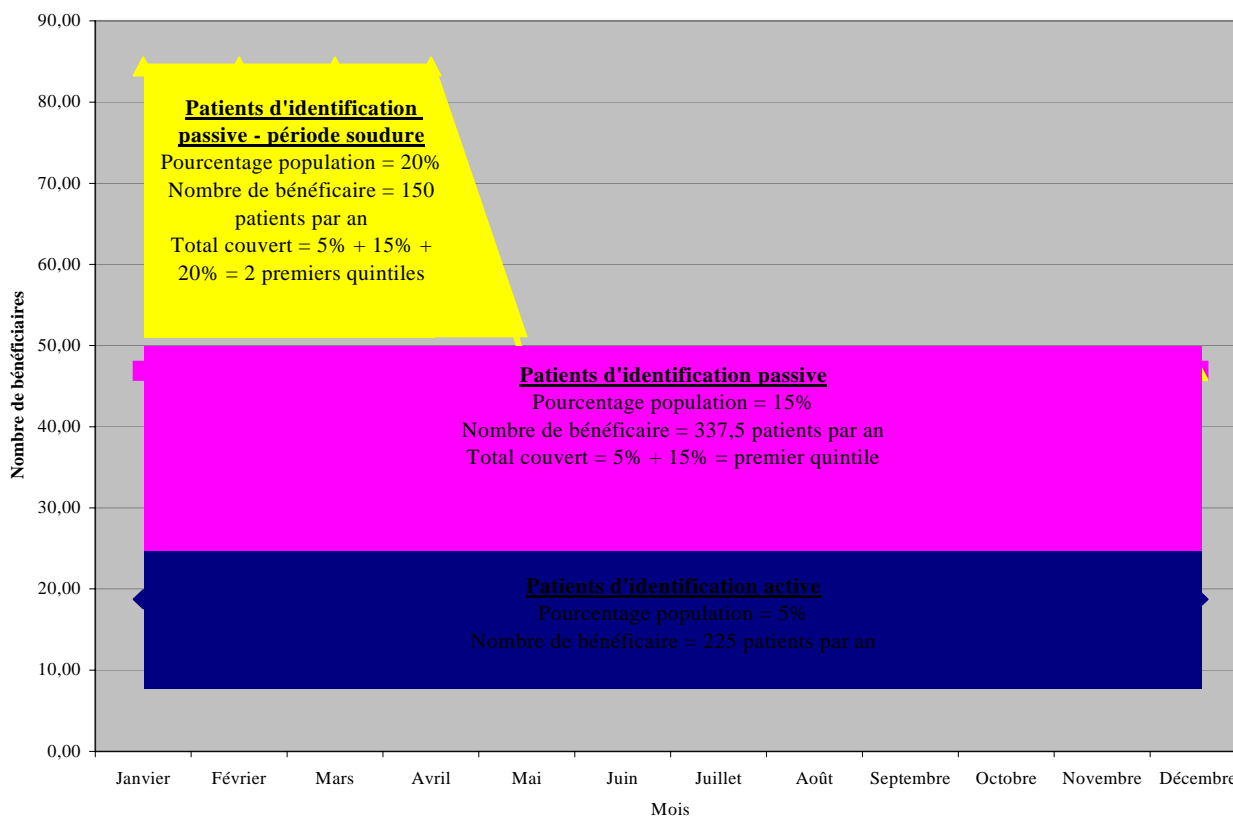
Nous avons considéré les "indigents temporaires" comme étant les membres du second quintile, et la période d'"indigence temporaire" comme s'étendant des mois de janvier à avril. Le taux d'hospitalisation durant cette période a été estimée comme similaire à celle ci-dessus.

$$\begin{aligned} \text{Groupe Cible} &= 20\% * 300.000 = 60.000 \text{ personnes} \\ \text{Groupe Cible 4 mois} &= 60.000 / 3 = 20.000 \text{ personnes} \\ \text{Bénéficiaires} &= 7,5\text{‰} * 20.000 = 150 \text{ personnes / an} \end{aligned}$$

Nous aurions donc un total de bénéficiaires sur l'année de 750 personnes pour le Fonds d'Equité. Le profil d'hospitalisation des patients sur l'année devrait ressembler au suivant (voir figure1).

²⁷ Pour plus d'informations, voir Van Lerberghe W., Van Balen H. et Kegels G. 1992. *Typologie et Performances des hôpitaux de premier recours en Afrique Sub-Saharienne*. Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique. IMT. Anvers.

Figure1: Estimation des bénéficiaires du Fonds d'Equité



La proportion de femmes enceintes parmi la population devrait avoisiner les 40 ‰, dont 1% nécessiterait une intervention obstétricale d'urgence, ce qui nous donne les résultats suivants :

$$\text{Groupe Cible} = 40 \text{ ‰} * 300.000 = 12.000 \text{ femmes enceintes}$$

$$\text{Bénéficiaires} = 1\% * 12.000 = 120 \text{ femmes enceintes}$$

11.2. ESTIMATION DU BUDGET ANNUEL

11.2.1. Frais médicaux

Les frais médicaux ont été calculés en fonction des forfaits déterminés par Dr Mahefa, et des pourcentages d'utilisation actuelle des services relatifs à ces forfaits.

TOTAL PATIENTS FONDS EQUITE

	%	#	FORFAIT	TOTAL
CHIR 1	13%	97	134.050	12.944.003
CHIR 2	13%	97	398.661	38.758.683
SUSI 1	5%	35	175.295	6.144.602
SUSI 2	26%	197	360.310	71.013.428
MED INT	43%	323	36.643	11.850.737
	100%	750		140.711.453

URGENTES OBSTETRIQUES

	%	#	FORFAIT	TOTAL
URG OBST		120	461.967	55.435.997

TOTAL FRAIS MEDICAUX 196.147.451 67%

11.2.2. Frais de nourriture et de transport

Les frais de nourriture ont été calculés en fonction de la Durée Moyenne de Séjour actuelle. Pour les frais de transports, nous avons estimé (grossièrement) le nombre de bénéficiaires en fonction de leur distance par rapport au centre de santé, ainsi qu'un forfait estimatif.

FRAIS NOURRITURE

	#	DMS	COUT JOURN	TOTAL
FONDS EQUITE	750	6	3.500	15.750.000
URG OBST	120	6	3.500	2.520.000
TOTAL				18.270.000

FRAIS TRANSPORT

	#		COUT TRSPT	TOTAL
< 5KM	400		5.000	2.000.000
> 5KM < 20 KM	300		10.000	3.000.000
> 20 KM	170		25.000	4.250.000
TOTAL				9.250.000
AVEC 1 ACCOMPAGNANT				18.500.000

TOTAL FINANCEMENT ETAT NOURRITURE (1500 / patient)	7.830.000	3%
TOTAL FINANCEMENT LOCAL (VIA GOAD)	28.940.000	10%

11.2.3. Frais administratifs et de monitoring

La rémunération des assistantes sociales a été estimée à 1.000.000 FMG, incluant les per diems pour les déplacements à l'intérieur du district et autres avantages sociaux. Le coût mensuel mentionné pour UDAC se réfère à leurs facturations trimestrielles, avoisinant les 4.000 euros / trimestre. Nous avons considéré une charge de travail de 1 fois 15 jours (monitoring de l'identification active) et 6 fois 1 semaine (monitoring de routine)

FRAIS ADMINISTRATIF

	#	MOIS	COUT MENS	TOTAL
ASSIST. SOC.	2	12	1.000.000	24.000.000
PAPETERIE ET DIVERS		12	500.000	6.000.000
TOTAL				30.000.000

TOTAL FRAIS ADMINISTRATIFS 30.000.000 10%

FRAIS RECHERCHE

	#	MOIS	COUT MENS	TOTAL
RECHERCHE: UDAC		2	15.000.000	30.000.000

TOTAL FRAIS RECHERCHE 30.000.000 10%

11.2.4. Budget annuel

Le tableau ci-dessous résume le budget annuel prévisionnel, en précisant les sources de financement.

ASSISTANCE MEDICALE	KFW	196.147.451	67,0%
NOURRITURE	ETAT	7.830.000	2,7%
NOURRITURE ET TRANSPORT	FIN LOCAL	28.940.000	9,9%
FRAIS ADMINISTRATIFS	KFW	30.000.000	10,2%
FRAIS DE RECHERCHE	GTZ	30.000.000	10,2%
COUT TOTAL DU PROGRAMME		292.917.451	100%

12. INCITANTS AU STAFF

Le Fonds d'Equité va certainement entraîner un supplément de travail pour le staff de l'hôpital. Même si ce supplément ne signifie pas une surcharge (le staffing est largement suffisant pour supporter une augmentation de 50% de la charge de travail), il pourrait être mal perçu par le personnel et entraîner une discrimination par rapport aux bénéficiaires, un manque d'acceptation du principe de Fonds d'Equité, etc.

De plus, les salaires du MSPF sont considérés, à juste titre, comme insuffisant par le staff, qui tend à compenser son revenu avec des activités en dehors de l'hôpital, ce qui peut nuire à la qualité des services délivrés (absentéisme, détournement de patients vers une pratique médicale privée, etc.). Or, la perception de la qualité des services est un facteur important dans l'itinéraire thérapeutique du patient

Enfin, les *mahantra* ne sont pas seulement des exclus économiques, mais également des exclus sociaux. Même s'ils représentent le même revenu que des patients payants, ils pourraient être marginalisés en période d'affluence.

Nous avons donc voulu proposer un programme *win-win*, en intégrant le principe de rémunération à la performance, pour intéresser financièrement le staff au programme de Fonds d'Equité et instaurer un système de discrimination positive. Pour ce faire :

- Nous avons calculé les forfaits hospitaliers à 110% du coût de l'acte, dégageant ainsi 10% d'incitant financier.
- Nous proposons d'utiliser, sur les 35% de bénéfices dégagés sur la vente de médicaments consommés dans le cadre du Fonds d'Equité, 25% à titre d'incitants financiers. Cette mesure ne concernerait pas les bénéfices dégagés sur les patients payants. Ceci ne devrait pas avoir de répercussions sur la viabilité financière du CHD II Marovoay car :
 - Les bénéfices réalisés sur les médicaments sont pour une grande partie non utilisés (argent dormant).
 - Cela ne demande pas plus de frais administratifs de gérer 400 millions (comme actuellement) ou 600 millions de médicaments.
 - Il resterait 10% pour couvrir les risques d'inflation.

Grâce à ce système, nous pourrions dégager quelques 50 millions FMG, qui seraient alors répartis parmi le staff selon une grille de répartition comme, par exemple, ci-dessous :

RECETTES MEDICALES TOTALE	196.147.451			
INCENTIVE 10%	17.831.586			
RESTE	178.315.864			
BENEFICE DEGAGE (35% FANOME)	46.230.039			
10% POUR RISQUE INFLATION	13.208.583			
25% POUR INCENTIVE STAFF	33.021.456			

TYPE STAFF	#	% age	%age total	incentive / mois
Médecin-chef	1	6,0%	6%	254.265
Médecin	9	5,0%	45%	211.888
Infirmier	6	2,5%	15%	105.944
Sage Femme	2	3,0%	6%	127.133
staff admin 1	1	4,0%	4%	169.510
Labo	3	2,0%	6%	84.755
staff admin 2	5	2,0%	10%	84.755
Personnel appui	8	1,0%	8%	42.378
	35		100%	

incentive annuel

50.853.043

La grille de répartition pourrait être affinée, et tenir compte du nombre de jours de travail effectivement prestés et du respect du règlement d'ordre intérieur.

13. CONSÉQUENCES ATTENDUES DU FONDS D'EQUITÉ

Lorsque nous considérons les objectifs du Fonds d'Equité, nous les formulons indépendamment de ce que le modèle spécifique proposé pour le CHD II Marovoay pouvait engendrer. Il apparaît maintenant que le Fonds d'Equité pourrait avoir des conséquences qui dépassent ces objectifs, à la fois pour les patients, pour l'hôpital, pour la facilité de gestion du fonds et pour les activités de recherche:

En supprimant la barrière financière, le Fonds d'Equité devrait entraîner une augmentation de l'accès aux soins hospitaliers des patients les plus pauvres, qui bénéficiera à leur état de santé. Ceci les amènera probablement à se refaire une idée sur la qualité des soins de santé prodigués à l'hôpital (qualité perçue) et pourrait influencer leur itinéraire thérapeutique. Les structures de santé publique étant les seules sur lesquelles les autorités aient un contrôle, et donc une certaine garantie de la qualité réelle, cette influence sur l'itinéraire thérapeutique du patient devrait avoir des effets positifs sur sa situation sanitaire et financière (éviter de dépenser de l'argent dans des soins de santé inefficients). L'objectif de Santé Publique nous permettrait donc d'atteindre un objectif de réduction de la pauvreté à travers la protection des plus pauvres contre l'appauvrissement lié aux soins de santé et la protection des mères comme acteur de développement social et économique.

Le CHD II Marovoay devrait également bénéficier du système puisque les patients financés par le Fonds d'Equité devraient représenter une augmentation de plus de 50% du revenu actuel de l'hôpital. Cet afflux de patients entraînera une utilisation plus efficiente des ressources humaines et matérielles, actuellement largement sous-exploitées. Le système d'incitant financier permettra non seulement d'améliorer le revenu du staff, mais aussi de tester un système de rémunération à la performance, qui pourrait être généralisé par la suite (via par exemple une affectation des 35% de bénéfices sur les ventes de médicaments). Enfin, le CHD II Marovoay va confirmer son rôle de CHD II modèle en étant à l'initiative de la première expérience nationale de Fonds d'Equité au niveau hospitalier!

La gestion du fonds devrait être grandement facilitée par l'utilisation de forfaits, et l'absence de transfert de fonds vers la périphérie²⁸. Le modèle de monitoring à deux dimensions (vérification et recherche) engendrera un développement de la connaissance de la population et de l'efficience des critères d'identification, qui sera d'une importance primordiale pour le développement du modèle par le BEFE et d'autres acteurs.

Etant le premier Fonds d'Equité hospitalier malgache, l'expérience de Marovoay recèle un potentiel de champs de recherche très intéressant. Dans de nombreux pays, les Eglises ont déjà prouvé une certaine expertise dans l'assistance aux pauvres. Par contre, leur proposer de se rassembler pour former un acteur d'assistance sociale oecuménique est une proposition nouvelle que les bonnes relations entre les Eglises à Madagascar nous a donné envie de tester. L'utilisation des services d'assistantes sociales est actuellement très peu répandue à Madagascar dans le

²⁸ Pour rappel, les seuls paiements effectués en périphéries sont relatifs au transport des patients pré identifiés référés, et sont payés via la caisse du GOAD local (normalement alimentée à partir de fonds locaux).

domaine public en général et de la santé en particulier. L'expérience de Marovoay pourrait représenter une innovation en la matière, dans un contexte où les services d'assistance sociale (par exemple Direction de la Population) sont quasi inopérants, faute de moyens. L'indépendance de l'assistante sociale par rapport à l'hôpital et son intégration dans un modèle d'assistance aux démunis pourrait leur ouvrir la porte à d'autres champs d'action que la santé. Nous allons également développer l'idée du cofinancement des soins de santé ciblés, en combinant les fonds extérieurs, étatiques, religieux, communautaires etc. A travers le système de monitoring nous allons explorer les critères d'identification pour le développement et l'amélioration du modèle. Ce volet est extrêmement important, car il pourrait non seulement améliorer l'identification sur le programme de Marovoay même, mais également faciliter le lancement d'autres projets de Fonds d'Equité à Madagascar. Enfin, le Fonds d'Equité introduit la notion de tarification par forfait. Le système de tarification actuel est extrêmement lourd administrativement et n'encourage par la rationalisation de la prescription (plus de médicaments prescrits signifie plus de revenus pour l'hôpital) et entraîne une grande insécurisation du patient par rapport aux dépenses qu'il devra effectuer à l'hôpital. Le test du forfait via le Fonds d'Equité pourrait lancer le débat sur la généralisation du forfait comme système de paiement, à condition que ses impacts au niveau de la qualité de l'offre de soins soient monitorés de près.

14. OPTIONS POUR LA PERENNISATION DU MODELE

L'un des reproches majeurs que l'on pourrait formuler face à ce programme de Fonds d'Equité est sa dépendance par rapport à des financements extérieurs. Ou en d'autres termes, son manque de possibilité de pérennisation.

Mais la pérennité ne signifie pas nécessairement l'autofinancement. Comme nous l'avons vu, compter sur les financements locaux pour un Fonds d'Equité hospitalier conduirait à un sous-financement (en comparaison avec les besoins). Ce qui nous pousse à dire qu'un programme auto-financé peut, selon ses besoins, être sous financé, et donc non pérenne.

A contrario, le recours à un financement extérieur peut garantir une pérennisation opérationnelle (le programme fonctionne et atteint ses objectifs), qui pourrait devenir financière si l'on arrive également à pérenniser la source (externe) de financement.

L'initiative de Bamako a très fortement modelé la conception du financement des soins de santé dans les pays en voie de développement. Dans ce modèle, les salaires, les infrastructures, les équipements médicaux et autres sont financés via des fonds extérieurs à la structure de santé (Etat ou bailleurs) alors que la population prend en charge le coût des médicaments via le système de recouvrement des coûts ainsi que, implicitement, les soins de santé des plus pauvres via le mécanisme d'exemption.

Ce principe d'exemption reposant sur la participation communautaire a montré des résultats fort décevants en termes d'accès aux soins des plus pauvres. En effet, le prestataire de soins tend à minimiser le nombre d'exemptions, car celles-ci représentent un manque à gagner pour le revenu de la structure dont dépend son salaire. De plus, l'absence de règles et de contrôle de l'identification favorise un certain clientélisme au sein duquel le prestataire va être tenté de destiner les exemptions à des proches non nécessaires. Le mécanisme de l'exemption fait peser la grosse majorité de son financement sur les utilisateurs des structures de santé, représentant au mieux 30 % de la population globale. L'alternative que représente les collectes de fonds auprès de la population ne permet de dégager que peu de ressources, vu la faible capacité contributive de la population. De plus, le succès de ce type de collecte est très aléatoire dans le temps, et

condamne les régions les plus pauvres aux collectes les faibles, alors que les besoins y sont plus importants.

Ce constat nous a poussé à réfléchir sur le bien-fondé des options suivies par l'initiative de Bamako, et l'influence qu'elles doivent avoir sur des acteurs de politiques de santé. En effet, si le financement des soins de santé des plus pauvres avait été attribué dès 1987 au portefeuille des fonds extérieurs, nous ne serions pas actuellement face à ce dérapage sémantique entre pérennisation et autofinancement par la population.

Notre option est simple: nous pensons que l'initiative de Bamako s'est trompée concernant les soins de santé des plus pauvres. Ceux-ci représentant un budget important (au même titre que les bâtiments, les salaires, etc.) et la capacité contributive de la population étant réduite, c'est aux financeurs extérieurs de les assumer financièrement. Nous sommes actuellement dans un contexte favorable au développement de telles idées, avec le réveil généralisé des bailleurs et planificateurs sur la question de la pauvreté, qui se manifeste (1) au niveau international via les Objectifs de Développement du Millénaire, le Rapport de Développement Mondial 2004 de la Banque Mondiale, les nouvelles approches de financements que sont le Global Fund, les SWAP, les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté... et également (2) à Madagascar via le soutien du MSPF et de la Banque Mondiale, les Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté, etc.

Cependant, la meilleure façon de pérenniser le financement est de le faire rentrer dans les lignes de financement de l'Etat. Il faudrait donc que l'approche s'étende, attire l'attention du MSPF et de bailleurs potentiels, et conduise à un programme national. Pour ce faire, nous proposer de:

- Développer un modèle pilote au CHD II Marovoay, reposant largement sur des financements externes (KFW et GTZ). Ces financements permettront de tester la validité du modèle indépendamment de contraintes financières
- Documenter le modèle (amélioration accès aux soins, critères pertinents d'identification...)
- Diffuser l'information dans le pays à l'aide de workshop²⁹, d'invitations à d'autres organisations de visiter l'initiative du CHD II Marovoay...
- Motiver de nouvelles initiatives, appuyées financièrement et documentées.
- Créer un réseau avec les autres initiatives nationales pour bénéficier des succès et erreurs des autres pour améliorer chaque modèle.
- Continuer la diffusion de l'information à plus large échelle, pour intéresser des bailleurs de fonds internationaux à financer toutes les initiatives du pays (voir à financer un modèle national de Fonds d'Equité). On arriverait alors à une pérennisation du financement de l'accès aux soins des plus pauvres au niveau central.

Nous sommes conscients que ce programme semble assez audacieux. Cependant nous restons persuadés qu'il est parfaitement réalisable. Les contacts avec le MSPF et de la Banque Mondiale vont déjà dans le sens d'une extension de l'approche à 6 autres districts, ce qui signifie que nous pourrions raisonnablement avoir 7 Fonds d'Equité hospitaliers opérationnels à Madagascar dans un horizon d'un an et demi, deux ans. De plus, le Cambodge nous prouve que ce n'est pas une

²⁹ Les *Journées Nationales de Santé*, qui doivent se tenir à Antananarivo début juin, seraient une première opportunité pour présenter le modèle pilote proposé dans ce document à un plus grand public.

utopie, puisque après 4 ans d'expériences de Fonds d'Equité, ADB, DFID et la Banque Mondiale se propose dès 2005 de financer les initiatives via le niveau central.

15. RECOMMANDATIONS FINALES

15.1. MONITORING DE LA QUALITE DES SOINS

Le système de forfait pourrait entraîner une sous-prescription, principalement dans les cas où le coût des soins prodigués au patient dépasse le montant du forfait.

Il est donc indispensable de mettre en place un système de monitoring de la qualité des soins par type de pathologie, avec comparaison entre bénéficiaires du Fonds d'Equité et patients payant, en se concentrant entre autres sur les variables suivantes:

- Durée Moyenne de Séjour
- Nombre moyen de médicaments prescrits par malade
- Taux d'infection post-opératoire
- Taux de mortalité hospitalière
- Satisfaction des usagers
- Etc.

15.2. BEDCENSUS

En tant qu'expérience pilote, le Fonds d'Equité du CHD II Marovoay va devoir apporter des preuves de son efficacité. Il faut donc réussir à dresser des indicateurs d'efficacité du modèle.

Parmi les objectifs poursuivis, l'accès aux soins des plus pauvres est central. Nous devrions donc construire une base d'évaluation du Fonds d'Equité permettant de déterminer combien de patients pauvres recevaient des soins au CHD II avant le démarrage du Fonds d'Equité, et comment ce nombre a augmenté après 6 mois, 1 an, 2 ans, etc.

Pour ce faire, la méthodologie appropriée, qualifiée de *bedcensus*³⁰ se présente comme suit:

- En l'espace d'une journée, passer en revue tous les malades hospitalisés et apprécier leur situation afin d'établir une prévalence de « pauvreté »
- Répéter l'exercice pendant 4 semaines consécutives avec la même équipe d'évaluateurs. (par ex: assistantes sociales + religieux + personne extérieure (UDAC?)). On se base ici sur le fait que la durée moyenne de séjour est de environ 1 semaine et que la population hospitalière est donc « renouvelée » chaque semaine)
- Discussion préalable en équipe des critères à utiliser et des données à enregistrer

Par exemple, on pourrait réaliser 4 bedcensus hebdomadaires en date du lancement du modèle (p.ex. juillet 2004), 4 autres au mois de décembre et 4 aux mois de juillet 2005.

³⁰ Pannarunothai S. 1995. *The bed census survey ; a tool for studying hospital inpatient services*. Health Policy and Planning. 10, 438-440.

15.3. COMBINAISON DU FONDS D'EQUITÉ AVEC D'AUTRES MÉCANISMES ?

Nous répondons provisoirement au problème de l'exclusion temporaire via le système d'identification passive. Toutefois, dans un tel système, le patient est peu sécurisé quant à son éligibilité, ce qui tend à n'influencer que légèrement son itinéraire thérapeutique. Pour ce type de population, des mécanismes de crédit ou de mutualisation du risque-maladie sont théoriquement des options intéressantes.

Cependant, le contexte n'est pas (encore?) approprié. En effet, les mécanismes de crédit nécessite un dispositif décentralisé de récupération des crédits. Or l'expérience de crédit agricole du CIDR s'est soldée par un échec, en partie à cause de difficultés à récupérer les créances. La mutuelle n'est pas confrontée au même problème, mais nécessite un terrain où la population marque sa confiance dans les soins de santé. Or, comme les taux d'hospitalisation le prouve, la perception par la population de la qualité des soins du CHD II Marovoay reste problématique³¹.

Ces options ne sont donc pas envisageables dans l'immédiat. Concentrons-nous d'abord sur le Fonds d'Equité. Cependant, la combinaison du Fonds d'Equité avec d'autres stratégies crée des synergies extrêmement intéressantes. Cette option ne doit donc en aucun cas être rejetée.

15.4. DÉVELOPPEMENTS POSSIBLES

Le modèle présenté dans ce rapport n'est qu'une des nombreuses configurations possibles pour les Fonds d'Equité. Celui-ci va probablement évoluer, au fur et à mesure que l'expertise et les objectifs vont s'affiner. Des modifications du modèle pourraient porter sur :

- Etablissement d'une liste de critères, des *assessments* pauvreté, de questionnaires...
- Modification des procédures d'identification, de l'acteur qui identifie, extension de l'identification active à tout le premier quintile...
- Mettre en place un document d'indigence (par exemple : carte d'indigence). Ceci a pour effet de sécuriser le bénéficiaire quant à son éligibilité, et donc à renforcer son utilisation des soins de santé hospitaliers. D'un autre côté, l'identification et l'octroi de carte est une procédure lourde, coûteuse, difficile à adapter, et qui pourrait entraîner un certain stigma des bénéficiaires.
- Modifier le système de paiement, par exemple en étendant la liste de forfait.
- Compléter le paquet de bénéfices en fonction des besoins.
- Revoir le système de pilotage

15.5. ASSURER LE SUIVI

La mission de la GTZ sur Marovoay ne se limitera pas à un appui opérationnel, mais aura également une dimension de recherche importante, entre autres pour la définition de critères de pauvreté. Pour ce faire, la GTZ devra :

³¹ Nous parlons ici de perception de la qualité des soins par la population, et non de qualité réelle. La perception de la qualité est évidemment éminemment subjective, et fortement liée à des expériences passées.

- Développer un panel d'indicateurs clés, tels que ceux évoqués ci-dessus, et permettant de suivre de près les évolutions du projet
- Prévoir la capacité institutionnelle au sein du projet GTZ Mahajanga en termes de Ressources Humaines. La sous-traitance de bureaux extérieurs, tel l'UDAC est également une option envisageable.
- Associer des institutions malgaches actives dans la réflexion sur les politiques de santé, tel que l'Institut National de Santé Publique de Antananarivo.
- Echanger ses expériences avec le groupe de travail « indigence » du CHU de Mahajanga.
- Assurer la visibilité nationale du modèle en capitalisation sur la réputation de CHD II modèle du CHD II Marovoay. Stimuler la création de nouvelles initiatives et créer un réseau d'échange d'informations.

15.6. IMPLICATION FUTURE DE L'IMT

Nous serions ravis de pouvoir encore intervenir sur le projet de Fonds d'Equité hospitalier du CHD II Marovoay pour, par exemple, renforcer le modèle et étendre l'identification active avec critères d'identification après un an d'activité. Nous restons à l'entière disposition de l'équipe de Mahajanga pour toute question ou échange d'information.