

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	
I- REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
I.1- Généralités sur le fonds d'équité.....	3
I.2- Les sources de financement de santé à Madagascar .....	13
I.3- Initiatives pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus démunis	19
I.4- Atteinte de la couverture universelle : le développement du système de financement.....	24
DEUXIEME PARTIE	
II- METHODOLOGIE ET RESULTATS.....	30
II.1- Matériels et méthodes.....	30
II.2- Résultats.....	38
TROISIEME PARTIE	
III- DISCUSSIONS.....	61
SUGGESTION.....	70
CONCLUSION.....	72
BIBLIOGRAPHIES	
ANNEXES	

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

BMH	: Bureau Municipal d'Hygiène
CSI	: Centre de Santé Intégré
CHD	: Centre Hospitalier de District
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHRR	: Centre Hospitalier de Référence Régional
CMC	: Clinique Médico-Chirurgical
CSB	: Centre de Santé de Base
CSRA	: Centre de Santé Reproductive d'Ambalavola
CSAJ	: Centre de Santé Ami des Jeunes
EPM	: Enquête national auprès des Ménages
FE	: Fonds d'Equité
GTZ	: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit»
HLA	: Hôpital Luthérien Antanimalandy
INSTAT	: Institut National de la Statistique
FANOME	: Financement pour l'Approvisionnement Non stop en Médicaments Essentiels
FISA	: Fianakaviana Sambatra
MCM	: Médicaments et Consommables Médicaux
MSM	: Men Sex Men
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSIEM	: Organisation Sanitaire Inter-Entreprise Mahajanga
PDSSP	: Projet de Développement du Système de Santé Pérenne
PFU	: Participation Financière des Usagers
PVVIH	: Personne Vivant avec VIH
SEMS	: Service d'Entreprise Multi-Service
SMIM	: Service Médical Inter-Entreprise Mahajanga
SSP	: Soins de Santé Primaire
STP	: Système Tiers Payant
TDS	: Travailleurs De Sexe
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Les stratégies d'identification

Tableau 2: Les sources de financement de santé à Madagascar

Tableau 3 : Résumé des caractéristiques des fonds d'indigence/ équité Africains

Tableau 4 : Répartition des pays ayant aboli le paiement des soins par secteur et type d'abolition

Tableau 5 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la tranche d'âge

Tableau 6 : Corrélation entre le sexe et la tranche d'âge des malades démunis vus en consultation externe

Tableau 7 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la situation matrimoniale

Tableau 8 : Corrélation entre le sexe et la situation matrimoniale des malades démunis vus en consultation externe

Tableau 9 : Corrélation entre le sexe et le niveau d'instruction des malades démunis vus en consultation externe

Tableau 10 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la profession

Tableau 11 : Corrélation entre le sexe et la profession des malades démunis vus en consultation externe

Tableau 12 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la taille du ménage

Tableau 13 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la connaissance sur le fonds d'équité

Tableau 14 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la source d'information de connaissance du fonds d'équité

Tableau 15 : Répartition des malades vus en consultation externe au CSI Mahabibo selon leur statut social

Tableau 16 : Répartition des malades par catégorie (indigents, payants) selon le montant de facture en 2008

Tableau 17 : Répartition des malades par catégorie (indigents, payants) selon le montant de facture en 2009

Tableau 18 : Répartition des malades par catégorie (indigents, payants) selon le montant de facture en 2010

Tableau 19 : Répartition des montants facturés des indigents durant la période de 3 ans (2008 à 2010)

Tableau 20 : Répartition des montants facturés des payants durant la période de 3 ans (2008 à 2010)

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Le fonds d'équité : un tiers payeur

Figure 2 : La transition vers la couverture universelle

Figure 3 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon le sexe

Figure 4 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon le niveau d'instruction

Figure 5 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la satisfaction de la prise en charge au niveau du CSI

Figure 6 : Les affections des PVVIH prises en charges par le fonds d'équité

Figure 7 : Satisfaction des PVVIH sur leur prise en charge

Figure 8 : perception des PVVIH sur la discrimination/stigmatisation lors de leur prise en charge

Figure 9 : Taux d'utilisation des Consultations externes par les démunis dont les PVVIH et leur famille



# **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

L'accès aux soins de santé des plus pauvres est au centre des préoccupations de la communauté internationale. Il s'est longtemps focalisé autour des politiques de recouvrement des coûts. Leur introduction suite à l'initiative de Bamako, couplée à l'inefficacité des mécanismes d'exemption pour les plus pauvres, ont généré une barrière financière frappant particulièrement les plus vulnérables. Quelques mécanismes alternatifs ont été proposés pour promouvoir l'accès aux soins de santé des plus pauvres. 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 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 [1].

Les fonds d'équité sont apparus au début des années 2000 au Cambodge comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, dans un contexte de participation financière des usagers. Le principe est le suivant : un fonds indépendant identifie les plus pauvres et payé les structures sanitaires pour les soins qu'elles leur délivrent. Plusieurs pays africains s'y sont intéressés depuis, mais les modalités d'adaptation de la stratégie aux contextes africains restent à étudier [2].

Un milliard trois cent mille personnes environ vivent dans la pauvreté absolue, avec un revenu inférieur à US\$ 1 par jour. Ces personnes n'ont pas pu bénéficier des fruits du développement économique et des progrès réalisés au cours du XX<sup>ème</sup> siècle dans le domaine de la santé humaine [3].

Dans de nombreux pays à faible revenu, en réponse aux limitations du budget gouvernemental pour les formations sanitaires publiques, le paiement à l'acte a été une stratégie souvent utilisée, dans le but de générer des ressources financières pour les centres de santé. Si l'effet de cette stratégie a été ambigu sur la qualité des soins prodigués, il fut cependant clairement néfaste sur l'utilisation des services de santé, les coûts des soins représentant une barrière financière importante pour la population [4].

A Madagascar, l'année 2004 est marquée par la réinstauration d'une politique de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé concernant les médicaments et les consommables médicaux et portant le nom de Financement pour l'Approvisionnement Non stop en Médicaments Essentiels (FANOME). Un système d'exemption y est mis en

place par le Ministère de la Santé pour les populations les plus pauvres. Sa procédure de mise en place au niveau des CSB a été formalisée dans le guide FANOME.

Le coût des soins des centres de santé représente une barrière importante pour l'accès aux soins des plus pauvres, et une cause majeure d'appauvrissement des ménages [5].

C'est pourquoi, notre étude qui s'intitule « Etats des lieux et réflexion sur l'utilisation du Fonds d'équité au CSI de Mahabibo », a pour objectif général d'analyser les pratiques de couverture des indigents dans ce centre.

Les objectifs spécifiques sont :

- Identifier les mécanismes organisationnels du Fonds d'équité au CSI de Mahabibo
- Etudier l'impact du système en termes de patients pris en charge et en termes de satisfaction des bénéficiaires.

Pour illustrer notre travail, nous avons adopté le plan ci-après : la première partie sera consacrée à la revue de la littérature. La deuxième partie concernera notre travail proprement dit, la méthodologie et les résultats. La troisième partie traitera les discussions. Quelques suggestions précéderont la conclusion.

**PREMIERE PARTIE :**  
**REVUE DE LA LITTERATURE**

## I- REVUE DE LA LITTERATURE

### I.1- GENERALITES SUR LE FONDS D'EQUITÉ [1], [6], [7], [8], [9], [10], [11]

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

Dans ce modèle, le Fonds d'Equité est alimenté principalement par une ponction de 3/135 des recettes de la pharmacie. D'autres sources sont envisagées, mais toutes restent locales, et aucune forme concrète ne leur est donnée. Compte tenu du taux d'utilisation des CSI, les fonds récoltés via la vente de médicaments ne devraient permettre de couvrir les fonds que de moins d'un pourcent de la population. Les fonds doivent être versés sur un compte « Fonds d'Equité » cosignés par le Maire 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 », 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 «fokonolona» ou communauté 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 «fokonolona» pour leur expliquer les objectifs de l'identification. Ils passent ensuite de maison en maison, pour que les ménages désignent les personnes qu'ils perçoivent comme démunis dans leur «fokonolona». C'est donc un système d'identification par les pairs, avec souci d'un certain anonymat. Cependant,

l'identification semble avoir été extrêmement restrictive. 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.

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 (+/- 1.000 Ariary) 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.

### **I.1.1- Paquet de services pris en charge**

Le paquet de services couvert par le FE prend en charge toutes les dépenses pharmaceutiques. La Participation Financière des Usagers (PFU) ne portant que sur les frais de traitement (ici les MCM) puisque la consultation est gratuite dans les formations sanitaires de premier niveau, le fonds d'équité abolit donc l'unique barrière financière directe d'accès aux soins dans ces structures qui sont les frais de traitement [4].

### **I.1.2- Identification des démunis [4]**

Le problème principal du système « fonds d'équité » réside dans le fait que terme malgache «mahantra» ou pauvre associé à la carte de solidarité est mal accepté par la population et entrave clairement l'adhésion de celle-ci au système. En conséquence, le nombre de bénéficiaires du système fonds d'équité du FANOME est d'une manière générale extrêmement limité, la population préférant alors un itinéraire thérapeutique où elle n'est pas stigmatisée.

Il n'y a malheureusement quasiment aucune identification passive au niveau des CSB, car cette tâche ne rentre pas officiellement dans leurs attributions. Pourtant, cela pourrait améliorer le processus d'identification des démunis. En effet, si les démunis refusent de se manifester à l'identification active opérée par les chefs de «fokontany», il pourrait être judicieux de les repérer au CSB en cas de défaut de paiement. De plus, le

verdict de l'identification passive est temporaire car propre à l'épisode de maladie, par opposition à celui de l'identification active qui est relativement figé, le verdict ayant une durée minimale d'un an.

Par ailleurs, le personnel chargé de l'identification active n'est généralement pas formé à cette tâche, et le temps nécessaire à ce travail représente un coût d'opportunité important. En conséquence, beaucoup d'entre eux n'effectuent pas leur fonction d'identification des personnes cibles correctement. De plus, la plupart considèrent que les critères de sélection sont flous et difficilement applicables sur le terrain. Ces critères varient d'un district à l'autre, même si l'on note des invariants : pas de maison, pas de famille. Les personnes interrogées auront tendance à toujours répondre qu'elles possèdent une maison, aussi rudimentaire soit-elle, et une famille, même si il n'a plus de contacts depuis plusieurs années ou qu'elle habite de l'autre côté de l'île. Cette difficulté de l'identification active amène parfois à des conflits entre le médecin du CSB et le chef de «fokontany» qui ne sont pas d'accord entre eux si la personne peut être prise en charge par le FE ou non suivant les critères.

Pour ces raisons, il arrive qu'il n'y ait pas de liste de démunis au sein du district ou de la population cible d'un CSB. Placés dans des situations éthiques parfois délicates, les dispensateurs adoptent différentes solutions pour les patients ne disposant de la carte solidarité et qui sont sans l'incapacité de payer les médicaments :

- Ils ne délivrent pas les médicaments au patient. C'est la solution la plus radicale, privilégiée par les mairies, mais problématique vis-à-vis du patient et du médecin-chef du CSB.
- Le patient est envoyé au dispensaire (CSB privé, généralement tenu par des religieux ou une ONG).
- Le montant de la prise en charge du patient par le FE est prélevé sur le compte FANOME directement, c'est-à-dire sur les recettes tirées de la vente de médicaments, plutôt que sur le compte du FE.
- Les médicaments sont donnés au patient gratuitement. Mais dans ce cas, le patient n'est pas toujours comptabilisé comme pris en charge par le FE et donc la pharmacie risque de ne pas être remboursée par le FE.
- le médecin du CSB dit au patient d'aller chercher une carte de solidarité puis de revenir chercher les médicaments.

- Pour le démuné temporaire ne sachant pas payer, principalement en période de soudure, des prêts peuvent être accordés. Ils sont parfois négociés avec la mairie.
- Il arrive que le CSB dispose de cartes de solidarités et en délivre au patient. Dans ce cas, le médecin-chef procède à une identification active au même titre que les chefs de «fokontany», même si cela ne rentre pas officiellement dans ses attributions.

### **I.1.2.1- Les trois types d'identification [1]**

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, informée des bénéfices dont elle peut bénéficier au CSI, et sécurisée quant à sa couverture financière ce qui tendrait à augmenter son utilisation des services centre de santé. Le cas des «sahirana» ou démuné, 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 maladie. 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 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 semi structuré. L'identification passive à l'hôpital concernera également les urgences obstétricales.

### **I.1.2.2- Les populations cibles [1]**

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.

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 que l'hospitalisation est un événement rare, que le coût associé consommerait uniquement le revenu mensuel, sans demander de vente de biens. 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».

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.

### I.1.2.3- Les stratégies d'identification et les acteurs ? [1]

Deux stratégies principales peuvent être envisagées pour identifier les plus pauvres : se baser sur la connaissance que des acteurs terrains ont de leur population ; 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 les fuites, c'est-à-dire l'assistance aux populations qui ne le nécessitent pas, et la sous couverture, c'est-à-dire le refus d'assistance aux populations qui le nécessitent.

Ces objectifs peuvent être représentés comme suit :

**Tableau 1 : Les stratégies d'identification [DAVIES ; 2004]**

		STATUT REEL	
		Pauvre	Non pauvre
Identifié comme	Pauvre	OK : Vrais pauvres : Assistance accordée aux pauvres	<b>Erreur</b> : Fuite : Assistance accordée à des non pauvres
	Non pauvre	<b>Erreur</b> : Sans couverture : Assistance refusée à des pauvres	OK : Vrais non pauvres : Assistance refusée à des non pauvres

Le risque de fuite sera principalement causé par des critères d'identification inappropriés, par une manipulation par l'identificateur, en vue de rencontrer des intérêts personnels (faire bénéficier la famille, les amis, des personnes influentes, etc.) ou par

une manipulation par l'identifié (le patient triche et se fait passer pour plus pauvre qu'il n'est).

La méthode la plus sûre, mais également la plus lourde, est d'avoir une liste de critères objectifs, 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.

#### **I.1.2.4- Quel acteur pour l'identification ? [1]**

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 «fokonolona» est en effet répartie sur les 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.

Il nous faut donc trouver un acteur qui ne présente les inconvénients du «fokonolona», à savoir le 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 croyante. 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.

### **I.1.3- Quelques expériences de mise en œuvre du fonds d'équité dans le monde**

#### **I.1.3.1- Contexte [12]**

Le Mali, la Mauritanie et Madagascar présentent des structures de financement des soins de santé appelé fonds d'Equité. Un système de participation financière y est en place, avec une politique officielle d'exemption pour les plus pauvres. Les résultats de cette politique d'exemption restent très faibles, en raison du sous financement des prestataires et du manque d'organisation de l'identification des plus pauvres. Le besoin est pourtant criant, comme en témoigne l'ampleur de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. Dans les trois pays, un système de tarification à l'acte est d'application. Chaque intervention, médicament, examens est facturée au patient. D'autres frais, officieux ou externes à la structure de santé, alourdissent la facture. Cela entraîne une insécurisation de tout patient par rapport au coût des services. Enfin, les mécanismes de protection existants sont pratiquement impuissants pour faciliter l'accès aux soins des plus pauvres.

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

### **I.1.3.2- Les expériences en Afrique [12]**

Subsidier les soins de santé des plus pauvres via un tiers payeur n'est pas une idée neuve en Afrique.

On retrouve une logique similaire dans des mécanismes de solidarité traditionnels et certaines actions supportées par des organisations non gouvernementales ou confessionnelles. Cependant, les fonds d'équité cambodgiens représentent probablement la plus vaste expérience de formalisation de cette logique de tiers payeur. La seule façon de savoir si le modèle a du sens sur le continent africain passe par le développement et la documentation d'expériences. Dans cet article, nous passons en revue trois approches appliquant une logique semblable: au Mali, en Mauritanie et à Madagascar.

### **I.1.3.3- Les principales leçons des expériences cambodgiennes [12]**

Dans la communauté internationale, des voix s'élèvent actuellement pour réclamer un retour à la gratuité universelle dans les soins de santé. Cette option a ses attraits et ses limites. Ses conditions d'application doivent encore être investiguée plus avant. Les fonds d'équité proposent une alternative, mitigeant les effets négatifs de la participation financière des usagers, tout en permettant leur maintien. L'idée est d'instaurer un système de tiers payeur qui garantit aux prestataires de soins une juste compensation pour les services offerts aux plus pauvres. Les objectifs pour le patient se formulent selon deux dimensions :

La transaction classique entre prestataire et patient tient à deux fonctions principales :

- ✓ délivrance de soin de santé par le prestataire ;
- ✓ en échange d'un paiement par le patient.

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

- Identification des patients nécessitant une assistance financière. Deux objectifs : éviter de dilapider des ressources vers des patients non pauvres et éviter d'exclure des patients pauvres.
- Paiement au prestataire des soins consommés par les patients identifiés.

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

- **Leçon 1** : L'impact en termes d'augmentation de l'accès aux soins par les plus pauvres est reconnu. Il a été démontré par la triple observation suivante : une augmentation de l'utilisation totale des services de santé ; une confirmation du profil de pauvres des bénéficiaires de l'assistance ; l'absence d'une diminution de l'utilisation par les patients payants.
- **Leçon 2** : Pour un ménage, l'importance des dépenses en soins de santé peut être due en grande part au recours à un secteur privé informel de qualité douteuse, qui capture le patient et retarde son accès à l'hôpital.
- **Leçon 3** : La séparation des fonctions est un principe fondamental des fonds d'équité. L'idée centrale est d'éviter les conflits d'intérêt. Pour un programme avec financement extérieur, confier l'identification des pauvres à la population seule résulterait probablement dans une multiplication des erreurs d'inclusion.
- **Leçon 4** : Les expériences cambodgiennes ont clairement démontré le besoin d'un financement suffisant car le coût des soins de santé dépasse largement les capacités locales ; extérieur à la structure de santé pour éviter le conflit d'intérêt exposé ci-dessus, et largement démontré par les échecs des politiques d'exemption classiques.
- **Leçon 5** : Concevoir un fonds d'équité ne se résume pas à une simple fonction de paiement. Il faut développer une vision systémique de l'accès aux soins, intégrant en plus de la problématique de l'accessibilité financière, les questions relatives aux barrières liées au prestataire, à la distance, aux choix des usagers.
- **Leçon 6** : Le paquet de bénéfice doit être défini en fonction des barrières à l'accès aux soins de santé qui sont vulnérables à une intervention financière. Il s'agit donc de s'attaquer aux dépenses diverses qui, pour une raison ou une autre, empêchent le patient d'accéder aux soins de santé.

- **Leçon 7** : Différents modèles d'identification ont été testés. Plusieurs distinctions s'imposent. Une première distinction peut être faite entre pré-identification et identification passive. L'expérience cambodgienne a montré que commencer par la seule identification passive était une stratégie intelligente de lancement d'un fonds d'équité.
- **Leçon 8** : Les expériences cambodgiennes ont produit des résultats opérationnellement intéressants, mais à qualité scientifique moyenne. En terme d'apprentissage, l'une des erreurs a sans doute été de ne pas avoir, dès le départ, développé et standardisé une batterie d'indicateurs et d'enquêtes permettant de dégager une évidence scientifique irréfutable.

## **I.2- LES SOURCES DE FINANCEMENT DE SANTE A MADAGASCAR [4], [13], [14]**

Le financement des fonds d'équité du FANOME est interne, c'est-à-dire qu'il « repose sur l'affectation d'une partie des recettes des formations sanitaires pour une prise en charge interne des indigents de son aire de responsabilité »<sup>4</sup>. Les fonds d'équité sont approvisionnés par un prélèvement d'une partie du bénéfice de la pharmacie. Le dispensateur vend les MCM à 135% de leur prix de revient. Ces recettes de la pharmacie sont ponctionnées de 3/135 qui alimentent le compte du FE du centre de santé. Certains CSB versent également sur le FE l'intégralité de la vente des dons de médicaments qu'ils ont reçus et certaines subventions. Ces revenus complémentaires peuvent dans certains cas être conséquents, atteignant par exemple 51% des rentrées financières totales sur l'ensemble des fonds d'équité du district de Manakara.

Le choix de la proportion des recettes de la pharmacie qui alimentera le Fe est capital car il définira le nombre de patients que le Fonds pourra prendre en charge en fonction de leur coût. Ici, comme le coût moyen de prise en charge d'un patient pris en charge par le fonds d'équité et d'un patient « classique » sont sensiblement identiques, un approvisionnement financier du FE par ponction de 3/135 des recettes du FANOME signifie pour environ 45 patients soignés par un CSB, le FE pourra prendre en charge un patient.

L'unique source de financement des fonds d'équité du FANOME provient donc de la population, et plus précisément de la population malade se soignant dans les structures publiques du premier et deuxième niveau. Si ce mode de financement du FE fait intervenir le principe de solidarité entre non pauvres finançant le système et pauvres identifiés bénéficiant de celui-ci, il ne fait pas intervenir le principe de solidarité entre les malades et les non-malades, la population en bonne santé ne participant pas au financement des FE. De plus, l'on est en droit de s'interroger sur la pertinence de faire porter tout le financement uniquement sur une couche socio-économique très précise de la population: la population fréquentant les formations sanitaires publiques des premiers niveaux, généralement n'étant pas la population disposant du plus de ressources financières.

Pour cette raison, nous préconisons donc de transformer le fonds d'équité par financement interne en fonds d'indigence spécifique basé sur une politique nationale de subventionnement des indigents au travers de l'ensemble du système de santé, ou un système mixte comme c'est le cas pour les fonds d'équité hospitaliers. Un financement par budget de l'Etat aurait de multiples avantages : il ne fait pas porter le financement uniquement sur une couche de la population en général pas aisée financièrement, il applique le double principe de solidarité entre les riches et les pauvres et entre les malades et bien-portants, et il limite les disparités entre les régions, voire entre les centres eux-mêmes. De plus, à plus long terme, ce fonds peut-être facilement approvisionné financièrement si nécessaire par des fonds de bailleurs externes, et peut également transformé en fonds multisectoriel de lutte contre la pauvreté ouvrant la voie à des actions dans d'autres domaines pour la population identifiée : éducation, travail, intégration sociale...

Madagascar utilise 4 types de fonds (fonds de subvention, Fonds d'équité, Fonds d'aide à la performance et Fonds d'achat) que l'on trouve sous des formes différentes et qui peuvent être distingués par l'objet du financement, par le type de sélection des bénéficiaires, par l'étendue de la couverture qu'ils proposent et par des mécanismes de financements différents.

Parmi ces 4 types de fonds, les fonds d'achats s'inspirent sur certains aspects de chaque type de fonds et ont donc souvent des points communs mais ils correspondent en fait à une logique différente. Ils financent la demande comme les fonds d'équités et

se fondent essentiellement sur un paquet de services et non sur des personnes. Les fonds d'équité se limitent parfois à certains services et uniquement pour des populations particulières. Les fonds d'achats ont une couverture universelle même si le choix du paquet de services peut s'adresser plus particulièrement à une partie de la population. Par exemple, les plus riches choisiront d'autres services. Dans ce cas, le critère de sélection dépend du choix des patients et non d'un test de revenu.

**Tableau 2: Les sources de financement de santé à Madagascar [PONCIN X ; 2009]**

	<b>Fonds de subventions</b>	<b>Fonds d'équité</b>	<b>Fonds d'aide à la performance</b>	<b>Fonds d'achats</b>
<b>Objet</b>	Inputs	Personnes	Activités, ratios	Paquet de services
<b>Sélection</b>	Besoins de services	Critère d'indigence	Priorité santé publique	Demande de certains services
<b>Couverture</b>	Complément au budget de l'Etat et paiement	Paquet complet pour les personnes choisies	Complément au budget de l'Etat et paiement	Totalité pour le paquet choisi (sauf ticket modérateur)
<b>Mécanisme</b>	Renforcement de l'offre	Solvabilisation de la demande	Renforcement de l'offre	Solvabilisation de la demande

### I.2.1- Le système de solidarité et d'entraide existants [1]

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 perçues 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 «fokonolona» 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 «fokonolona» 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 organisations et appartenance sociales, et qui a été réintégré dans le circuit administratif postcolonial dans les années 70. Le «fokonolona» 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. L'expérience des Fonds d'Équité laisse également penser que ses membres ont une bonne connaissance de leurs conditions socioéconomiques respectives.

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» est éloquent : alors que le fonds est constitué de dons de membres de la communauté «Khodja», il est géré par un non religieux protestant, 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.

### **I.2.2- Cofinancement [1]**

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 étrangers.

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.

### **I.2.3- Le fonctionnement des fonds d'équité [2]**

La stratégie des FE instaure un système de « tiers payeur » qui garantit aux structures sanitaires un paiement pour les soins de santé offerts aux plus pauvres. Classiquement, la structure sanitaire fournit des soins au patient en échange d'un paiement. Mais les plus pauvres ne peuvent pas remplir cette fonction de paiement. Le principe du tiers payeur vient s'y substituer en la divisant en : identification des patients nécessitant une assistance financière et paiement à la structure sanitaire, par un tiers (le FE), des soins fournis.

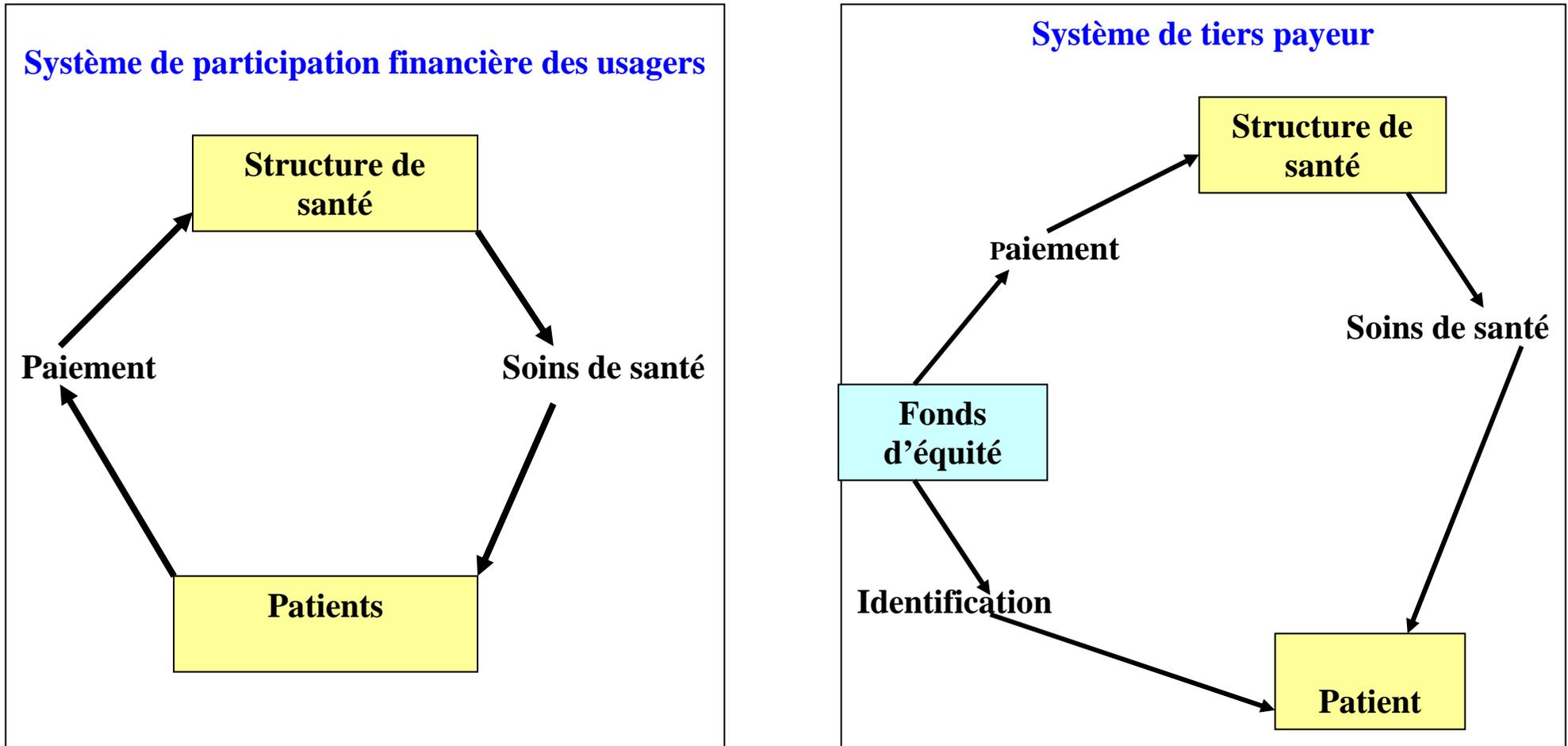


Figure 1 : Le fonds d'équité : un tiers payeur [NOIRHOMME, 2009]

### **I.3- INITIATIVES POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DES PLUS DEMUNIS [16], [17], [18], [19], [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27]**

L'expérience malienne remonte à 2001, avec la création du fonds d'assistance médicale dans deux centres de référence de Sélingué L'ONG Médecins sans Frontières a accompagné le processus et doté le programme d'un fonds de démarrage. Le fonds d'assistance médicale visait deux types de population : la prise en charge des soins hospitaliers pour les indigents et l'octroi de crédit aux personnes en difficulté temporaire de paiement. Dans un souci de pérennité, le financement provenait de ressources locales : les revenus générés par la vente des médicaments, une participation des municipalités et une subvention de l'État. Les résultats sont restés relativement faibles, principalement par manque de ressources et manque d'implication de certains acteurs locaux. En effet, après trois années d'existence, le fonds d'assistance médicale de Sélingué n'avait supporté que 2% des patients hospitalisés. Parmi eux, seuls 9% étaient considérés comme indigents et intégralement exemptés de leurs frais médicaux.

Les fonds d'indigence mauritanien ont commencé en 2003 dans 17 structures sanitaires du «Hodh El Garbi et Hodh El Chargi » au sud-est du pays. La «Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit» (GTZ) a accompagné la conception du programme, et s'est retirée au moment de son lancement. Le fonds visait à subsidier les soins des plus pauvres dans les postes de santé et les structures de référence. Le transport de référence était aussi prévu dans la couverture. Ici également, le modèle est fortement marqué par une volonté d'autofinancement et d'ancrage dans le contexte local. Cependant, les résultats restent décevants. En effet, la proportion de bénéficiaires ne dépassait pas 2% des utilisateurs des structures de santé et les activités de support et de supervision depuis le lancement des projets sont restées rares et peu structurées.

En Afrique, la préidentification reste la méthode la plus courante pour les fonds d'indigence. Elle s'organise généralement selon une stratégie d'identification par des agents issus de la communauté, avec validation par une entité hiérarchique supérieure. A Madagascar, l'identification des bénéficiaires des fonds d'équité communaux est faite au niveau du « fokontany » (l'unité sociale de base malgache) et est ensuite validée au niveau communal.

Les fonds d'équité au niveau des centres de santé de base à Madagascar (à distinguer du fonds d'équité hospitalier de Marovoay) rencontrent le même problème budgétaire qui limite le nombre de personnes prises en charge. Les fonds devraient être alimentés par une partie des revenus de la vente des médicaments et une subvention de l'État, des provinces autonomes et des communes. Mais les communes, qui ne disposent que d'un budget limité, donnent priorité au financement des services communs comme l'amélioration des routes, des écoles et des centres de santé. En concertation avec le centre de santé de base, la commune impose un nombre de bénéficiaires à ne pas dépasser en fonction du financement disponible. Dans de nombreuses communes les fonds d'équité n'ont pas été mis en place par manque de fonds de départ.

Ces exemples suggèrent que jusqu'à présent le financement par des ressources locales n'est pas une stratégie adéquate pour la prise en charge des soins de santé des plus pauvres. Dans cette approche, c'est le montant collecté qui détermine le nombre de personnes aidées ou les services couverts. Pour garantir l'accès aux soins des exclus, il faut suivre la démarche inverse : calculer un budget à partir des besoins réels et ensuite trouver un financement en conséquence. Le financement à partir des ressources libérées par l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés peut être une solution pour un financement local durable, mais il faut alors une volonté politique réelle pour mettre en application les engagements prévus dans les plans sanitaires.

**Tableau 3 : Résumé des caractéristiques des fonds d'indigence/ équité Africains  
[BART C ; 2010]**

<b>Pays</b>	<b>Mali</b>	<b>Mauritanie</b>	<b>Madagascar</b>	<b>Madagascar (Marovoay)</b>	<b>République démocratique de Congo</b>
Localité	Sélingué	Hodh el Garbi et Hodh el Chargui	Echelle nationale	Marovoay	Bokonzi
Nom	Fonds d'assistance médicale	Fonds d'indigence	Fonds d'équité	Fonds d'équité	Fonds d'équité
Création	2001	2003	2003	2005	2004
Soins couverts	Hôpital	17 structures de santé de première ligne et de référence	Centre de santé publique	Hôpital de district de Marovoay	Hôpital de zone de Bokonzi
Principales sources de financement	Ressources locales	Ressources locales	Ressources locales	Bailleur externe	Bailleur externe
Identification	Identification passive pas assistants sociaux	Pré identification par comité + identification passive	Pré identification par comité	Pré identification par comité + identification passive	Pré identification par comité
Nombre de personnes couvertes	2% des hospitalisés	2% des utilisateurs de la première ligne	Supposé très faible (<1%)	12,5% des hospitalisés	661 malades hospitalisés en 2004

➤ **La qualité des soins [5]**

La qualité des soins fait référence à une pluralité de facteurs qui convergent vers un traitement efficace du patient. Ces facteurs concernent aussi bien la phase du diagnostic que celle du traitement. Un bon diagnostic commence par un bon accueil. Un

malade bien accueilli se confie au soignant en lui disant explicitement de quoi il souffre. La mise en confiance est un préalable pour un diagnostic réussi.

Mais les différentes observations menées aussi bien dans les CSI que dans les cases de santé relèvent des pratiques des agents contribuant à les éloigner des usagers, mettant ainsi en mal la qualité des soins.

➤ **Les longues attentes [5]**

Les absences répétées de certains agents de santé de leur lieu de travail freinent la fréquentation des usagers. Même lorsque les agents sont sur place, ils prennent du temps pour répondre aux sollicitations des usagers. Souvent des villageois qui viennent de loin retournent ou changent de formation sanitaire sans avoir été consultés du fait de la négligence dont ils font l'objet. La prise en charge rapide est un indicateur de qualité de soins évoqué par les enquêtés lors des entretiens.

« Le bon centre, celui qui traite bien ses malades, c'est là où tu vois les malades rentrer et sortir sans problème. Mais là où tu vois les malades attendre en longueur de journée c'est un mauvais centre où les agents ne s'occupent pas des malades ».

**I.3.1- Lever les barrières financières : une première étape décisive vers l'accès universel aux soins de santé primaire [19]**

Parmi les nombreuses barrières pouvant expliquer les difficultés et inégalités d'accès à la santé (éloignement des centres de santé, transport cher et difficile, accès payant, qualité des soins insuffisante, dysfonctionnement des structures sanitaires, facteurs culturels, discrimination sexuelle, etc...), l'obligation faite à l'utilisateur de payer les prestations de soins, représente un obstacle de première ligne. La politique de paiement direct par les patients, introduite dès années 80, a en effet largement amputé la capacité des populations à se protéger efficacement contre le risque maladie.

Aujourd'hui, ce constat est de plus en plus partagé et a abouti notamment en 2005 à un engagement fort et symbolique des pays du G8 en faveur de la gratuité des Soins de Santé Primaire (SSP). Depuis, plusieurs gouvernements du sud (majoritairement en Afrique) se sont engagés dans cette voie via la mise en œuvre de politiques plus ou moins extensives d'accès gratuit aux SSP.

Pourtant, malgré ces premières avancées, l'élimination du paiement direct par les usagers se heurte encore à des résistances importantes, notamment au niveau opérationnel ; résistances qui s'expriment parfois au sein même des institutions promouvant la gratuité. Les doutes quant à la réalité du soutien promis par les pays donateurs, de même que les préoccupations liées à la pérennité nécessaire des financements de ces politiques de gratuité, comptent parmi les principales raisons motivant ces résistances [19].

### **I.3.2- L'évolution de l'accès aux services sociaux à Madagascar de 1993 a 1999 [28], [13]**

La nouvelle politique sur la santé, introduite en 1995, a annoncé deux grands changements d'orientation: la décentralisation progressive des services de santé administrés désormais à travers 111 districts sanitaires et la politique du recouvrement des coûts ou la politique de participation financière des usagers à travers les frais d'utilisateurs. Les trois enquêtes nationales auprès des ménages (EPM) de 1993, 1997 et 1999 permettent de donner des indications de l'impact de ces changements de politique.

Le recouvrement des coûts se fait sentir clairement au niveau des services publics de santé. Depuis 1993, bien que le coût moyen par visite n'ait pas changé, le pourcentage des utilisateurs qui paient a triplé et dépasse aujourd'hui 90% des utilisateurs.

La politique de recouvrement des coûts des services de santé constitue l'un des principaux changements introduits. Les dernières informations des enquêtes EPM ne montrent pas une baisse d'utilisation des pauvres, peut-être parce que la hausse des coûts est arrivée en même temps que la reprise macro-économique, ainsi les changements de revenu ont pu compenser la hausse des prix d'accès. Tout de même, nous savons que dans d'autres domaines, les taux d'utilisation par les pauvres se montrent beaucoup plus sensibles aux coûts d'accès que ceux des riches. Il est important d'observer un suivi assidu afin de s'assurer que les pauvres aient un accès accru aux services d'éducation et de santé de base.

Le secteur public doit intervenir dans la prestation de ces services de base, puisque le secteur privé à lui seul, ne sera pas suffisant à les fournir. Par exemple, le contrôle des maladies contagieuses par les services publics sera bénéfique à la société entière en

dehors de ce que les individus sont prêts à payer. Bien qu'ils puissent servir efficacement ceux qui ont plus de moyens, les établissements privés négligent les plus pauvres. Le pouvoir public doit intervenir afin d'assurer l'accès le plus équitable pour tous à ces services vitaux.

Comme les ressources publiques sont cependant limitées, il devient important de bien cibler ces investissements vers les créneaux les plus porteurs pour la stimulation de la croissance économique et la réduction de la pauvreté. Dans cette optique, une étude de l'INSTAT a visé à évaluer l'évolution récente de l'accès aux services publics. Fondée sur une série de trois enquêtes nationales auprès des ménages (EPM), effectuées en 1993, 1997 et 1999 ces études publiques de santé et d'éducation suite à la relance économique constatée depuis 1997 et à une série de changements de politique économique [28].

#### **I.4- ATTEINTE DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE : LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE FINANCEMENT [10]**

La couverture universelle signifie que tous les individus, au moment où ils en ont besoin, ont accès à des soins adaptés et d'un coût abordable, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement ou de la réadaptation. Elle suppose donc un accès équitable et une protection contre le risque financier. Elle repose également sur la notion de financement équitable : la contribution est proportionnelle à la capacité de payer, indépendamment du fait qu'on soit malade ou non. Il en résulte qu'une grande part du financement doit provenir de contributions anticipées et mises en commun, plutôt que de frais et d'honoraires facturés au malade quand il consulte les services.

Pour instaurer la couverture universelle, il faut faire des choix à propos de chacun des trois éléments dont se compose le système de financement des services de santé :

- collecte de fonds : les contributions financières au système doivent être collectées de manière équitable et rationnelle ;
- mise en commun des ressources : les contributions sont regroupées afin que les dépenses de santé soient réparties entre tous les cotisants, et non à la charge de chacun d'eux ;

- et, achat : les cotisations sont utilisées pour acheter ou fournir des prestations adaptées et efficaces.

#### **I.4.1- Transition vers la couverture universelle [29]**

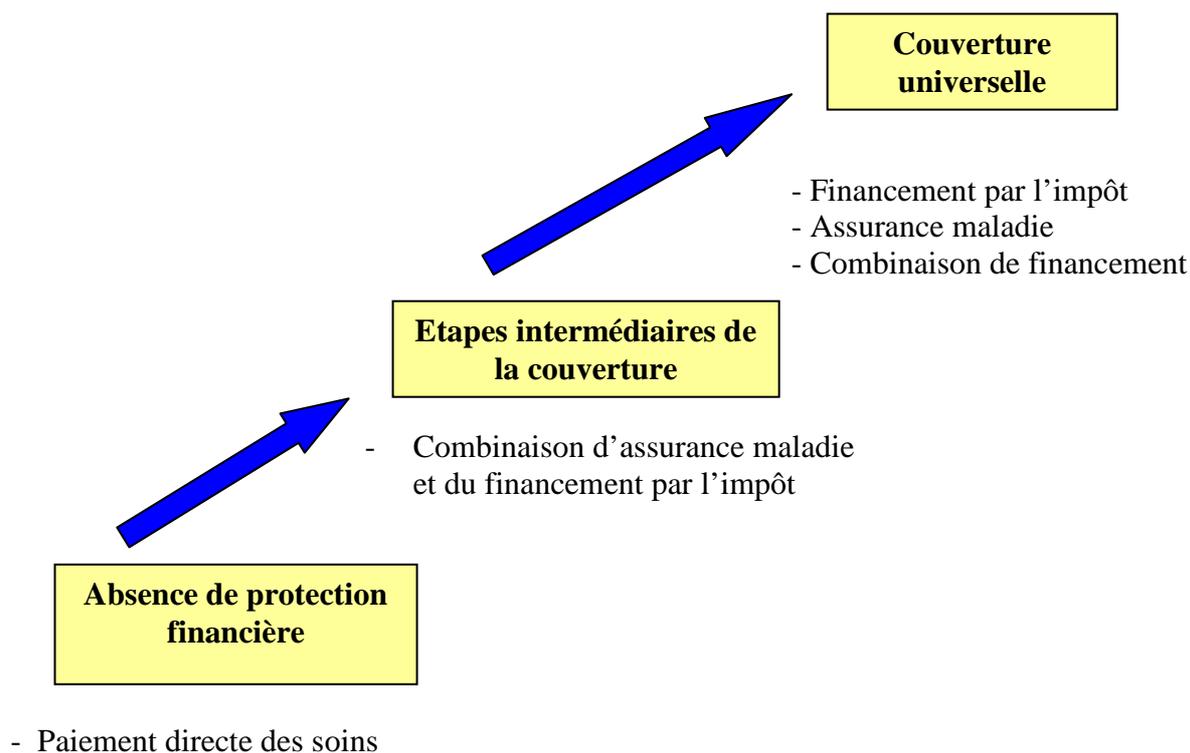
Au début de la transition, la couverture est encore partielle, et les groupes les plus pauvres sont souvent les moins bien protégés. Les frais et les honoraires dont doivent s'acquitter les ménages quand ils utilisent les services restent très importants. Dans les étapes suivantes, il faudra passer du paiement direct au paiement anticipé, en combinant éventuellement différentes formules de prépaiement.

##### **I.4.1.1- Rapidité de la transition [29]**

Quel que soit le mécanisme de financement qu'un pays décide d'adopter, la transition vers la couverture universelle peut prendre plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années. Il s'est ainsi écoulé 36 ans au Japon entre la promulgation de la première loi sur l'assurance maladie et celle qui a institué la couverture universelle. Il a fallu aussi beaucoup de temps au Royaume-Uni pour instaurer un système universel basé sur l'impôt.

##### **I.4.1.2- Degré de prépaiement [29]**

Il est rare que la totalité des dépenses de santé soient couvertes par le prépaiement. La plupart des systèmes prévoient, à un degré ou à un autre, la participation aux frais ou la rémunération à l'acte par les particuliers; cette formule aide par ailleurs à éviter la surconsommation (médicaments, examens, hospitalisations). Il est primordial que les paiements directs lors de la prestation des services ne représentent pas une dépense telle qu'ils réduisent l'accès aux soins ou exposent les malades à d'importants risques financiers.



**Figure 2 : La transition vers la couverture universelle [CARRIN G ; 2006]**

#### **I.4.1.3- Quels mécanismes de financement les pays doivent-ils choisir ? [29]**

- Il n'y a pas de système de collecte des contributions meilleur que les autres en toutes circonstances ou qui présente de nets avantages du point de vue des résultats sanitaires, de la réponse aux besoins des patients et de l'efficacité.

#### **I.4.2- Politique d'exemption universelle versus catégorielle [30]**

Il subsiste de grands débats sur le choix des politiques d'exemption. Doit-on exempter toute la population afin de simplifier la prise en charge, mais en prenant le risque que les plus pauvres ne soient pas les premiers à en bénéficier ? Où doit-on cibler certaines catégories de population, notamment les plus vulnérables, au risque de stigmatiser certains groupes ou de ne pas obtenir l'acceptation de la population générale pour un tel ciblage ? Les enjeux éthiques et moraux sont aussi complexes que les modalités techniques de mise en œuvre. Le tableau suivant rend compte de la manière dont les pays ayant supprimé le paiement des soins ont effectué ces choix.

**Tableau 4 : Répartition des pays ayant aboli le paiement des soins par secteur et type d'abolition [RIDE V ; 2010]**

Secteur	Universelle	Catégorie	Mixte
Public	- Libéria - Madagascar - Népal - Ouganda - Zambie	- Burkina Faso - Mali - Niger - Sénégal - Sierra Léone - Tanzanie	- Afrique du sud - Kenya
Public et privé	Ghana	Burundi	-

Sur les 15 pays qui ont mis en place des politiques d'exemption des paiements des soins, 8 ont préféré une approche sélective, qui touche soit les femmes enceintes, soit les enfants de moins de cinq ans, voire les deux (Burkina Faso, Burundi, Ghana, Mali, Niger, Sénégal, Sierra Leone, République Unie de Tanzanie). L'approche universaliste a été implantée dans cinq pays (Liberia, Madagascar, Népal, Ouganda, Zambie). Seuls deux pays, l'Afrique du Sud et le Kenya, ont opté pour une approche 'mixte', combinant à la fois l'exemption pour une partie de la population et l'exemption pour certains types de services à l'ensemble de la population. Il est encore difficile, à partir du recensement des écrits, de dégager des tendances spécifiques à ces deux grandes modalités d'exemption concernant leurs effets potentiels sur les systèmes de santé [11].

Cette situation confirme les résultats d'une étude réalisée dans six pays africains qui a montré que ces choix semblent parfois liés à l'histoire des pays et à la division entre francophones et anglophones. Pour le moment, il semble que les pays d'Afrique francophone aient choisi une abolition catégorielle (Mali, Niger, Burkina Faso), certainement à cause de l'histoire des politiques de recouvrement des coûts, tandis que certains pays anglophones ont opté pour des suppressions de paiement plus universelles

(Ghana, Ouganda, Afrique du Sud). Le rôle des bailleurs de fonds et leur volonté de soutenir les pays dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015 n'est certainement pas sans avoir influencé les choix des pays pour l'abolition catégorielle, notamment pour les pays dont le financement de la santé dépend en partie de ces bailleurs [30].

#### **I.4.3- L'OMS engage tous les pays à renforcer le financement de la santé [31]**

Même dans les pays où les services de santé étaient traditionnellement accessibles et d'un coût abordable, les mécanismes de financement ont de plus en plus de mal à faire face aux besoins. Et, dans les pays où le financement de la santé est en grande partie assuré par la facturation des soins aux usagers eux-mêmes, les frais de santé accumulent chaque année 100 millions de personnes à la pauvreté.

##### **➤ Mobiliser davantage de fonds pour la santé [31]**

Les gouvernements pourraient allouer davantage d'argent à la santé. En 2000, les chefs d'État des pays africains s'étaient engagés à affecter 15% du budget de la nation à la santé. Depuis lors, trois pays (le Libéria, le Rwanda et la République-Unie de Tanzanie) ont atteint cet objectif. Si les gouvernements des 49 pays les plus pauvres de la planète allouaient chacun 15% de leur budget national à la santé, ils pourraient mobiliser 15 milliards de dollars supplémentaires par an, c'est-à-dire pratiquement doubler les fonds disponibles.

##### **➤ Mobiliser les fonds de manière plus équitable [31]**

Cela veut dire qu'il faut supprimer les principaux obstacles financiers à l'accès aux soins. Des pays comme le Japon qui parviennent à garantir l'accès aux services de santé à l'ensemble de leur population l'ont fait en réduisant la dépendance du système à l'égard du financement direct par les patients et en augmentant le niveau des prépaiements.

➤ **Dépenser l'argent plus efficacement [31]**

En dépensant l'argent plus intelligemment, on pourrait accroître la couverture sanitaire à l'échelle mondiale de quelque 20 à 40%. Le Rapport recense 10 domaines dans lesquels on pourrait améliorer l'efficacité. L'un est l'achat de médicaments. La France a adopté une stratégie consistant à utiliser autant que possible des médicaments génériques, ce qui a permis d'économiser l'équivalent de près de 2 milliards en 2008. Les soins hospitaliers constituent une autre piste: ils absorbent souvent entre la moitié et les deux tiers des dépenses publiques totales pour la santé, et près de 300 milliards sont gaspillés chaque année en raison du manque d'efficacité à ce niveau. Une gestion plus efficace des dépenses hospitalières pourrait se traduire par un gain de productivité de 15%.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**METHODOLOGIE**  
**ET RESULTATS**

## **II- METHODOLOGIE ET RESULTATS**

### **II.1- MATERIELS ET METHODES**

#### **II.1.1- Cadre de l'étude**

##### **II.1.1.1- Situation géographique**

Mahajanga I est une ville de la zone côtière du Nord Ouest de Madagascar. Elle est le chef lieu de la région Boeny.

Cette ville est limitée au sud par la Baie de Bombetoka, à l'Ouest par le canal de Mozambique, au nord et à l'Est par le district de Mahajanga II.

Sa superficie est de 53 km<sup>2</sup>, et elle est située entre 0 à 700 km d'altitude près de l'embouchure du fleuve Betsiboka en s'ouvrant sur le canal de Mozambique.

Mahajanga I est territorialement organisée en 2 arrondissements et 26 quartiers.

Troisième ville et deuxième port de Madagascar après Toamasina, cette cité cosmopolite, au climat chaud et sec, a vécu de riches heures sous la royauté Sakalava. En témoignent les différentes étymologies que l'on prête à son nom Mozangaye, « terre d'élection » Miji angaïa, la « ville des Fleurs ».

##### **II.1.1.2- Démographie**

Mahajanga est une ville cosmopolite. Aux autochtones viennent s'ajouter des étrangers : les comoriens, les indopakistanaïens, les arabes et les asiatiques.

Il y a prédominance de la population jeune dont 50% de moins de 20 ans avec une majorité de femmes. Le nombre d'habitant est estimé à 165 097 en 2008.

##### **II.1.1.3- Infrastructures sanitaires**

Il existe :

- Huit CSB II publics du Ministère de la Santé publique :
  - CSI Mahabibo
  - CSB II Mahavoky
  - CSB II Tanambao SOTEMA
  - CSB II Antanimasaja
  - CSBII Amborovy

- CSBII Tsararano
- CSS : Centre de Santé Scolaire Mahabibo
- CSAJ de Tsararano Ambany
- Trois CSB II publics rattachés à d'autres ministères sont :
  - Garnison
  - BMH
  - Maison centrale
- Treize CSB II privés:
 

OSIEM, SMIM, JIRAMA, AINAVAO, FISA, SEMS, SOS Médecins, CSRA, Saint Gabriel, Kintana, MAHASOA, BARDELLI, FANANTENANA.
- Quatre CHD II privés:
  - Espace médical
  - CMC Tsaramandroso
  - Hôpital Luthérien Antanimalandy
  - MSI : Marie Stoppes International
- Un CHU public : CHUM Androva

#### **II.1.1.4- Présentation du Centre de Santé Intégré Mahabibo**

L'étude a été effectuée dans le secteur sanitaire du Centre de Santé Intégré Mahabibo.

Le CSI Mahabibo est implanté dans le centre ville de Mahajanga, c'est la première formation sanitaire construite à Mahajanga I.

La prise en charge psychosociale des PVVIH au niveau de la Région de Boeny contribue à l'atteinte de l'indicateur de santé qui est : « la proportion de PVVIH qui bénéficient d'une prise en charge psychosociale conformément aux standards nationaux».

En 2009, la stratégie optée pour atteindre cet objectif est de mettre en place un Centre de Santé Intégré (CSI).

Douze «fokontany » dépendent de ce centre :

- ✓ Mahabibokely,
- ✓ Morafeno,
- ✓ Tanambao – Ambalavato,

- ✓ Manjarisoa,
- ✓ Manga,
- ✓ Aranta,
- ✓ Fiofio,
- ✓ Ambalavola,
- ✓ Marovato Abattoir,
- ✓ Mangarivotra,
- ✓ Ambovoalanana,
- ✓ Mahajanga Be.

#### ❖ **Statut**

Ce centre a un statut étatique (ex-centre de santé de base) sous la tutelle du SDSP de Mahajanga I.

#### ❖ **Personnels**

Au total, le nombre des personnels au centre est composé de 35 personnels de santé permanents et 70 autres personnes payées par des ONG qui travaillent en tant que pairs éducateurs et médiateurs.

Les 35 personnels permanents sont composés d'un médecin référent, 5 autres médecins généralistes, 12 paramédicaux dont 1 paramédical référent, 2 assistantes sociaux, 1 secrétaire, 5 laborantins, 1 dispensateur de médicaments et 4 personnels d'appui, 2 dentistes, 2 assistants dentaires.

Trois médecins référents du CHU de Mahajanga assurent à tour de rôle le renfort du médecin référent permanent.

Les médecins référents sont des spécialistes formés pour la prise en charge des personnes séropositives.

#### ❖ **Offre de service dans le centre**

L'offre de services au sein du CSI se divise en 4 catégories :

- ✓ Les soins préventifs ;
- ✓ Les soins curatifs ;
- ✓ Les services promotionnels ;

- ✓ Les services d'accompagnement.

➤ **Les soins préventifs**

**a- Services préventifs pour la mère**

**Consultation prénatale (CPN) pour les femmes enceintes :**

- ✓ L'évaluation des grossesses à risque ;
- ✓ la lutte contre le paludisme ;
- ✓ sérologie de la syphilis par le test rapide ou par examen de laboratoire (RPR). En cas de positivité du test, les partenaires sont également traités ;
- ✓ la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) : c'est la réalisation de counseling et de dépistage VIH chez les femmes enceintes et une prophylaxie ARV tous les mois à partir du 6<sup>ème</sup> mois. De plus, le centre offre une supplémentation de fer et vitamine A, en aliment suivi de conseils nutritionnels.

Au total, une femme doit avoir effectué 4 CPN jusqu'à l'accouchement sauf complications.

**Planification familiale :**

Pour les mères et les femmes en âge de procréer, le centre effectue des consultations médicales suivies de la prescription d'une méthode de contraception à courte durée ou à longue durée.

**Accouchement :**

Ce service englobe l'accouchement eutocique, la surveillance de la mère et de l'enfant après la naissance accompagnée de soins postnataux et les conseils à la mère. Les cas dystociques sont référés au CHU pour une éventuelle opération césarienne.

Les mères séropositives au VIH n'accouchent pas au CSI mais sont référées à la complexe mère enfant (CME), au CHU d' Androva.

### **b- Services préventifs pour l'enfant**

- ✓ déparasitage,
- ✓ lutte contre le paludisme par la dotation de moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- ✓ lutte contre la malnutrition : appui nutritionnel, conseil et suivi de courbe pondérale ;
- ✓ Supplémentations en Vit. A :
- ✓ vaccination des enfants de 0 à 11 mois.

### **c- Conseils et tests volontaires au VIH**

L'offre de dépistage est conseillée systématiquement dans toutes les services préventifs existants au niveau du centre (PF, CDT, maternité). Les personnes dépistées positives sont référés au médecin référent du centre.

### **d- Service de diagnostic et de traitement de la tuberculose (CDT)**

#### ➤ **Les soins curatifs**

##### **a- Consultations externes**

- ✓ Diagnostic de toutes les maladies générales dont celui des Infections sexuelles transmissibles (IST) par l'approche syndromique ;
- ✓ Prescription des médicaments génériques ;
- ✓ Examen de laboratoire ;
- ✓ Référence des malades au CHU en cas de maladies graves.

##### **b- Pour les enfants de moins de 5 ans**

- ✓ Prise en charge intégrée des maladies des enfants (PCIME) : malnutrition, infection respiratoire aigue, diarrhée, paludisme, rougeole.
- ✓ appui nutritionnel spécifique pour les enfants nés des mères séropositives.

### **c- Soins infirmiers fixes**

### **d- Prise en charge psychosociale des groupes vulnérables : PVVIH, TDS et MSM**

#### **❖ Financement des soins**

Les soins sont payants pour la population générale par l'intermédiaire de l'achat de médicaments et consommables au niveau de la pharmacie du centre.. Les démunis et les PVVIH sont pris en charge par le Fonds d'équité et bénéficient de soins gratuits. Les TDS et MSM ne jouissent pas systématiquement de soins gratuits s'ils ne répondent pas à des critères prédéfinis. Les prestations dans le cadre des programmes verticaux sont gratuite, il en est ainsi de la prise en charge du paludisme (dépistage par test rapide, traitement par ACT et traitement présomptif du paludisme de la femme enceinte par le sulfadoxine **pyriméthamine**), le PEV, la prise en charge de la malnutrition (intran alimentaire et dans le cadre de la PCIME), la tuberculose et la lèpre, le traitement et le test rapide de la syphilis de la femme enceinte et de son partenaire).

#### **➤ Soins promotionnels**

- Séances éducatives (IEC) par les prestataires de santé
- Visite à domicile par les agents communautaires
- Sensibilisation de masse par les agents communautaires
- Recherche de perdus de vue par les agents communautaires et assistants sociaux

#### **II.1.2- Matériels**

Nous avons consulté

- Les rapports mensuels d'activité de consultations externes du centre CSI Mahabibo ;
- Les bons de soins des démunis.
- Fiche d'enquête

#### **II.1.3- Méthode**

C'est une étude rétrospective par consultations des dossiers du CSI sur la prise en charge par Fonds d'Equité du mois de Janvier 2008 au Décembre 2010 et prospective

par enquête des démunis et personnes vulnérables vus en consultation externe entre le mois de novembre et décembre 2010 au CSI Mahajanga et bénéficiant de la gratuité des soins par le fonds d'équité, nous avons recruté 118 personnes dont 15 PVVIH lors de cette période.

#### **II.1.3.1- Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans cette étude, tous les démunis y compris les PVVIH et leur famille bénéficiaires du fonds d'équité et les malades tout venant en consultation externe au CSI Mahabibo, durant la période d'étude et dont les dossiers sont exploitables.

#### **II.1.3.2- Critères d'exclusion**

- Les dossiers des démunis non exploitables.
- Les démunis qui ont refusé de nous répondre. Sur 176 démunis ayant fréquenté le centre 118 ont accepté soit un taux de recrutement de 67%, la majorité de ce qui ont refusé sont des membres de famille de PVVIH.
- Tous les démunis dont la localité d'origine se trouve en dehors du zone d'attraction du centre
- des zones desservies par le CSI Mahabibo.

#### **II.1.3.3- Variables d'étude**

Notre étude est centré sur :

##### **II.1.3.3.1- Variables indépendantes**

- L'âge,
- Le sexe,
- La situation matrimoniale,
- Le niveau d'instruction
- La profession

### **II.1.3.3.2- Variables dépendantes**

- Le statut social ;
- La taille du ménage ;
- La connaissance sur le fonds d'équité ;
- La source d'information de connaissance du fonds d'équité ;
- La satisfaction de la prise en charge au niveau du CSI.
- Coût moyen

### **II.1.6- Analyse de ces données**

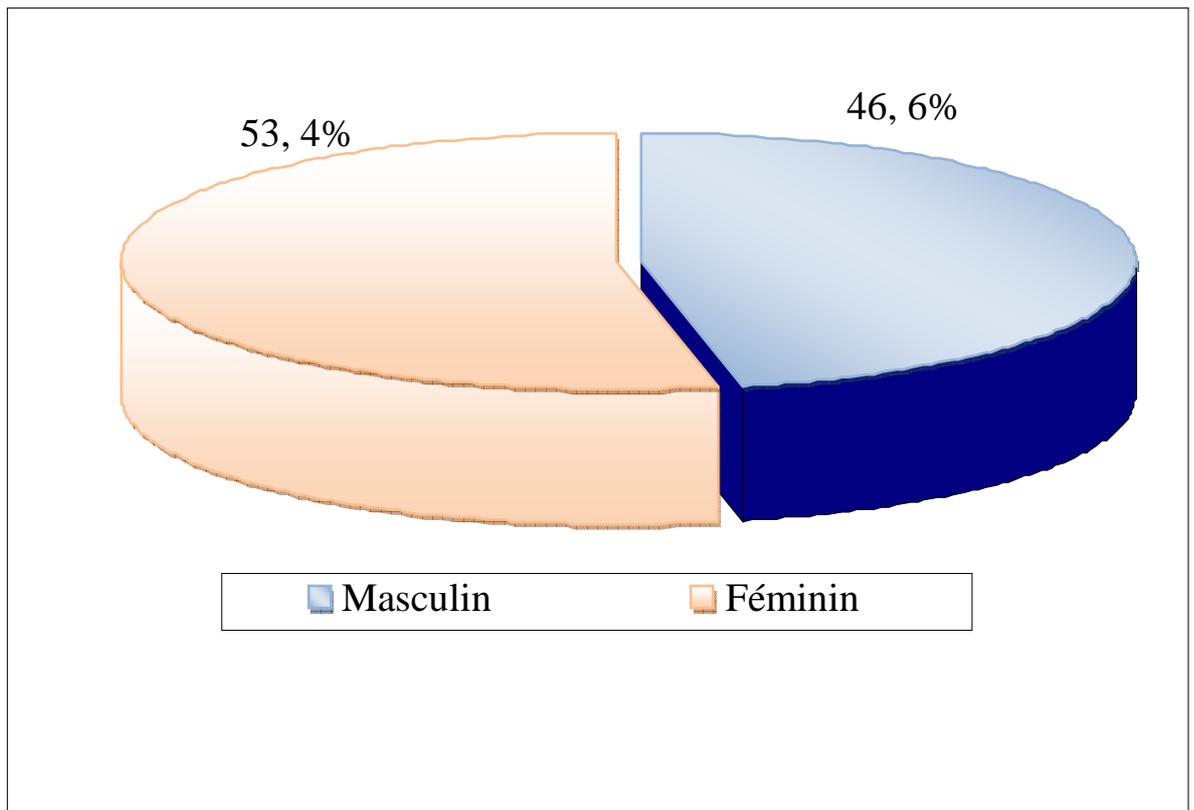
L'analyse des dossiers a été faite à l'aide du logiciel SPSS 13.0.

## II.2- RESULTATS

Durant notre période d'étude, 63 421 malades ont été vus en consultation externe au CSI Mahabibo dont 3 149 malades démunis, 60 272 malades non démunis et 118 démunis dans lequel sont compris les PVVIH et/ou des membres de sa famille ont été enquêtés sur leur prise en charge par le fonds d'équité.

### II.2.1- Caractéristiques des démunis enquêtés et leur perception de leur prise en charge

#### a) Le sexe des patients démunis



**Figure 3 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon le sexe**

Le sex-ratio est de 1,14.

## b) L'âge

**Tableau 5 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la tranche d'âge**

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage (%)
Moins de 18 ans	21	17,8
18 à 24 ans	8	6,8
25 à 34 ans	10	8,5
35 à 44 ans	12	10,2
45 à 54 ans	30	25,4
55 ans et plus	37	31,4
		} <b>56,8</b>
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Tableau 6 : Corrélation entre le sexe et la tranche d'âge des malades démunis vus en consultation externe**

	Tranche d'âge						Total
	Moins de 18 ans	18 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 ans et plus	
<b>Sexe</b>							
<b>Masculin</b>	11(20,0%)	3(5,5%)	6(10,9%)	4(7,3%)	11(20,0%)	20(36,4%)	55(100%)
<b>Féminin</b>	10(15,9%)	5(7,9%)	4(6,3%)	8(12,7%)	19(30,2%)	17(27,0%)	63(100%)

Khi<sup>2</sup> à 53,388 avec ddl 4 et p = 0,530

Ce test est significatif si et seulement si p < 0,005

**c) La situation matrimoniale****Tableau 7 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la situation matrimoniale**

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Célibataire	40	41,2
Marié	43	44,3
Veuf (ve)	10	10,3
Divorcé	4	4,1
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>100</b>

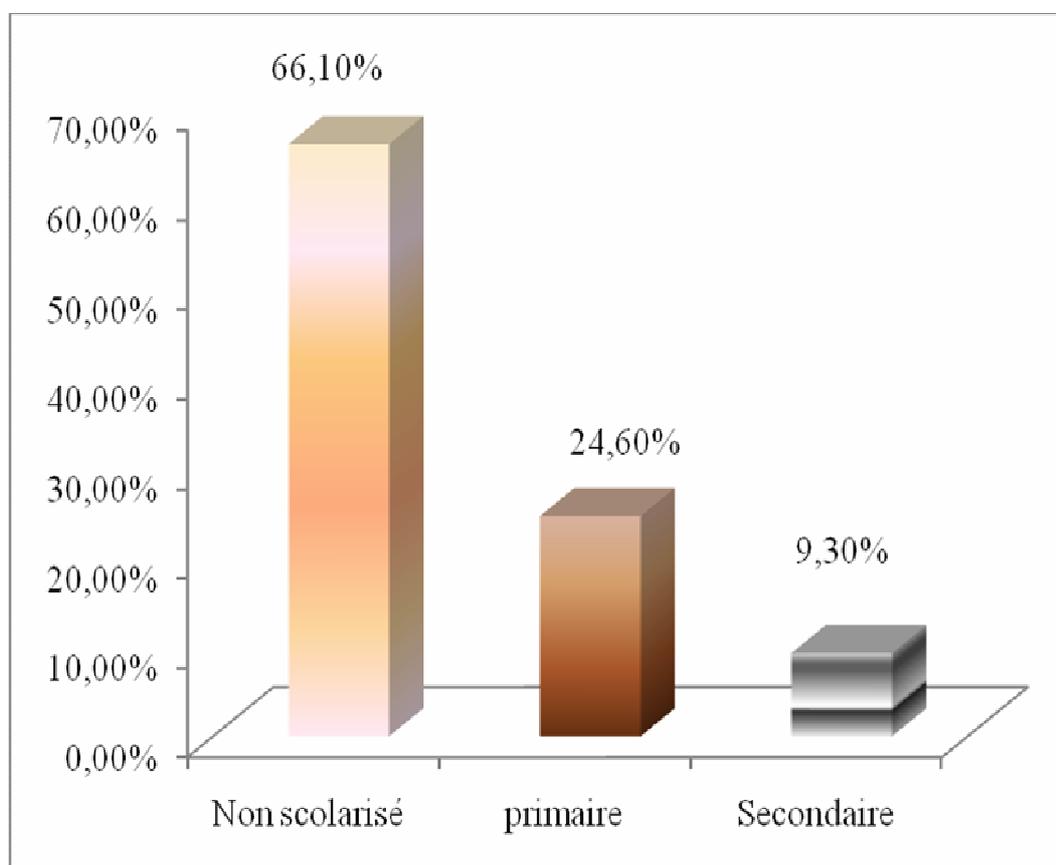
Les enfants âgés de moins de 18 ans (21 patients) sont exclus de cette répartition.

**Tableau 8 : Corrélation entre le sexe et la situation matrimoniale des malades démunis vus en consultation externe**

	Situation matrimoniale				Total
	Célibataire	Marié(e)	Veuf (ve)	Divorcé(e)	
<b>Sexe</b>					
Masculin	4(9,1%)	37(84,1%)	2(4,5%)	1(2,3%)	44(100%)
Féminin	36(67,9%)	6(11,3%)	8(15,1%)	3(5,7%)	53(100%)

Khi<sup>2</sup> à 52,163 avec ddl 3 et p = 0,000

Ce test est significatif p < 0,005

**d) Le niveau d'instruction**

**Figure 4 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon le niveau d'instruction**

**Tableau 9 : Corrélacion entre le sexe et le niveau d'instruction des malades démunis vus en consultation externe**

	Niveau d'instruction			Total
	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	
<b>Sexe</b>				
Masculin	30(54,5%)	17(30,9%)	8(14,5%)	55(100%)
Féminin	48(76,2%)	12(19,0%)	3(4,8%)	63(100%)

Khi<sup>2</sup> à 6,777 avec ddl 2 et p = 0,034

Ce test est significatif si et seulement si  $p < 0,005$

## e) La profession

**Tableau 10 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la profession**

<b>Profession</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Sans profession	61	51,7
Journalier	20	16,9
Artisan	13	11,0
Ouvrier	8	6,8
Autres	16	13,6
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Tableau 11 : Corrélation entre le sexe et la profession des malades démunis vus en consultation externe**

<b>Sexe</b>	<b>profession</b>					<b>TOTAL</b>
	<b>sans profession</b>	<b>journalier</b>	<b>artisan</b>	<b>ouvrier</b>	<b>autres</b>	
masculin	9(16,4%)	16(29,1%)	9(16,4%)	6(10,9%)	15(27,3%)	55(100%)
féminin	52(82,5%)	4(6,3%)	4(6,3%)	2(3,2%)	1(1,6%)	63(100%)
<b>TOTAL</b>	<b>61(51,59%)</b>	<b>20(16,95%)</b>	<b>13(11,01%)</b>	<b>8(6,78%)</b>	<b>16(13,60%)</b>	<b>118 (100%)</b>

Khi<sup>2</sup> à 53,388 avec ddl 4 et p = 0,000

Ce test est significatif p < 0,005

**f) La taille du ménage****Tableau 12 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la taille du ménage**

<b>Taille du ménage</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Moins de 4 personnes	12	10,2
4 à 6 personnes	33	28,0
7 personnes et plus	73	61,9
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

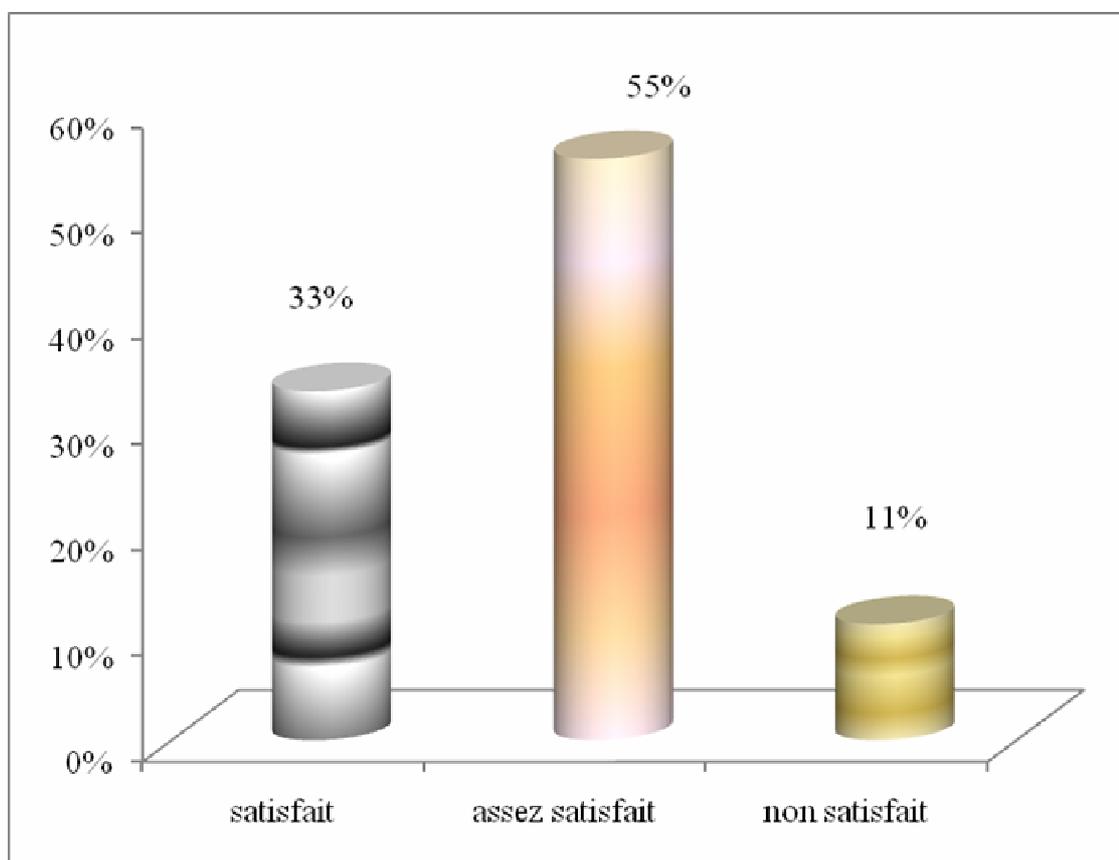
**g) La connaissance sur le fonds d'équité****Tableau 13 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la connaissance sur le fonds d'équité**

<b>Connaissance sur le fonds d'équité</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	89	75,4
Non	29	24,6
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

**Tableau 14 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la source d'information de connaissance du fonds d'équité**

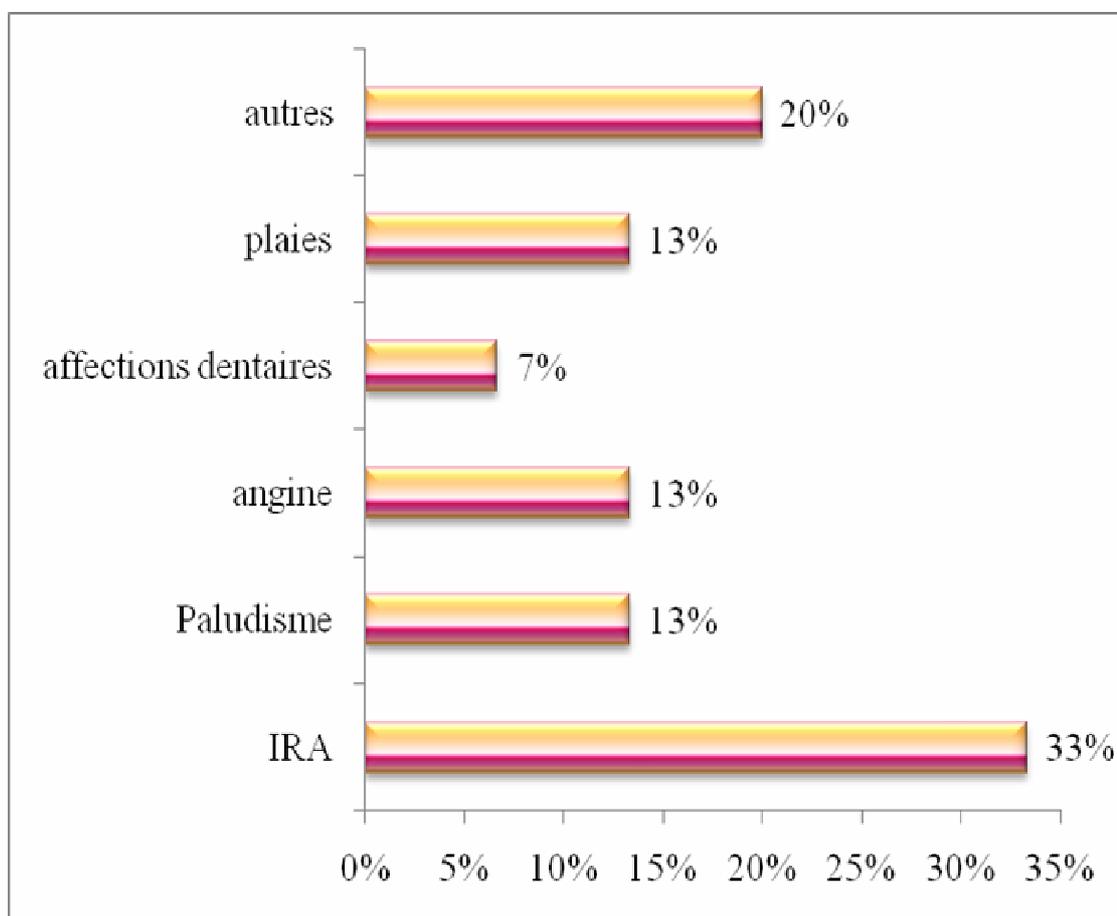
Source d'information	Nombre	Pourcentage (%)
Radio	6	15,7
Agent de communauté	49	55,1
ONG	8	9,0
Agent de santé	22	10,1
Télévision	4	10,1
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Les malades démunis ne savaient pas l'existence du fonds d'équité (29 patients) sont exclus de cette répartition.

**h) La satisfaction de la prise en charge au niveau du CSI**

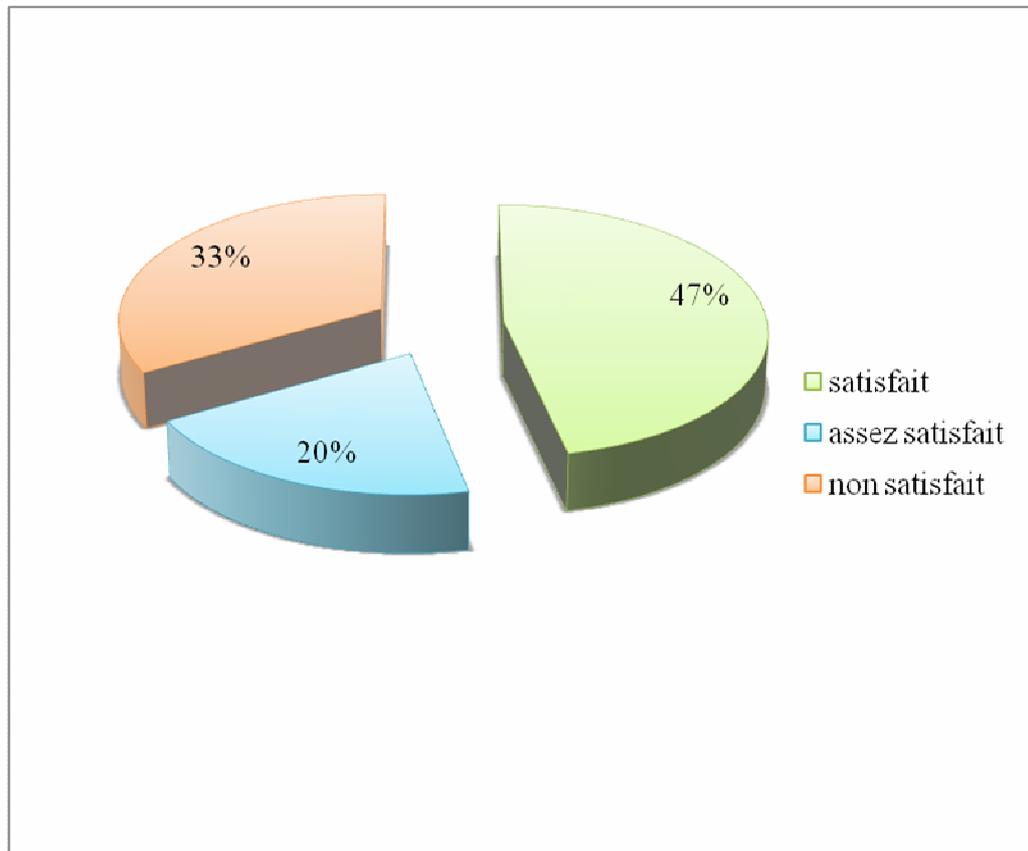
**Figure 5 : Répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la satisfaction de la prise en charge au niveau du CSI**

## i) la prise en charge des 15 PVVIH enquêtées au niveau du CSI

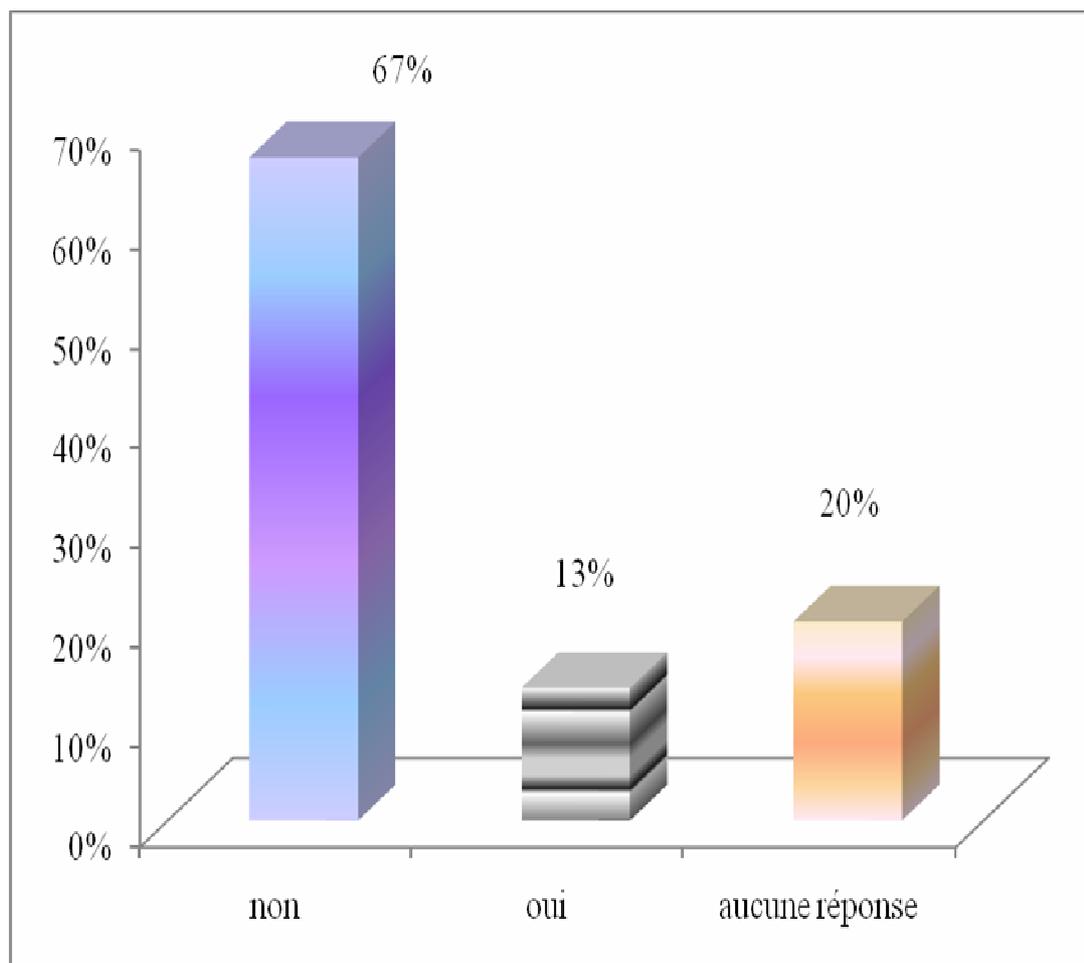


**Figure 6 : Les affections des PVVIH prises en charges par le fonds d'équité**

**Remarque :** Le coût moyen par cas est de 2400.8 Ariary



**Figure 7 : Satisfaction des PVVIH sur leur prise en charge**



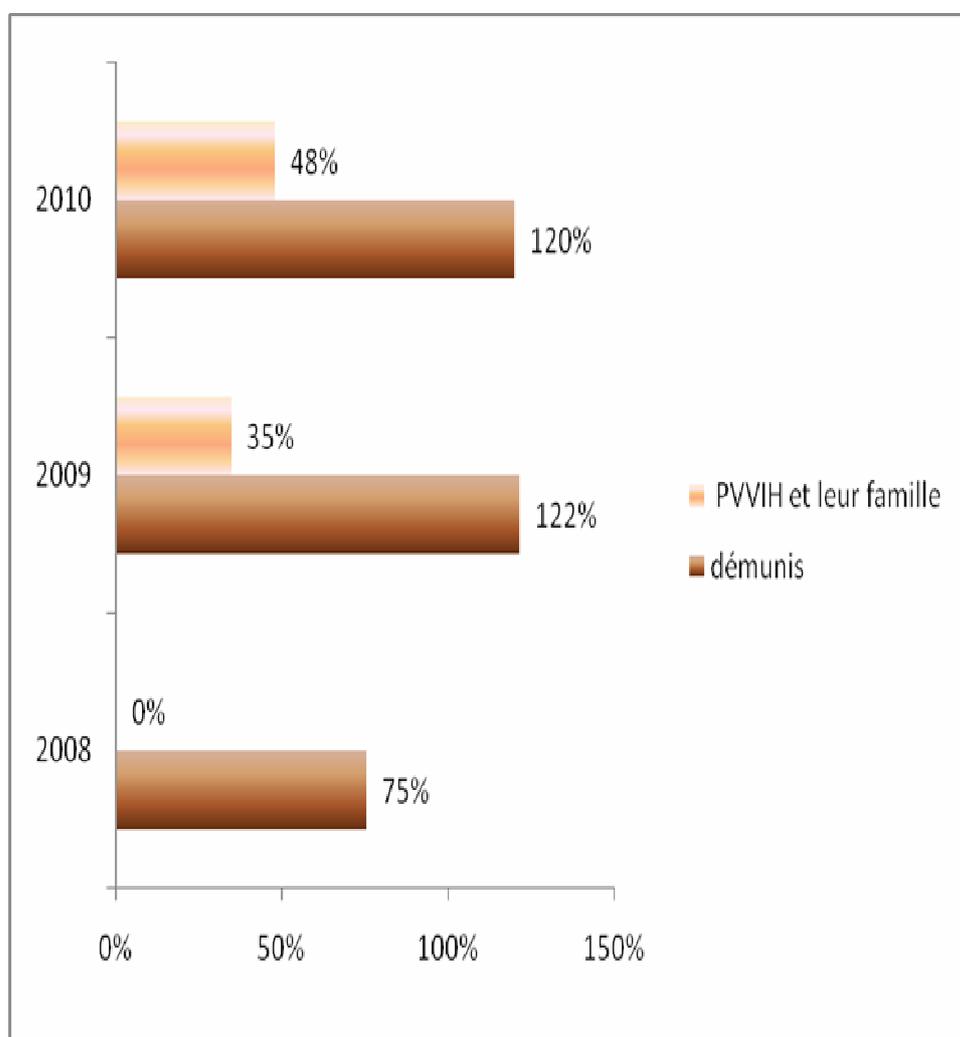
**Figure 8 : Perception des PVVIH sur la discrimination/stigmatisation lors de leur prise en charge**

## II.2.2 Evaluation de la prise en charge des démunis de 2008 à 2010 au CSI de Mahabibo

### a) Les usagers pris en charge au CSI

**Tableau 15 : Répartition des malades vus en consultation externe au CSI Mahabibo selon leur statut social**

Statut des malades	Nombre	Pourcentage (%)
<b>2008 :</b>		
✓ Malades démunis	572	2,9
✓ Malades non démunis	19523	97,1
<b>2009 :</b>		
✓ Malades démunis	1356	6,1
✓ Malades non démunis	20834	93,9
<b>2010 :</b>		
✓ Malades démunis	1221	5,9
✓ Malades non démunis	19915	94,1



**Figure 9 : Taux d'utilisation des Consultations externes par les démunis dont les PVVIH et leur famille**

**b) Coûts mensuels des soins par catégorie des malades (indigents, payants) de 2008 à 2010**

**Tableau 16 : Répartition des malades par catégorie (indigents, payants) selon le montant de facture en 2008**

Mois	Indigents		Payants	
	Nombre	Montant (en Ariary)	Nombre	Montant (en Ariary)
Janvier	38	74 936	1998	2 780 407
Février	44	42 126,54	1581	1 861 957,6
Mars	35	41 746,5	1487	1 808 933
Avril	26	39 443,17	1656	1 660 850,63
Mai	45	36 094,5	1405	1 588 158,7
Juin	49	38 524,4	1413	1 666 915,4
Juillet	49	46 215,1	1495	2 012 721,9
Aout	58	38 382,4	1668	1 666 977,6
Septembre	48	46 325	1630	2 013 320,6
Octobre	56	62 326,5	1826	2 721 256,4
Novembre	68	70 570	1978	3 080 503
Décembre	56	39 460,56	1379	1 729 690,8
<b>Total</b>	<b>572</b>	<b>576 150,67</b>	<b>19523</b>	<b>24 591 692,6</b>

**Tableau 17 : Répartition des malades par catégorie (indigents, payants) selon le montant de facture en 2009**

Mois	Indigents		Payants	
	Nombre	Montant (en Ariary)	Nombre	Montant (en Ariary)
Janvier	75	53 014,89	2182	2 328 155,11
Février	82	48 999	1703	2 140 156
Mars	94	154 733	1530	2 125 234
Avril	63	123 329	1464	2 235 602
Mai	58	47 058,6	1313	2 055 434,2
Juin	81	48 757	1432	2 107 896,2
Juillet	120	50 402,2	1455	2 217 701
Aout	154	58 485	1168	2 542 610
Septembre	144	61 342	2319	5 234 403
Octobre	144	63 288	2111	7 159 306
Novembre	178	73 823	1503	3 236 120
Décembre	163	97 807	2601	4 286 783
<b>Total</b>	<b>1 356</b>	<b>881 038,69</b>	<b>20 834</b>	<b>37 669 400,5</b>

**Tableau 18 : Répartition des malades par catégorie (indigents, payants) selon le montant de facture en 2010**

Mois	Indigents		Payants	
	Nombre	Montant (en Ariary)	Nombre	Montant (en Ariary)
Janvier	184	54 304	1577	2 363 066
Février	168	62 513	1800	2 734 998
Mars	119	51 989	2225	2 287 506
Avril	100	45 837	1238	4 994 102
Mai	54	37 831	1440	1 650 764
Juin	78	53 990	968	2 333 708
Juillet	91	50 849	1322	2 220 850
Aout	86	51 118	1625	2 226 794
Septembre	93	65 222	1676	2 848 452
Octobre	72	51 234	1826	2 222 684
Novembre	82	58 350	2005	2 410 686
Décembre	94	64 753	2183	2 818 422
<b>Total</b>	<b>1 221</b>	<b>648 990</b>	<b>19 915</b>	<b>31 112 032</b>

**Tableau 19 : Répartition des montants facturés des indigents durant la période de 3 ans (2008 à 2010)**

<b>Coût (Ar)</b>	<b>Année</b>		
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Coût total des indigents	576 150,67	881 038, 69	648 990
Coût moyen par indigent	1 007,25	649	531,5

**Tableau 20 : Répartition des montants facturés des payants durant la période de 3 ans (2008 à 2010)**

<b>Coût (Ar)</b>	<b>Année</b>		
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Coût total des payants	24 591 692,6	37 669 400,5	31 112 032
Coût moyen par payant	1 259,62	1 808,07	1 562, 24



**TROISIEME PARTIE :**  
**COMMENTAIRES ET**  
**DISCUSSIONS**

### III- DISCUSSIONS

L'idée d'une assistance aux personnes démunies n'est pas un nouveau concept. En effet, de nombreuses organisations religieuses disposent d'un fonds pour aider les plus pauvres, souvent utilisé pour payer les soins de santé. Ces systèmes d'assistance ne sont cependant pas structurés. Dans un passé récent, quand on a introduit le recouvrement des coûts avec son corollaire qui est l'autofinancement, ces fonds de « charité » étaient regardés de façon négative. Aujourd'hui, on accepte les limites du financement local et la nécessité d'assistance sociale pour les plus démunis. Les fonds d'équité proposent un système institutionnalisé, basé sur un droit, en remplacement des systèmes informels motivés principalement par la charité.

Les fonds d'équité sont perçus comme un outil potentiel de réduction de la pauvreté, s'intégrant dans une réflexion sur la réforme du financement de la santé. A Madagascar la lutte contre la pauvreté est aujourd'hui centrale, tant dans les discours que les plans d'action. Les fonds d'équité s'inscrivent dans cette logique. Ils offrent une stratégie efficiente, simple à mettre et offrant rapidement des résultats concrets. Dans cette étude nous avons essayé d'analyser la situation de la prise en charge des personnes démunies dans le principal centre du District de Mahajanga qui préconise l'intégration des soins avec en plus des démunis issus de la communauté sont intégrées la prise en charge de personnes vulnérables représentées par les PVVIH et leur famille

#### III.1- Le statut social des malades

La répartition des malades vus en consultation externe au CSI Mahabibo selon leur statut social montre que :

- En 2008 : 2,9% des malades étaient démunis ;
- En 2009 : 6,1% des malades étaient démunis ;
- Et en 2010 : 5,9% des malades étaient démunis.

Ce taux est plus petit comparé aux résultats d'étude faite à Marovoay sur le statut social des malades démunis qui était de 9,9% [32] et plus élevé par rapport à celui de POCHI en 2009 qui était de 0,03% dans le district d'Antsohihy, 0,46% d'Ambositra et 0,37% de Manakara [4].

La réinstauration d'une politique de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires du pays semble rencontrer de nombreuses difficultés qui contribuent à son échec. Nous reprenons ci-dessous les principaux obstacles à la réussite du système.

Le taux de couverture actuel du système est très faible et est dû à la difficulté de l'identification des démunis :

- ✓ Critères non adéquats pour identifier les démunis ;
- ✓ Population réticente à être identifiée comme démunie ;
- ✓ Les chefs de fokontany ne sont parfois pas informés de leur tâche d'identifier les démunis ;
- ✓ Les responsables des centres de santé n'ont pas un mandat clair d'effectuer une identification passive qui serait la bienvenue puisque l'identification active ne porte pas ses fruits.

On note un manque de communication également entre les différents acteurs du système : les mairies, les chefs de «fokontany» et le personnel du CSI. Dans certains cas :

- ✓ Les chefs de « fokontany » ne sont pas informés de l'existence du système fonds d'équité par les mairies ;
- ✓ Les mairies ne répondent pas aux appels des chefs de «fokontany» de mettre à jour la liste des démunis ;
- ✓ Les mairies ne transmettent pas les listes de démunis au CSB ;
- ✓ Le SSD ne joue pas correctement son rôle de supervision de la mise en place du système ;
- ✓ Il n'y a aucune coordination du système « fonds d'équité » avec les autres systèmes de mutuelles de santé quand cela est possible.

En conséquence on note une sous-utilisation massive des différents fonds d'équité, il y a une thésaurisation excessive des fonds d'équité. L'argent est placé à la poste et ne rapporte pas d'intérêts [4].

Cependant, par rapport à leur nombre total, les démunis listés fréquentent le centre. En 2008, seuls les démunis ayant une carte ont été pris en charge et 8 démunis sur 10 ont utilisé le centre. En 2009 et 2010, l'introduction des PVVIH et de leur famille parmi les bénéficiaires du fonds d'équité a augmenté le taux d'utilisation qui a augmenté de près de 160 %. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que leur statut de personnes

vulnérables les incite à profiter au maximum de leur droit. Ceci a été vu en Mauritanie sur l'utilisation du fonds d'indigence où on a constaté ses faiblesses. Il y a été constaté que toute croissance (accroissement de la population cible) a augmenté le coût, qui n'est pas intégré dans l'estimation préliminaire. La Mauritanie est sortie des critères de base (proposant une définition des ménages vivant dans l'extrême pauvreté) pour tenir compte des situations de détresse sociale spécifiques de tout ménage incapable de payer leur contribution. Ceci doit être envisagé pour le CSI [16].

### **III.2- Le sexe**

Une légère prédominance de démunis de sexe masculin a été notée, avec un taux de 53,4%.

Contrairement aux études réalisées par EL-MEDKOURI sur la fonction sociale de l'hôpital public : cas de la prise en charge des indigents à l'hôpital Moulay de Maroc, une légère augmentation du sexe féminin par rapport au sexe masculin avec un taux de 53,4% [33].

Selon l'étude faite par GLICK et ses collaborateurs à Madagascar, concernant le sexe du chef de ménage, les deux catégories ont connu une légère diminution avec une variation plus importante pour les ménages dirigés par les femmes. En effet, la variation est de 1,9% pour les hommes contre 2,3% pour les femmes [13].

### **III.3- L'âge**

L'étude est centrée sur des démunis âgées de moins de 18 ans à plus de 55 ans. Les personnes âgées de plus de 45 ans constituaient la plus de la moitié de l'échantillon, soit 56,8% avec un âge moyen de 48,5 ans. Cette moyenne est plus élevée comparé aux résultats d'étude faite par SOANARIVELO où l'âge moyen des démunis était de 38,5 ans [34].

Nous avons constaté que tous les groupes d'âge étaient représentés dans les deux sexes. La différence n'est pas significative. Conformément aux études réalisées par

EL-MEDKOURI au Maroc, tous les groupes d'âge étaient représentés dans les deux sexes [33].

#### **III.4- La situation matrimoniale**

44,3% des malades démunis sont mariés, 41,2% sont célibataires Les veufs représentent 10,3% et les divorcés 4,1%.

La répartition des malades démunis vus en consultation externe selon le sexe et la situation matrimoniale montrent que 84,1% des hommes étaient mariés et 67,9% des femmes étaient célibataires. La différence est significative. La situation matrimoniale des malades démunis dépend du sexe. Les femmes célibataires sont plus démunies que les hommes célibataires et inversement les hommes mariés sont plus démunis que les femmes mariés. Le nombre de veuves légèrement élevé (15,1%), s'explique par la présence dans les malades, des femmes âgées de 55 ans et plus qui ont été en consultations externe durant notre étude.

Ce constat est comparable aux résultats d'étude faite par EL-MEDKOURI, 59% des indigents de sexe masculin sont mariés et 41% de sexe féminins [33].

#### **III.5- Le niveau d'instruction**

Concernant le niveau d'instruction, les malades démunis sont moins instruits, plus de la moitié, soit 66,1%, n'ont pas été scolarisés, suivis par 24,6% du niveau primaire. Quelques 9,3% seulement sont de niveau secondaire. Conformément aux résultats d'étude faite à Maroc par EL-MEDKOURI, 66% des malades indigents ne sont pas scolarisés [33], et est également comparable à celle de RAKOTOARI-MANANA à Marovoay où 36% des démunis ne savaient ni lire, ni écrire [32].

Selon l'étude faite par GLICK et ses collaborateurs à Madagascar, dans l'ensemble, les ménages dont le niveau d'instruction est élevé (plus de niveau primaire) ont vu une situation plus meilleure. En effet, l'incidence de la pauvreté dans ces catégories de population a diminué sensiblement. Cette diminution est surtout perceptible chez les ménages qui ont un niveau d'instruction supérieur au secondaire (18% contre 4,2%)

pour le primaire). Les ménages dirigés par des individus non instruits ont subi une hausse du taux d'incidence de 2%. Ce schéma se produit avec une analyse selon les milieux de résidence [13].

La répartition des malades démunis en consultation externe selon le sexe et le niveau d'instruction montre que 76,2% des femmes n'ont pas connu une longue période de scolarisation contre 54,5% chez les hommes. La différence n'est pas significative. Le niveau d'instruction ne dépend pas du sexe. Mais on a remarqué que, les femmes sont moins instruites que les hommes. Au Maroc, 56% des femmes ne sont pas scolarisés contre 44% d'hommes et en Mauritanie l'analphabétisme touche 69% des adultes [16], [33].

### **III.6- La profession**

La répartition des malades démunis selon la profession a montré que 51,7% étaient sans profession et d'autres sont des journaliers (16,9%), artisans (11%), ouvriers (6,8%). Exactement égal, aux résultats d'études faites à Maroc par EL-MEDKOURI, 51,7% des malades indigents n'ont pas d'activité d'occupation [33]. A Nouakchott, la capitale de la Mauritanie, a connu une expansion rapide suite à l'exode rural des années 1980, suite à l'afflux de populations rurales. Dans les quartiers pauvres de Nouakchott, 35% des chefs de ménage sont sans emploi et le pouvoir d'achat des habitants est très limité. Les plus pauvres ont généralement des sources de revenu précaires [16].

La corrélation entre le sexe et la profession des malades démunis vus en consultation externe montre que 82,5% des femmes démunis étaient sans profession et 16,4% des hommes. La différence est significative. La profession des malades démunis dépend du sexe, s'explique par la majorité des femmes s'occupent à l'intérieur du foyer, ou chez des familles aisées (la bonne, gardiennage des enfants). Quelques femmes s'occupent d'artisanat, (6,3%) exercent des métiers de tailleurs, coutures, vannerie,... Comme nous indiquons sur le niveau d'instruction, ailleurs, 82,5% des femmes malades indigents étaient sans profession et 16,4% des hommes [33].

Selon l'étude faite par GLICK et ses collaborateurs à Madagascar, concernant les groupes socio-économiques, les individus des ménages dont le chef est un ouvrier non

qualifié ont vu leur taux d'incidence baisser de 12%. Cette catégorie vit principalement en ville où l'embauche dans les zones franches a été intensifiée entre 1999 et 2001 [13].

### **III.7- La taille du ménage**

D'après nos résultats, la taille du ménage des malades démunis était très élevée, 61,9% des démunis avaient 7 personnes contre 43,8% selon les résultats d'étude à Marovoay [32] et celle à Maroc où 36,44% des indigents avaient 6 et 7 personnes [33]. Plus le nombre des personnes à charge augmente plus le dépense de la famille augmente.

### **III.8- La connaissance sur le fonds d'équité**

Soixante quinze virgule quatre pour cent de malades démunis ont une connaissance sur le fonds d'équité et ils ont signalé avoir eu des sensibilisations sur le fonds d'équité. Ce résultat est comparable en Mauritanie où 72,2% connaissent le fonds d'équité [16] contre 55,8% au Niger [19].

L'information constitue un moyen indispensable pour sensibiliser la population. Généralement, on peut dire que les malades démunis sont presque exposés aux informations du fonds d'équité. Le message par l'agent de communauté constitue la principale source d'information de connaissance de fonds d'équité avec 55,1% ; radio 15,7% ; agent de santé 10,1% ; télévision 10,1% et l'ONG 9%.

### **III.9- La satisfaction de la prise en charge au niveau du CSI**

La répartition des malades démunis vus en consultation externe selon la satisfaction de la prise en charge au niveau du CSI montrait que : 55,9% des malades démunis assez satisfait, suivis de 33,1% satisfait et quelques 11% non satisfait. Par contre les PVVIH et leur famille apprécie plus leur prise en charge et ne sentent pas

stigmatisé ou discriminé lors de leur prise en charge. Le taux de prise en charge est très faible comparé aux résultats d'étude faite par BANGALWA au Congo sur l'analyse du cout de prise en charge médicale des PVVIH en 2007 où on paie quatre fois plus pour elles que pour les autres patients [36].

A Marovoay, les résultats d'étude faite par RAKOTOARIMANANA a montré que tous les démunis sont satisfait de la prise en charge alors que tous les non satisfait sont des non démunis [32]. Au Burkina Faso, enfin, plusieurs témoignages d'acteurs de différentes catégories expriment le fait que les indigents et les plus pauvres ne prennent pas la parole et ne sont pas écoutés et toujours mis de côté [37].

### **III.10- Coûts de soins par catégorie des malades (indigents, payants)**

Nous avons constaté, une diminution du coût moyen par indigent durant la période de 3 ans : allant de 1 007,25 Ariary en 2008, 649 Ariary en 2009 et 531,5 Ariary par indigent en 2010. Mais inversement proportionnelle pour les payants, une augmentation du coût moyen : allant de 1 259,62 Ariary en 2008, 1 808,07 Ariary en 2009 et 1 562,24 Ariary par payant en 2010. Ces résultats conformément a notre objectif d'étude, de diminuer le coût des soins des pauvres ; l'étude faite au Maroc, il existe un très grand écart entre les montants facturés pour les indigents et les payants, il en est de même en Mauritanie et au Burkina Faso [33].

#### **Quelques pistes d'explication sur les coûts financiers**

##### **➤ Les dépenses du ménage par maladie**

Selon GLICK, La moyenne des dépenses en traitement par maladie, sont collectées dans le module "santé" de l'enquête sur les ménages, comprennent les coûts de visite et les frais de déplacement. En particulier, parmi les prestataires formels, les services de soins formels privés sont de loin les plus chers (1290 Ariary) par maladie), suivis des services de soins en hôpital et des services de santé de base respectivement 444,4 Ariary et 274 Ariary. Les dépenses par maladie semblent plus élevées pour les riches dans les catégories de services de soins privés mais ceci est moins évident en ce qui concerne les hôpitaux et les services de santé de base. Pour ces derniers, ceci signifie, bien entendu,

que par rapport au revenu du ménage les pauvres encourent des charges substantiellement plus lourdes. Toutefois, même pour les quintiles les plus bas, les coûts de traitement d'une maladie se montent à seulement 4% des dépenses moyennes mensuelles du ménage pour ce quintile. En outre, les moyennes déguisent le fait que dans la majorité des cas de soins hospitaliers, les coûts de traitement déclarés, y compris les frais de transport, sont en fait égaux à zéro. Les frais ne sont normalement pas imputés, dans les infrastructures publiques de santé, donc cela n'a rien de surprenant. Il en va de même pour les services de santé de base, lesquels sont amplement de nature publique, dont les dépenses de traitement déclarées sont de zéro pour 62% des cas [35].

➤ **Impact sanitaire et équité**

Selon ARCENS, La capacité de chacun à payer pour accéder aux soins de santé primaire, la politique de paiement direct par les usagers a entraîné au cours des 20 dernières années un renforcement des inégalités entre riches et pauvres [19]

Au-delà des effets directs sur la santé des populations, l'accès payant aux soins constitue un facteur d'appauvrissement très important pour de nombreux foyers. Devant un épisode catastrophique de maladie, les malades et leurs familles sont bien souvent contraints de procéder à des choix très douloureux tel que l'arrêt de la scolarisation des enfants, la vente de tout ou partie de leurs biens ou encore l'endettement auprès des autres membres de la communauté. Parfois, renoncer aux soins devient la seule option possible, faute de moyens pour faire face au coût de prise en charge de la maladie [19].

➤ **Liens entre pauvre et santé**

Selon l'OMS, la forte corrélation entre pauvreté et problèmes de santé est connue. Ainsi, les personnes vivant dans une pauvreté absolue ont cinq fois plus de risques de mourir avant l'âge de 5 ans et deux fois et demi plus de risques de mourir entre 15 et 59 ans que celles appartenant à des groupes à revenus plus élevés [3].

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que près de 100 millions d'individus basculent chaque année dans la pauvreté du fait de dépenses catastrophiques de santé [19].

➤ **Problématiques d'accès aux soins**

A 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. 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 [1].

## SUGGESTIONS

Le fonds d'équité vise une population vulnérable mixte, composée d'indigents, de personnes en difficulté temporaire de paiement et des PVVIH. La principale barrière à l'accès aux soins serait le coût des soins.

A partir des éléments clés vus dans l'approche fonds d'équité, nous nous permettons de proposer quelques suggestions qui, nous l'espérons, aideront ceux qui sont concernés pour l'amélioration de l'utilisation du fonds d'équité pour une efficacité de la prise en charge des malades démunis.

### ❖ Pour la masse média : radio –télévision...

Les Mass média doivent consacrer 4 séances annuelles d'information de la population sur :

- ✓ L'existence de fonds d'équité dans le Centre de Santé Intégré ;
- ✓ les critères d'indigence et le circuit que les patients indigents doivent suivre pour bénéficier de la gratuité des soins.

### ❖ Pour la communauté

- ✓ Déterminer les acteurs des fonds d'équité : la détermination et le recensement des démunis ;
- ✓ Identifier les vrais pauvres (assistance accordée aux pauvres) et vrais non pauvres (assistance refusée à des non pauvres) ;
- ✓ Renforcer le partenariat avec les ONG qui peuvent se regrouper au sein d'une plateforme afin d'unir leurs efforts pour apporter un soutien financier ou d'autres de façon plus ou moins continue et plus ou moins consistant pour la pérennité du fonds d'équité.

### ❖ Pour l'Etat

L'Etat est la première responsable de l'état de santé de sa population.

- ✓ Améliorer la qualité des services du Centre de Santé Intégré qui est le plus fréquemment utilisé par les pauvres ;

- ✓ Diminuer les coûts (c'est-à-dire augmenter les subventions) des services utilisés principalement par les pauvres et augmenter les coûts (diminuer les subventions) des services utilisés principalement par les riches ;
- ✓ Valoriser l'identification des démunis par les pairs ;
- ✓ Réorienter les ressources en faveur de méthodes permettant, avec un meilleur rapport coût efficacité, la prévention et le traitement des maladies et affections qui frappent les pauvres de façon disproportionnée ;
- ✓ Cibler les groupes démunis et vulnérables en orientant les fonds, le personnel et les approvisionnements vers les centres où les pauvres vivent, travaillent et étudient ;
- ✓ Assurer un financement des dépenses de santé plus équitable en concevant des systèmes évitant aux pauvres de régler les prestations sur place, particulièrement pendant leur maladie, comme :
  - Augmenter le niveau des règlements anticipés des soins de santé par un système d'imposition général, des contributions obligatoires à une assurance maladie ou par des initiatives volontaires ;
  - Subventionner les pauvres et les groupes à revenus plus faibles en veillant à ce que les riches ne puissent pas choisir d'interrompre leur contribution aux fonds communs alimentant les soins de santé de base.



**CONCLUSION**

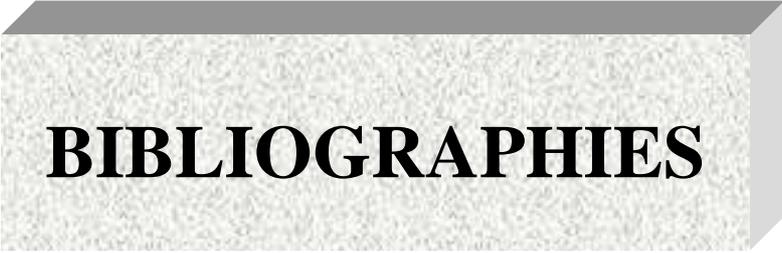
## CONCLUSION

L'expérience du fonds d'équité au Centre de Santé Intégré de Mahabibo est un processus en évolution. Et, les résultats de notre étude permettent de dégager, des enseignements intéressants.

Les fonds d'équité ne doivent pas être perçus comme une stratégie clé-en-main, mais plutôt comme un outil pouvant contribuer aux diverses stratégies de lutte contre la pauvreté prises par les gouvernements et les acteurs civils. Ainsi, les fonds d'équité pourraient compléter une stratégie d'abolition du paiement direct des soins par les usagers, en aidant les patients à lever les barrières non-médicales à l'accès aux soins

Notre étude a montré que les personnes âgées plus de 45 ans constituaient la plus de la moitié de l'échantillon avec un âge moyen de 48,5 ans. Le sex-ratio était 1,14. 44,3% des malades démunis étaient mariés contre 41,2% de célibataires. Leur niveau d'instruction est très bas, plus de la moitié étaient sans profession et sont soit des journaliers, des artisans ou des ouvriers. La profession des malades démunis dépend du sexe car les femmes n'ont pas de sources de revenu conséquent. La taille du ménage des malades démunis était très élevée. La connaissance sur le fonds d'équité a été signalée par 75,4% de malades démunis. Une diminution du coût moyen par indigent a été constatée durant la période d'étude. L'utilisation du fonds d'équité par les personnes séropositives n'a cessé d'augmenter depuis l'année 2009.

A Madagascar, la prise en charge des démunis ou ceux qui sont l'incapacité de se prendre en charge par eux-mêmes les frais incombant au recouvrement de leur santé est d'ores et déjà une des priorités nationales s'inscrivant dans tous les documents du Ministère de la Santé. Si les modalités de financement sont bien définies, elles peuvent contribuer au renforcement du système de santé du pays. Rien ne justifie l'abandon du système qui nécessite quelques légères modifications comme par exemple, l'identification passive au sein du système des fonds d'équité à l'image de l'introduction des PVVIH qui est un créneau pour permettre aux personnels de santé d'identifier d'autres bénéficiaires qui refusent de s'inscrire sur la liste de démunis des communes. L'objectif final de tout système de santé est de susciter et promouvoir des systèmes de sécurisation humaine et matérielle et de protection sociale élargie et le fonds d'équité y occupe une place importante.



**BIBLIOGRAPHIES**

## BIBLIOGRAPHIES

- 1- **DAVIES HT, TAVAKOLI M, MALEK M.** Fonds d'équité CHD II Marovoay. Startegie Issues in Health care Management. 2004: 100-117.
- 2- **NOIRHOMME M, RIDDE V, MRESTIN F.** Améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Le cas des fonds d'équité. 2009 : 1-8.
- 3- **OMS.** Santé et pauvreté. Communiqué de Presse. 2000:1-7.  
[www.who.int](http://www.who.int) Consulté 6 Janvier 2011
- 4- **PONCIN X, LE MENTEC R.** Politique d'exemption pour les soins de santé à Madagascar : Le cas des Fonds d'Equité. Agence Européenne pour le Développement et la Santé. 2009:1-12.
- 5- **OUMAROU A.** La délivrance des services de santé dans le la commune urbaine de Say. 2009 : 22-26. [www.lasdel.net](http://www.lasdel.net) Consulté le 12 Octobre 2010.
- 6- **ASSANI A.** Etude de l'équité et de l'accès a des soins de qualité en milieu urbain dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest. 2001. [www.itg.be](http://www.itg.be) Consulté le 16 Décembre 2010.
- 7- **M'THATU LC.** La problématique d'accès aux soins de santé à Kinshasa : l'éthique médicale et gouvernance en épreuve. 2009.  
[www.iales.org](http://www.iales.org) Consulté le 6 Janvier 2011.
- 8- **RIDDE V.** Entre efficacité et équité : qu'un est-il de l'initiative de Bamako ? une revue des expériences Ouest- Afrique. Social Sciences and Medecine. 2000 ; 47(2) : 91-96.
- 9- **BICLET P.** Les soins aux personnes démunis en France. 2006.  
[www.medsp.umontreal.ca](http://www.medsp.umontreal.ca). Consulté le 16 Mars 2011.
- 10- **RIDDE V, GIRARD JE.** Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents Afriques. Santé Publique. 2004 ; 41(1) : 37-51.
- 11- **OMS.** Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement. 2005. [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr) Consulté le 16 Février 2011.
- 12- **NOIRHOMME M, THOE JM.** Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres en Afrique ? Médecine Tropicale. 2008 ; 12(6) : 4-7.

- 13- **GLICK P, RAZAKAMANANTSOA M.** Dynamique de la pauvreté à Madagascar : 1999-2001. Institut National de la Statistique. 2003:1-4.
- 14- **ABENHAIM L, PENAUD P, D'AUTUME C.** Les missions de la direction générale de la santé. Santé Publique. 2000 ; 12(3) : 393-403.
- 15- **NOIRHOMME M.** Les fonds d'équité : aperçu général et expérience en Afrique. 2010. [www.mediacentre.fr](http://www.mediacentre.fr) Consulté le 8 Mars 2011.
- 16- **BART C, ABDOULAYE SB, FATIMATOU K.** Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : Le fonds d'indigence de Dar-Naim en Mauritanie. Studies in Health Services Organisation. 2010;26:17-22.
- 17- **RANDRIANARIMANANA F.** Les soins de santé primaire. Bulletin de l'OMS. 2006 ; 66(6) : 1.
- 18- **OMS.** Santé et développement. 2009 [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr). Consulté le 25 Mars 2011.
- 19- **ARCENS B, CARNEL JF, GUILHARD N.** L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante. Médecins du Monde France. 2008 ; 6(2) : 5-11.
- 20- **KOUKPO RS.** Le droit de la santé au Bénin : état des lieux. 2005. [www.cedim.ugam.ca](http://www.cedim.ugam.ca). Consulté le 30 Novembre 2010.
- 21- **HERMESSE J.** Réduire les inégalités sociales de santé. Education Santé. 2009 ; 245 : 5-11.
- 22- **LAJOIE M.** Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Prévention en Pratique Médicale. 2005 ; 5(3) : 1-4.
- 23- **SARDAN JPO ; DIDDE V, DIARRA, OUSSEINI A.** Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger. Abolition du Paiement. 2010 ; 11(5) : 1-5.
- 24- **DUPOCHEL JL.** Bilan des soins de santé primaires. Med Trop. 2004 ; 64 : 533-538.
- 25- **BIHAN B.** La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et suède : Une étude de cas-types. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). 2002 ; 176 : 6-9.
- 26- **DOUMBIA AD.** Evaluation des hospitalisations dans un service de médecine. Thèse en médecine. Bamako- Mali. 2005.

- 27- **GOLDWASSER F.** Psycho-oncologie : la prise en charge du patient. Réflexion en Médecine Oncologique. 2009. 6(34) : 2711-5.
- 28- **GLICK P, RAZAKAMANANTSOA M.** L'évolution de l'accès aux services sociaux à Madagascar de 1993 à 1999. Institut National de la Statistique. 2003:1-4.
- 29- **CARRIN G, JAMES C, EVANS D.** Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement. Development Policy Review. 2006 ; 9(3) :149-162.
- 30- **RIDE V, ROBERT E, MEESEN B.** Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. World Health Report Background Paper. 2010;18:12-18.
- 31- **OMS.** L'OMS engage tous les pays à renforcer le financement de la santé. 2010:1-3. Communiqué de Presse.  
<http://www.who.int>. Consulté le 16 Novembre 2010.
- 32- **RAKOTOARIMANANA RGC.** Fonds d'équité hospitalier : un moyen à double efficacité ? Master's Médecine. Institut National de santé Publique et Communautaire. Antananarivo. 2006.
- 33- **EL-MEDKOURI M.** La fonction sociale de l'hôpital public. Cas de la prise en charge des indigents à l'hôpital Moulay Abdallah de Salé. Mémoire Médecine. Maroc. 2004.
- 34- **IVAVY A.** Fonds d'équité hospitalier étude analytique du cas du CHD2 Marovoay. Thèse Médecine N° 1002. Mahajanga. 2008.
- 35- **GLICK P, RANDRETSIA I, RAZAFINDRAVONONA J.** Services d'éducation et de santé à Madagascar: l'utilisation et déterminants de la demande. Institut National de la Statistique. 2000: 21-5.
- 36- **BAGALWA MJ.** Analyse du coût de prise en charge médicale des PVVIH (cas de l'hôpital Saint Joseph à Kinshasa). Mémoire Médecine. Congo. 2008.
- 37- **RIDDE V.** L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? Lien Social et Politique. 2006 ; 55 : 149-163.

# QUESTIONNAIRE

1- Age :

2- Sexe

Masculin

Féminin

3- Niveau d'instruction

Non scolarisé

Primaire

Secondaire

4- Situation matrimoniale

Célibataire

Marié

Veuf (ve)

Divorcé

5- Profession

Sans profession

Journalier

Artisan

Ouvrier

Autres

6- Taille de ménage

Moins de 4 personnes

4 à 6 personnes

7 personnes et plus