



Améliorer l'accès aux soins des plus pauvres

Le cas des fonds d'équité

Mathieu Noirhomme (Consultant), Valéry Ridde, Florence Morestin (Université de Montréal)



Ce document fait partie d'une série de quatre notes d'information sur les mécanismes favorisant l'accès des pauvres aux services de santé dans les pays à faible revenu (abolition du paiement, fonds d'équité, dispositions spéciales des assurances-santé, ciblage des indigents).

À la suite de l'initiative de Bamako, de nombreux pays en Afrique ont mis en place des mécanismes de participation financière des usagers, en complément des fonds alloués au système de santé par l'État et d'autres sources. En parallèle, des décrets ont institué l'exemption du paiement des soins pour les plus pauvres, en vue de garantir l'accès aux soins pour tous. Mais de nombreuses études montrent l'échec de ces stratégies d'exemption: soit elles ne sont pas appliquées, soit elles profitent à des non-pauvres. Cet échec s'explique notamment parce que si aucune compensation financière n'est prévue, chaque patient exempté représente un manque à gagner pour les structures sanitaires.

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 paye 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. L'objectif de ce document est de présenter les fonds d'équité et leurs effets, pour informer les décideurs qui seraient intéressés à les implanter en Afrique.

MÉTHODES

Ce document est basé sur une revue des écrits consacrés aux fonds d'équité (FE) au Cambodge et ailleurs (publications scientifiques et littérature grise produite par les acteurs opérationnels), sur des informations collectées auprès d'informateurs clés, et sur l'expérience de l'un des auteurs sur le développement et le suivi de FE en Asie et en Afrique.

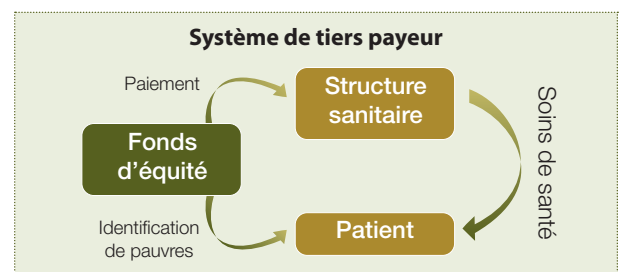
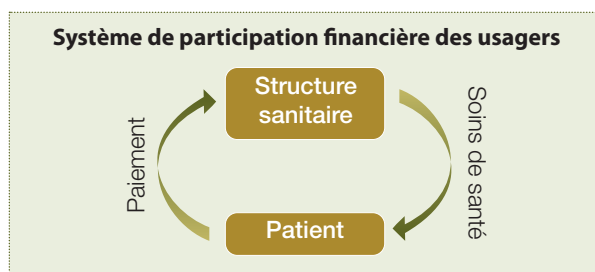
FONCTIONNEMENT DES FONDS D'ÉQUITÉ

Objectifs

- Améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres
- Éviter que les ménages sombre dans la pauvreté à cause du coût des soins
- Contribuer au financement des structures sanitaires

Principe

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 : 1) identification des patients nécessitant une assistance financière et 2) paiement à la structure sanitaire, par un tiers (le FE), des soins fournis.





Opérateur L'opérateur du FE peut être une ONG, un groupement associatif local, ou tout acteur social indépendant du prestataire de soins. Dans certains cas toutefois, la fonction est remplie par du personnel hospitalier spécialement dédié à cet effet. La plupart du temps, l'opérateur a ses bureaux au sein même de la structure sanitaire. Il est en charge du suivi et de l'assistance aux patients durant leur épisode de maladie, de la gestion administrative du FE, de la négociation et du paiement à la structure sanitaire. Il contribue à l'identification des pauvres, ou en est le principal agent.

Identification des pauvres

- La pré-identification s'opère avant que le patient n'ait besoin de consulter : à un moment donné, on identifie les plus pauvres parmi tous les ménages de la communauté. Cette identification se base en général sur la connaissance d'acteurs locaux fiables, validée ou non par d'autres acteurs, à l'aide d'une série de critères et de méthodes particulières. Elle peut donner lieu à la distribution de « cartes de santé » certifiant que les ménages peuvent bénéficier du FE en cas de maladie.
- La post-identification a lieu après la survenue de la maladie, dans la structure sanitaire (hôpital, centre de santé), au moment où le patient consulte. Des critères de pauvreté sont dans ce cas employés pour vérifier l'éligibilité du patient.
- Les deux approches peuvent être utilisées en combinaison.

Services couverts Les services couverts varient d'un FE à l'autre. Une bonne couverture des soins hospitaliers est un minimum pour prétendre atteindre les objectifs sanitaires et de protection sociale. Le paquet de services couverts pourra selon les cas s'étendre aux dépenses dans les centres de santé primaires, ou à des frais connexes (transport, nourriture, hébergement d'un garde-malade).

Relation FE / structure sanitaire Il peut y avoir différents degrés de formalisation. Idéalement, les modalités de fonctionnement entre le FE et les structures sanitaires font l'objet d'un contrat. Les droits et obligations des deux parties sont précisés : services fournis, procédures de suivi, volume et périodicité de paiement, etc... Le calcul des prix peut se faire à l'acte, au forfait journalier par patient ou au forfait par épisode de maladie. La fréquence des remboursements doit être fixée de manière à ne pas nuire au flux de liquidités de la structure sanitaire.

CE QUE NOUS APPRENNENT LES FONDS D'ÉQUITÉ CAMBODGIENS

Les FE sont apparus au Cambodge au début des années 2000, soutenus à l'origine par des ONG internationales. Il y a toujours eu une diversité de modèles. Dès le départ, ces ONGs ont veillé à démontrer l'apport des fonds d'équité dans le paysage social et sanitaire en publiant leurs résultats, en confrontant leurs options opérationnelles lors d'ateliers nationaux et en maintenant une activité de plaidoyer permanente. Ceci a mené à une émulation entre acteurs et une multiplication des expériences. Les arguments ont convaincu et se sont traduits par un consensus sur une politique nationale, appuyée par d'importants engagements financiers de partenaires. En 2008, le pays comptait près de 30 FE hospitaliers placés sous la supervision du ministère de la Santé. Les grandes lignes sont définies, sans pour autant imposer un modèle standardisé. Certains sont encore gérés et financés par des ONG internationales. D'autres bénéficient de financements institutionnels externes véhiculés par les lignes du ministère de la santé.

→ Données sur la performance des fonds d'équité cambodgiens

Identification : Dans les expériences cambodgiennes, le nombre de personnes identifiées comme pouvant bénéficier des FE varie de 12 à 24% de la population totale des villages concernés. C'est très supérieur aux 3% de patients qui étaient exemptés du paiement des soins avant la création des FE. De plus, une étude de six FE a montré qu'il y a peu d'erreurs de ciblage. Les personnes sélectionnées étaient en grande majorité de « vrais » pauvres : seulement 6,5% des bénéficiaires appartenaient au tiers le plus riche de la population.

En revanche, d'autres analyses révèlent que le statut de bénéficiaire des FE ne doit pas être permanent. Quatre ans après un processus d'identification dans un FE, 43% des personnes bénéficiaires de la carte de santé du FE



n'étaient plus indigentes. Inversement, 44% des personnes qui ne bénéficiaient pas de cette carte étaient pourtant indigentes. Le statut d'indigent évolue, il faut donc revoir régulièrement les processus d'identification. Il apparaît aussi que les processus de pré-identification sont plus efficaces pour sélectionner les très pauvres, que les pauvres en général. Il semblerait que la solution la plus efficace au Cambodge soit d'associer la pré-identification dans la communauté, et la post-identification dans la structure sanitaire.

Les processus de pré-identification paraissent bien acceptés par les populations. Lors d'une recherche au sein de six FE, 80% des personnes interrogées affirmaient que cette manière de procéder était juste. Il ne semble pas non plus que la distribution publique des cartes de bénéficiaires ait été vécue comme stigmatisante.

Utilisation des soins : Les FE ont permis d'accroître largement la proportion de pauvres parmi les utilisateurs des hôpitaux. Dans quatre hôpitaux associés à des FE, en 2003-2004, les plus pauvres représentaient de 7 à 52% des patients hospitalisés. De plus, cela n'a pas nuit à l'utilisation des services par les patients qui peuvent payer. Une étude a montré l'importance du financement externe pour l'accès aux soins :

En 2003, le FE reposait sur des fonds uniquement locaux. Parmi les bénéficiaires du FE, on observait :

- Taux d'accouchements assistés = 2,3/1000 habitants par an
- Taux de consultations curatives = 0,21 par personne et par an

À partir de 2005, le FE a bénéficié de sources de financement externes (bailleur de fonds) :

- Taux d'accouchements assistés = 4,4/1000 habitants par an
- Taux de consultations curatives = 0,65 par personne et par an

→ Quelques pistes d'explication

Trois éléments permettent de comprendre l'avantage comparatif des FE par rapport aux modèles d'exemption classiques.

- Le FE prend en compte les attentes, tant de l'offre (besoin de recouvrer les coûts) que de la demande (incapacité à payer). L'afflux de nouveaux patients du FE se traduit par un accroissement de revenus pour la structure sanitaire, contribuant ainsi à équilibrer son budget.
- Le FE s'appuie sur un budget réaliste, calculé sur une estimation des besoins de santé à couvrir.
- Le principe de tiers payeur confère une relative indépendance au FE par rapport aux structures sanitaires. On évite ainsi la dispersion des ressources en isolant le circuit de remboursement des structures de soins pour les soins délivrés aux plus pauvres. On permet également une meilleure adéquation aux besoins de la population cible (identification indépendante, couverture de services non-médicaux tels les frais de transport).

EN BREF - Performance des FE cambodgiens

- Ciblage efficace des pauvres...
- ... à condition de mettre à jour l'identification
- Procédure bien acceptée par les populations
- Hausse de l'utilisation des soins par les pauvres, surtout si le FE est alimenté par des financements externes
- Maintien de l'utilisation des soins par les non-pauvres



→ Quelques leçons apprises

a. Il faut un financement suffisant pour couvrir les besoins de santé de la population cible.

Compter seulement sur des ressources locales ne suffit pas, particulièrement pour les soins hospitaliers. C'est le cas aujourd'hui, devrait l'être également dans 10 ans. Il est donc illusoire de souhaiter « pérenniser » le fonds d'équité par un autofinancement des populations. En revanche, il est possible de viabiliser les sources de financement en démontrant aux bailleurs internationaux qu'investir dans l'assistance sociale peut être une stratégie efficace pour améliorer la santé et réduire la pauvreté. La documentation et le plaidoyer sont donc primordiaux. Les engagements pris ces dernières années par l'ensemble des partenaires sur les liens entre mauvaise santé et pauvreté offre un cadre argumentaire favorable (ex : Objectifs du Millénaire pour le Développement)

b. Il faut un coordinateur qui soit un « acteur-moteur », un champion, à tous les stades du développement de l'approche.

Il doit orchestrer le travail et assurer la jonction entre les niveaux de décision (politique, opérations, financeurs), les secteurs (santé, social, autres) et les acteurs (structures sanitaires, population, partenaires).

c. Il faut une diversité d'acteurs et une séparation claire des fonctions.

Il faut attribuer les responsabilités en fonction des capacités à les remplir et en évitant les conflits d'intérêts. Par exemple : éviter de demander à un personnel hospitalier de s'occuper d'identification puisqu'il n'en a ni les compétences, ni le temps ; séparer le financement du FE des autres financements de l'hôpital.

Divers acteurs sont disponibles (autorités administratives, sanitaires et sociales ; structures sanitaires; population ; groupements et ONGs locaux ; autres). Le choix dépend des objectifs et opportunités dans chaque contexte.

d. Il faut une combinaison de méthodes d'identification des bénéficiaires.

Il n'y a pas de méthode unique, le choix dépend du contexte et des acteurs en présence. L'utilisation de différentes méthodes permet de comparer les résultats et de réduire les erreurs (inclure des non-pauvres et exclure des pauvres). Une démarche possible est une liste soumise par la population selon ses propres critères, validée par sondage par des acteurs externes selon des critères plus formels, éventuellement approuvée au final par les autorités locales.

Pour plus d'informations sur les critères et méthodes d'identification des pauvres, se référer à notre note d'information sur le ciblage.

e. Il faut baser le paquet de services couverts sur les barrières rencontrées par la population dans l'accès aux soins.

Au Cambodge, cela signifie la prise en charge a minima de la totalité des soins hospitaliers, et des coûts de transport entre le domicile et l'hôpital. On tient compte des problèmes importants du point de vue du patient :

- Pas de plafonnement des dépenses ou d'exclusion de services (sauf des soins de confort non essentiels, ou des soins non finançables, indisponibles à l'échelon concerné, ou déjà supportés par un autre programme, par exemple programme SIDA).
- Inclusion de services non-médicaux (transport privé) s'ils représentent un motif récurrent pour ne pas venir à l'hôpital.

f. Il faut sécuriser la population cible sur la disponibilité des services.

La crainte de ne pas être admis ou de devoir tout de même payer est un motif sérieux pour ne jamais consulter. Il faut donc solidifier la connaissance et la confiance de la population envers les services de santé et le FE (politique de communication continue). De plus, la qualité des soins doit être maintenue et l'accueil doit répondre aux attentes de la population.

g. Il faut rembourser la structure sanitaire de manière juste et régulière selon des conditions qui font consensus entre l'opérateur du FE et la structure. Si l'opérateur ne respecte pas ses engagements, il est probable que la structure sanitaire se détachera des siens, et la population perdra confiance dans le système. Au contraire, un contrat respecté augmentera l'adhésion des structures sanitaires.



EXPÉRIENCES DE FONDS D'ÉQUITÉ EN AFRIQUE

Depuis 2001, au Mali et en Mauritanie, des initiatives ont été développées en collaboration entre société civile et acteurs publics locaux. En 2002, le ministère de la Santé du Bénin lançait sa première version de fonds d'indigence grâce au financement public. Depuis 2005, les ministères de la Santé de Madagascar et du Kenya ont lancé des chantiers de réflexion sur le développement de FE pilotés du niveau central. Mais à ce jour, la plupart de ces initiatives sont bloquées, ou produisent de faibles résultats. Les modalités de mise en œuvre importent fortement ; or les expériences en cours connaissent des limites sur ce plan. On observe deux cas de figure principaux :

→ Ancrage trop local et manque de pragmatisme

Les expériences maliennes et mauritaniennes ont choisi de s'appuyer sur des ressources financières et humaines locales. Ceci a eu deux conséquences :

- Un sous-financement structurel, en raison de l'absence d'estimation préalable du budget requis pour remplir les objectifs du programme, et de la dépendance à des sources de financement locales qui se sont rapidement révélées insuffisantes.
- Une identification très restrictive des bénéficiaires. Au Mali, après trois années de fonctionnement, le fonds d'assistance médicale de Sélingué n'a soutenu que 2% des patients hospitalisés au sein desquels seulement 9% ont été reconnus comme indigents et pouvant bénéficier de l'exemption totale du paiement. En Mauritanie, l'identification laissée aux groupements locaux a fait en sorte que seulement 2% de la population a été déclarée indigente. Une expérience récente réalisée dans le district de Ouargaye au Burkina Faso confirme qu'il est possible de faire pré-identifier les indigents par les communautés, mais que cette sélection est sévère lorsque le financement est exclusivement local : seulement 6 pour 1000 habitants ont été désignés comme indigents par les comités de sélection mis en place dans 124 villages.

→ Ancrage trop central et traduction en action insuffisante ou précipitée

Au Kenya et à Madagascar (à l'exception du programme pilote de Marovoay soutenu par la GTZ), le processus est resté au stade conceptuel, générant des consultations, des ateliers de réflexion, la création de modèles théoriques et de budgets, mais sans mise en œuvre. Le financement n'est pas en cause, puisque plusieurs partenaires financiers solides ont manifesté un intérêt de principe.

Ce qui manque, c'est la désignation de personne(s) clairement identifiée(s), qui auraient pour mandat de piloter la mise en place des FE en suivant une feuille de route opérationnelle. En leur absence, les acteurs opérationnels potentiels ne sont pas impliqués et le développement des FE souffre d'un manque de coordination.

Le Bénin offre une autre illustration d'un ancrage trop central. La réflexion sur les modalités opérationnelles est restée accaparée par les décideurs nationaux. Le modèle est lourd sur le plan administratif et il produit peu de résultats. Cela peut s'expliquer par trois raisons majeures :

- le manque d'implication d'acteurs opérationnels (structures sanitaires, services sociaux, représentants de la population...) dans la réflexion sur le modèle à mettre en place ;
- l'émission immédiate d'un décret sur le fonctionnement du FE, qui a coupé court à la discussion d'autres modalités de fonctionnement possibles ;
- l'absence de test préalable du FE sur une ou deux zones sanitaires pilotes.

Tirer des leçons des limites observées permettra de faire évoluer ces expériences.



QUELQUES CONSEILS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE FONDS D'ÉQUITÉ

a. S'assurer que le contexte se prête à l'approche.

- Financement du système de santé : Les FE sont plus adaptés lorsqu'il existe déjà un système de recouvrement des coûts. Mais ils ne sont pas incompatibles avec une politique de soins de santé gratuits, où ils interviendraient pour subventionner des dépenses non-médicales réduisant l'accès aux soins (transport, frais d'hébergement, achat de médicaments manquants, etc.).
- Structures sanitaires : Les FE vont orienter le choix des patients vers les structures sanitaires impliquées. Il est donc essentiel que celles-ci soient régulées de façon adéquate pour répondre à la demande : qualité des soins et des services, systèmes efficaces de supervision, approvisionnement et régulation.

b. Choisir un (des) modèle(s) de développement.

Il existe deux grandes options :

- Laisser l'initiative à des acteurs non-publics (société civile, ONG), avec un processus de régulation ultérieure par les autorités nationales.
- Un processus piloté par le niveau central (ministères de la Santé, des Affaires Sociales...) et mis en œuvre par des acteurs locaux.

Il n'y a pas de modèle unique, la diversité est nécessaire pour répondre aux spécificités du contexte local.

c. Déterminer les acteurs et les fonctions.

Il est essentiel d'identifier à un stade précoce les acteurs en charge du développement des FE et de déterminer leurs fonctions respectives :

- Un coordinateur qui sera en charge d'un plan d'action détaillé pour la mise en œuvre du programme et qui jouera le rôle de chef d'orchestre.
- Les acteurs à impliquer, au niveau ministériel, des bailleurs de fonds, des autorités locales, et de la société civile. En leur sein, il faut identifier certaines personnes en particulier et leur confier un mandat spécifique (développement du modèle, études, coordination du financement, développement des opérations sur le terrain...). Une complémentarité est nécessaire entre les secteurs (sanitaire et social particulièrement) et les niveaux d'action (politique, opérationnel, communautaire).
- Plus largement, des consultations et débats seront organisés avec une diversité d'acteurs pour s'assurer que le modèle réponde aux attentes du plus grand nombre.

d. Déterminer les modalités de financement.

Le financement influera directement sur le volume d'activité (nombre de bénéficiaires du FE et paquet de services couverts). L'expérience montre que des modèles de financement par les communautés ne permettent pas de couvrir les soins hospitaliers. Mais rien n'empêche d'utiliser des approches plurielles : financement des soins hospitaliers par un bailleur externe, financement des frais généraux par l'État, et financement des soins primaires (partiellement) par les communautés.

e. Sélectionner les zones pilotes.

Il faut que les zones de mise en œuvre soient représentatives de la diversité des contextes nationaux et permettent de dégager des leçons comparatives. Idéalement, l'échantillon de zones sera décidé en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

f. S'accorder sur les objectifs et les modèles.

Le coordinateur veillera à obtenir un consensus avec l'ensemble des partenaires sur certains points essentiels, au cours de consultations successives.

- Le premier objectif des FE (améliorer l'accès aux soins de santé pour les plus pauvres) ne pose normalement pas question. En revanche, le second objectif (empêcher l'appauvrissement dû aux dépenses de santé, par exemple en choisissant d'inclure aussi des services non-médicaux dans le paquet de services couverts) peut prêter à discussion.
- Il faut aussi se décider sur quelques éléments clés, comme la population cible (quelle définition des bénéficiaires



donne-t-on ? fixe-t-on une limite en termes de pourcentage de la population ?), les acteurs à impliquer (communauté, autorités locales, société civile...), le paquet de services et les niveaux de soins couverts (hôpitaux, centres de santé), etc.

g. Prévoir un budget réaliste.

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte dans son estimation :

- La taille de la zone d'attraction.
- La proportion estimée de pauvres à soutenir dans cette zone.
- L'utilisation attendue des services par la population cible.
- Le coût du paquet de services couverts. Ceci requiert une estimation préalable des coûts des interventions médicales dans les structures sanitaires sélectionnées.

h. Mettre en œuvre et évaluer.

Un opérateur (groupement local, ONG, autre) est désigné dans chaque zone pour la mise en œuvre du FE. Les acteurs centraux doivent alors se détacher des opérations et n'intervenir que dans leur fonction de régulation et supervision. Il serait impossible de détailler ici toutes les activités à suivre pour la mise en œuvre. Retenons quatre points principaux :

- Développer les capacités des opérateurs dans leur rôle de coordination du FE, d'identification des pauvres et de protection sociale.
- Veiller à l'adhésion des structures sanitaires, par exemple via une contractualisation claire équilibrant leurs droits et devoirs.
- Organiser la communication pour stimuler l'adhésion de la population.
- Documenter et suivre le fonctionnement ainsi que les effets des FE.

CONCLUSION

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. De même, une réflexion croissante est actuellement en cours sur les synergies entre fonds d'équité et assurance-santé, où les fonds d'équité viendraient payer les cotisations d'assurance des patients les plus pauvres. Il revient aux décideurs et aux acteurs opérationnels d'identifier les opportunités dans la palette d'outils disponibles, pour aller plus en avant vers le développement de systèmes de protection sociale adaptés aux valeurs sociales de leurs contextes nationaux.



Références :

- Annear PL, Bidgeli M, Eang RC, Jacobs B, 2008, Providing access to health services for the poor : Health equity in Cambodia. In "Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR", issue 23 in the 'Studies in Health Services Organisation & Policy' series; Institute of Tropical Medicine, Antwerp, 189-226.
- Annear PL, Wilkinson D, Chean MR, Van Pelt M, 2006b, Study of financial access to health services for the poor in Cambodia. Phase 1: Scope, design, and data analysis. For the MoH, WHO, AusAID and RMIT University. 30th April 2006. Phnom Penh.
- Bitran R, Turbat V, Meessen B, Van Damme W. Preserving Equity in Health in Cambodia: Health Equity Funds and Prospects for Replications. Online Journal of the World Bank Institute . 2003. Washington, World Bank.
- Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B, 2004. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. Health Policy Plan ; 19: 22-32.
- Ir P, Decoster K, Hardeman W, Horemans D, Van Damme W, 2008, Challenges in identifying the poor: An assessment of household eligibility for Health Equity Funds after four years of pre-identification in Oddar Meanchey, Cambodia. In "Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR", issue 23 in the 'Studies in Health Services Organisation & Policy' series; Institute of Tropical Medicine, Antwerp, 385-407.
- Jacobs B, Price N, 2006. Improving access for the poorest to public sector health services: insights from Kirivong Operational Health District in Cambodia. Health Policy Plan ; 21: 27-39.
- Jacobs B, Price N, 2008, A comparative study of the effectiveness of pre-identification and passive identification for hospital fee waivers at a rural Cambodian hospital. In "Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR", issue 23 in the 'Studies in Health Services Organisation & Policy' series; Institute of Tropical Medicine, Antwerp, 437-467.
- Jacobs, B., N. Price, and S.O. Sam, A sustainability assessment of a health equity fund initiative in Cambodia. Int J Health Plann Manage, 2007. 22(3): p. 183-203.
- Meessen B, Chheng K, Decoster K, Heng TL, Chap SC, 2008, Can public hospitals be pro-poor? The health equity fund experience in Cambodia. In "Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR", issue 23 in the 'Studies in Health Services Organisation & Policy' series; Institute of Tropical Medicine, Antwerp, 469-490.
- Men CR, Meessen B, 2008, Community perceptions of pre-identification results and methods in six health equity funds areas in Cambodia. In "Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR", issue 23 in the 'Studies in Health Services Organisation & Policy' series; Institute of Tropical Medicine, Antwerp, 409-436.
- Noirhomme M, Meessen B, Griffiths F, Ir P, Jacobs B, Thor R, Criel B, Van Damme W, 2007, Improving access to Hospital care for the poor: Comparative analysis of four Health Equity Funds in Cambodia. Health Policy and Planning; 22; 246 – 262.
- Noirhomme M, Thomé J-M, 2006. Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres en Afrique? In L'Assurance maladie en Afrique francophone, Dussault G, Letourmy A, Fournier P (eds); The World Bank: Washington, 432-451.
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P.A., Bicaba A. A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso, Journal of Epidemiology and Community Health, in press
- Van Pelt M, Morineau G, 2008, When slum dwellers seek health care; Exploring a community-based health equity fund's impact on indebtedness for health care and on utilization of health services. In "Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR", issue 23 in the 'Studies in Health Services Organisation & Policy' series; Institute of Tropical Medicine, Antwerp, 491-518.

Les auteurs remercient pour leurs commentaires toutes les personnes consultées sur une première version de ce document, notamment au Burkina Faso où la consultation a été organisée par L. Queuille dans le cadre du projet de l'ONG HELP. Ils remercient aussi *Cadu Rocha Design* pour la mise en page de ce document.

Cette note est accessible sur le site : <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>

Comment citer cette note d'information :

Noirhomme M, Ridde V, Morestin F (2009). *Améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Le cas des fonds d'équité*. Université de Montréal.