



***Comment améliorer  
l'accès aux soins de réadaptation  
pour les plus pauvres ?***

***Evaluation de 3 Fonds d'Equité  
mis en œuvre par Handicap International  
au Rwanda, Mali et Togo***

Juin 2009

Version de 65 pages.

Rapport rédigé et évaluation réalisée par Baptiste Gerbier, Consultant indépendant, ([b.gerbier@netcourrier.com](mailto:b.gerbier@netcourrier.com))  
Sous la supervision de Rozenn Boto Kro, référente technique réadaptation de Handicap International  
pour l'Afrique de l'Ouest et centrale ([r.botokro@free.fr](mailto:r.botokro@free.fr) ou [rbotokro@hi-togo.org](mailto:rbotokro@hi-togo.org))

**Sommaire (p. 2)**

**Glossaire et liste des annexes (p. 5)**

**Synthèse de l'évaluation (p. 6)**

**1. Présentation de l'évaluation (p. 14)**

Le contexte de l'évaluation  
Les limites de cette évaluation

**2. Présentation des Fonds d'Equité en Santé (p. 15)**

Le principe d'un Fonds d'Equité en Santé (FES)  
Les spécificités des FES évalués  
Le contexte de mise en œuvre des FES évalués  
Les FES, une solution pour améliorer l'accessibilité financière, géographique et informationnelle aux soins de réadaptation  
*Les faibles revenus des PH*  
*L'éloignement des PH des services de réadaptation*  
*Le manque d'information des PH*  
Les autres avantages des FES  
*L'influence des FES sur les services de RF*  
*L'influence des FES sur les associations de PH*  
*L'influence des FES sur l'Etat*  
*L'influence des FES de manière globale*  
La question des capacités de prise en charge des services de réadaptation

**3. L'accès aux soins de RF pour les bénéficiaires (p. 19)**

Les critères de sélection des bénéficiaires  
Les modalités de sélection des bénéficiaires  
La question de l'équité d'accès aux FES  
Les frais pris en charge par les FES  
Le montant des tarifs payés aux services de RF

**4. Le fonctionnement de chacun des FES et le rôle de HI dans chacun d'eux (p. 24)**

Le FES-Rwanda  
*Historique et fonctionnement du FES*  
*Les responsabilités des acteurs impliqués dans le FES*  
*Le circuit du FES*  
Le FES-Mali  
*Historique et fonctionnement du FES*  
*Les responsabilités des acteurs impliqués dans le FES*  
*Le circuit du FES*  
Le FES-Togo  
*Historique et fonctionnement du FES*  
*Les responsabilités des acteurs impliqués dans le FES*  
*Le circuit du FES*

## **5. Evaluation de la mise en œuvre des FES (p. 31)**

Le FES-Rwanda

*Le fonctionnement global du FES-Rwanda*

*Les décisions-clés de HI dans la mise en œuvre du FES-Rwanda*

*La principale contrainte à la hausse du nombre de bénéficiaires*

*Le fonctionnement des tournées*

Le FES-Mali

*Le fonctionnement global du FES-Mali*

*Les décisions-clés de HI dans la mise en œuvre du FES-Mali*

*La principale contrainte à la hausse du nombre de bénéficiaires*

*Le fonctionnement des tournées*

Le FES-Togo

*Le fonctionnement global du FES-Togo*

*Les décisions-clés de HI dans la mise en œuvre du FES-Togo*

*La principale contrainte à la hausse du nombre de bénéficiaires*

*Le fonctionnement des tournées*

## **6. Evaluation des résultats des FES pour les bénéficiaires (p. 32)**

Les résultats des FES pour les bénéficiaires

*Le FES-Rwanda*

*Le FES-Mali*

*Le FES-Togo*

Les caractéristiques des bénéficiaires

*Répartition des bénéficiaires par tranche d'âge*

*Répartition des bénéficiaires par sexe*

## **7. Evaluation de la mise en œuvre et des effets du FES-Rwanda par les bénéficiaires eux-mêmes (p. 36)**

Les principaux enseignements de l'enquête

*L'appareil facilite l'intégration*

*La majorité des bénéficiaires porte l'appareil*

*Le suivi effectué par les hôpitaux est faible*

*L es bénéficiaires connaissent mal le fonctionnement du FES*

Le taux d'abandon des appareils : comparatif Rwanda - Mali - Togo

## **8. Analyse des coûts des FES pour Handicap International (p. 38)**

Dépenses incluses dans l'analyse des coûts

Dépenses non incluses dans l'analyse des coûts

*Les coûts cachés*

*Les frais de structure*

*Autres frais exclus*

Résultats de l'analyse des coûts

## **9. Possibilités de pérennisation des FES au regard des engagements déjà pris par l'Etat (p. 45)**

La Convention des Nations unies relative aux droits des PH

Les textes nationaux

## **10. Possibilités de pérennisation des FES, à partir des dispositifs établis par HI (p. 47)**

Les possibilités de pérennisation du FES-Rwanda

*Les possibilités de reprise du FES, compte tenu du dispositif établi par HI*

*Les démarches entreprises par HI pour la pérennisation du FES-Rwanda*

Les possibilités de pérennisation du FES-Mali

*Les possibilités de reprise du FES, compte tenu du dispositif établi par HI*

*Les démarches entreprises par HI pour la pérennisation du FES-Mali*

Les possibilités de pérennisation du FES-Togo

*Les possibilités de reprise du FES compte tenu du dispositif établi par HI*

*Les démarches entreprises par HI pour la pérennisation du FES-Togo*

## **11. Evaluation de la pertinence des FES pour favoriser l'accès aux soins de réadaptation (p. 51)**

L'insuffisance des FES pour répondre à l'ensemble des besoins en soins de RF

L'intérêt des FES par rapport aux autres modalités de financement des soins de RF pour les plus démunis

La pérennisation des FES, principal défi posé par ces fonds

## **12. Recommandations (p. 53)**

Les principes qui contribuent à l'efficacité et la pérennité des FES

*Confier la gestion du FES à des institutions nationales, dès sa mise en place*

*Confier la gestion du FES à une institution nationale implantée localement*

*Cibler les bénéficiaires grâce à un dispositif d'identification efficace*

*Rendre systématique le versement d'une contribution*

*Réduire le taux d'abandon des appareils*

*Réduire autant que possible le délai entre la prise des mesures des patients et la livraison des appareils*

*Mieux tenir compte des patients qui ont uniquement besoin de kinésithérapie*

*Mieux tenir compte du cas particulier des jeunes en période de croissance*

*Allonger la durée de fonctionnement des FES*

*Effectuer des enquêtes rigoureuses auprès des bénéficiaires*

*Favoriser la création d'une association de bénéficiaires pour chaque FES*

*Faciliter les évaluations et analyses d'impact*

*Evaluer les effets des FES sur les prestataires de services*

*Continuer à soutenir les services de RF pour les dépenses les plus élevées*

*Effectuer un réel plaidoyer en faveur du FES, à partir des résultats obtenus*

Les pratiques à éviter en vue du succès d'un FES

*Confier la gestion d'un FES à un prestataire de service*

*Mettre en place des procédures de sélection trop complexes*

*Faire financer par un FES des microcrédits ou des AGR*

*Organiser des tournées sans faire de suivi par la suite*

*Déterminer la part de la contribution avant tout en fonction du coût total de la prise en charge*

*Ne pas appliquer les règles de la même manière à tous*

## **Bibliographie (p. 60)**

## Glossaire

3 ASC :	Association d'Appui aux Activités de Santé communautaire
AGHR :	Association générale des Handicapés du Rwanda
APHMOTO :	Association des personnes handicapées motivées de Tone
APH :	Association de personnes handicapées
AGR :	Activités génératrices de revenus
CORAOC :	Coordination régionale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
CNAOM :	Centre national d'appareillage orthopédique du Mali
CRAORF :	Centre régional d'appareillage orthopédique de réadaptation fonctionnelle
CSS :	Chargés de sensibilisation et suivi
DRDS :	Directions régionales du Développement social
F CFA :	Franc CFA
FENAPH :	Fédération Nationale des Personnes Handicapées
FES :	Fonds d'Equité en Santé
FOCAREM :	Fonds Commun pour l'Appareillage et la Rééducation au Mali
HI :	Handicap International
ISPO :	International Society for Prosthetics and Orthotics
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
ONG :	Organisation non gouvernementale
PEC :	Prises en charge
PRODESS:	Programme de développement sanitaire et social
PH :	Personne handicapée
RBC :	Réadaptation à base communautaire
RF :	Réadaptation fonctionnelle
SYSTER :	Système équitable en réadaptation
TO :	Technicien orthoprothésiste
UE :	Union européenne

## Annexes

- Annexe 1 : Analyse globale des coûts des FES (RF, Rémunérations et Autres Frais)
- Annexe 2 : Analyse des rémunérations
- Annexe 3 : Analyse des frais de mise en place et de fonctionnement des FES

Tout au long de ce rapport, les FES sont présentés dans le même ordre, à savoir celui dans lequel s'est déroulé la mission (Rwanda, Mali, Togo).

## **Synthèse de l'évaluation**

Les trois Fonds évalués ici ne constituent pas un même projet. Au contraire, ils font partie de trois projets différents, chacun d'eux intervenant à l'échelle d'un pays.

### **Le principe d'un Fonds d'Equité en Santé (FES)**

Les FES constituent une modalité pour financer l'accès aux soins des plus pauvres, dans les pays où les soins sont payants. En effet, lorsque des politiques de recouvrement des coûts sont mises en place, les plus pauvres n'ont bien souvent pas les moyens de se soigner. Ces fonds reposent sur le principe du tiers-payeur : l'accès aux soins n'est financé ni par les personnes soignées ni par les structures qui dispensent les soins mais pas une institution tierce. Celle-ci contracte auprès de structures de santé pour qu'elles délivrent des soins de qualité, pour un coût donné. Autrement dit, les structures de santé doivent jouer le rôle d'un prestataire de services.

La gestion d'un FES peut être assurée soit par le tiers-payeur, soit par une autre institution à qui le tiers-payeur délègue ce rôle. Gérer un FES consiste à :

- identifier et suivre les bénéficiaires,
- s'assurer de la qualité et du coût des soins dispensés,
- effectuer tous les décaissements nécessaires.

Il est primordial que le rôle gestionnaire soit dissocié du rôle de prestataire de service, sinon le principe du tiers-payeur est remis en cause. En d'autres termes, la gestion d'un FES ne doit surtout pas revenir aux structures de santé. Si c'était le cas, elles disposeraient de facto d'un fonds pour fournir elles-mêmes les soins. Il s'agirait presque d'un blanc-seing puisqu'elles décideraient de tout, que ce soit le montant des soins, leur qualité ou les bénéficiaires. In fine, cela nuirait au fonctionnement du FES. Il convient toutefois de rappeler que le bon fonctionnement d'un FES ne peut être considéré comme un objectif en soi car un FES n'est qu'une modalité (c'est-à-dire un mécanisme ou un outil) pour améliorer l'accès aux soins.

### **Les effets des FES évalués sur les bénéficiaires**

Les FES évalués ici financent uniquement des soins de réadaptation, pour des personnes handicapées (PH). Il s'agit de soins qui permettront à ces personnes de se déplacer plus aisément et ainsi de retrouver une autonomie de mouvement, étape primordiale vers une plus grande autonomie au sein de la société. Par rapport à un FES standard, les FES analysés sont donc réservés à une population particulière au sein des plus pauvres, - les personnes en situation de handicap -, pour des soins précis, - les soins de réadaptation.

#### *La sélection des bénéficiaires*

Le but d'un FES est de fournir des soins de qualité au plus grand nombre de démunis, avec une enveloppe limitée. Cela a 2 implications, lors de la sélection des bénéficiaires :

- il faut s'assurer que les demandeurs sont motivés pour suivre des soins de RF, afin d'éviter les dépenses inutiles (telles que la production d'appareils pour des personnes qui ne les porteraient finalement pas).
- il faut s'assurer que les demandeurs sont pauvres, de manière à ce que le FES soit réellement équitable.

Pour s'assurer de la forte motivation et du faible niveau de vie des candidats, divers procédés sont utilisés, dans le cadre des FES évalués :

- Réaliser des enquêtes sociales (Rwanda, Mali et Togo). Elles consistent à interroger les candidats sur leurs conditions de vie et sur les éventuels soutiens dont ils bénéficient de la part de leurs proches. En d'autres termes, elles tentent d'appréhender le caractère multidimensionnel de la pauvreté. Ces enquêtes sociales sont menées par des acteurs différents, selon les pays.
- Effectuer des visites à domicile (Mali et Togo). De telles visites, permettent notamment de s'assurer de la véracité des déclarations faites lors des enquêtes. Ces visites peuvent être inopinées.
- Interroger les proches et les voisins des candidats, ainsi que les associations de PH (Mali et Togo). Cela permet également de vérifier les déclarations faites lors des enquêtes.
- Rendre systématique le versement d'une contribution (Mali et Togo). Lorsqu'elle est obligatoire, la contribution a une dimension symbolique : tout bénéficiaire doit la verser, même si elle est d'un montant réduit, afin d'attester de sa motivation. Mais la contribution a aussi une réelle dimension matérielle : si son montant varie pour des soins identiques en fonction du niveau de vie de la PH, elle permet d'introduire une certaine équité entre bénéficiaires.

En dépit de ces procédés, un FES ne peut pas être considéré comme pleinement équitable:

- s'il privilégie les personnes affectées par certains handicaps particuliers (cas des trois pays).
- s'il a une portée régionale (Mali et Togo).
- si les critères de sélection ne sont pas appliqués de la même manière sur l'ensemble de la zone d'intervention du FES (cas du Rwanda et du Mali).
- si le montant des contributions est déterminé davantage en fonction du coût total des soins que des revenus des bénéficiaires (cas du Mali).

#### *Les bénéficiaires des FES évalués*

Sur 3 ans, le FES-Rwanda a permis d'apporter des soins de réadaptation à 819 personnes contre 591 pour le FES-Mali et 308 pour le FES-Togo. La capacité d'intervention d'un FES semble être de 125 à 300 personnes par an. En effet, le nombre de bénéficiaires par an est situé dans cet intervalle, lors de 6 années sur les 7 années de fonctionnement plein des FES.

Les femmes représentent la majorité des bénéficiaires au Rwanda (54%) et au Mali (60%). En revanche, elles ne constituent que 45% des bénéficiaires au Togo. Par ailleurs, l'âge moyen des bénéficiaires est de 25 ans au Rwanda, 31 ans au Mali et 30 ans au Togo.

#### *Le taux d'abandon des appareils : comparatif Rwanda - Mali - Togo*

Au Rwanda, d'après une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires, 36% d'entre eux ne portent pas leur appareil alors qu'au Mali et le Togo, cela serait plus rare<sup>1</sup>. Aucune enquête rigoureuse n'y a été réalisée mais d'après diverses personnes impliquées dans le fonctionnement des FES de ces pays, le taux d'abandon serait de 10% au Mali et 0% au

<sup>1</sup> Ce taux d'abandon n'inclut pas les enfants qui ne portent plus leur appareil parce que celui-ci n'est plus adapté à leur taille.

Togo. Ces taux sont très probablement sous-estimés. Au Mali, une enquête a également été menée mais dans des conditions semble-t-il moins rigoureuses. D'après cette enquête, seuls 51% des bénéficiaires du FES s'en déclarent satisfaits<sup>2</sup>. Même si ce chiffre porte sur la satisfaction globale à l'égard du FES et non sur le seul appareillage, il semble peu probable que le taux d'abandon des appareils ne soit que de 10% si 51% des bénéficiaires se déclarent insatisfaits.

### **Les effets structurels des FES évalués**

Au-delà des bénéficiaires, les FES peuvent avoir des influences structurelles vis-à-vis de différentes institutions et ces influences profiteront directement à l'ensemble des PH, à moyen et long terme. C'est l'intérêt majeur des FES par rapport à d'autres modalités de financement de la RF.

#### *L'influence des FES sur les services de RF*

- Les FES permettent aux services d'appareillage de développer leur activité (car ils suscitent une hausse immédiate et forte de la production).
- Les FES permettent aux services de RF de réaliser des investissements et de mieux gérer leurs stock de consommables (car ces services disposent de recettes supplémentaires et ils savent que ces recettes sont garanties tant que les FES existeront).
- Les FES offrent à ces services l'opportunité de se rapprocher des services de chirurgie des hôpitaux (car ils financent des opérations chirurgicales) ainsi que des services sociaux locaux (car l'identification des PH pauvres requiert l'intervention de ces services).

#### *L'influence des FES sur les associations de PH*

- Les FES renforcent la crédibilité des associations de PH vis-à-vis de l'Etat et de la population (si les FES s'appuient sur ces associations pour identifier et suivre les bénéficiaires).

#### *L'influence des FES sur l'Etat*

- Les FES incitent l'Etat à créer des services de RF et à former des professionnels.
- Les FES font la preuve auprès de l'Etat de la pertinence d'une intervention forte en faveur des PH les plus démunies, en montrant qu'il est tout à fait possible d'améliorer leur insertion sociale.

#### *L'influence des FES de manière globale*

- Les FES sensibilisent chacun au droit à la réadaptation.
- Les FES font connaître les services de réadaptation dans la population.
- Les FES créent des emplois dans les structures de santé, mais aussi dans des ateliers privés de fabrication de béquilles et de tricyles.
- Les FES amènent les différents acteurs de la RF à collaborer davantage (services de RF, hôpitaux, services sociaux, associations de PH, ministères...).

---

<sup>2</sup>Le taux de satisfaction varie fortement d'une région à une autre: 67% à Sikasso et Ségou mais seulement 34% à Bamako et 19% à Tombouctou.

## Le fonctionnement des FES évalués

### *Informations générales sur le fonctionnement des FES*

<b>Financement du projet Réadaptation</b>	UE (66%), HI France (34%).	UE, Luxembourg, RRA*, HI Lux. et HI Fr.	UE (75%), HI France (25%)
<b>Durée du projet</b>	2006 à 2008 (3 ans)	2007 à 2009 (3 ans)	2007 à 2009 (3 ans)
<b>Existence au sein de l'équipe projet d'une personne dédiée au FES</b>	Non	Oui	Oui
<b>Montant des PEC du FES sur 3 ans**</b>	114 876 euros	103 245 euros***	59 486 euros
<b>Portée du FES</b>	Nationale (5 régions sur 5)	Régionale (5 régions sur 9)	Régionale (1 région sur 6)****
<b>Nombre de prestataires de services produisant des appareillages orthopédiques</b>	5	4	2
<b>Nombre d'autres prestataires de services</b>	0	0	3 services de kinésithérapie et 2 ateliers de ferronnerie
<b>Tarifs payés par le FES aux centres</b>	Tarifs nationaux	Tarifs nationaux	Tarifs déterminés par les structures
<b>Contribution obligatoire</b>	Non	Oui	Oui
<b>Montant de la contribution</b>	Négociée. 0 à 50% du prix total.	Négociée. 5 à 45% du prix total.	Basée sur une grille. 2,5 à 10% du prix total*****

\*RRA : Région Rhône-Alpes.

\*\*PEC : Prises en charge.

\*\*\* UE : 79 396 euros ; Luxembourg : 15 407 euros ; RRA : 8442 euros.

\*\*\*\* Le demandeur doit résider dans la région des Savanes.

\*\*\*\*\* Il y a une négociation sur la base de cette grille, qui a été établie par le Comité SYSTER. De facto, les montants s'écartent peu des montants prévus par la grille.

### *Répartition des responsabilités entre les différents acteurs impliqués dans les FES*

	<b>Rwanda</b>	<b>Mali</b>	<b>Togo</b>
<b>Identification des candidats</b>	Pas d'identification	Services sociaux de l'Etat, agents HI et associations de PH	Associations de PH (facilitateurs)
<b>Sélection des bénéficiaires</b>	Services sociaux des hôpitaux	Agents HI, Responsable HI du FES	Comité SYSTER
<b>Décaissements du FES</b>	Officiellement FENAPH. De facto HI.	HI	Comité SYSTER, avec soutien HI.
<b>Soins de kinésithérapie</b>	Hôpitaux publics	Centres de RF publics autonomes	Centres de RF autonomes, hôpitaux de district et centres de kinésithérapie autonomes
<b>Production des appareils</b>	Hôpitaux publics	Centres de RF publics autonomes	Centres de RF autonomes (1 privé, 1 public)
<b>Production des tricyles</b>	Pas de tricyles	Centres de RF et ateliers privés.	Centres de RF et ateliers privés.
<b>Suivi des bénéficiaires</b>	Association de PH	Services sociaux de l'Etat et agents HI	Associations de PH et Comité SYSTER

### Le coût des FES évalués<sup>3</sup>

Les coûts analysés ici sont uniquement ceux couverts par HI, pour chacun des FES car le but de cette analyse est de répondre à la question suivante : combien coûte à HI le lancement d'un FES ? Afin de connaître ce coût, seules ont été recensées les dépenses répondant à l'un des critères suivants

- dépenses qui n'auraient pas été réalisées si le FES n'avait pas existé,
- dépenses indispensables à la mise en place et/ou au fonctionnement du fonds.

#### *Analyse du coût des FES pour HI*

Le coût global d'un FES varie fortement d'un pays à l'autre en fonction du montant alloué au fonds mais aussi du dispositif institutionnel établi pour gérer le fonds<sup>4</sup>. Il atteint 229 000 euros au Mali, 186 000 euros au Rwanda et 120 000 euros au Togo.

Le montant moyen des dépenses en réadaptation par bénéficiaire est proche d'un pays à un autre : 140 euros au Rwanda, 175 euros au Mali et 193 euros au Togo. En revanche, les coûts globaux moyens par bénéficiaire (qui incluent les coûts de réadaptation et les frais de gestion des FES) varient davantage. C'est au Mali que le coût global par bénéficiaire est le plus élevé, avec 412 euros, contre 390 euros au Togo et 227 au Rwanda.

Dans les 3 pays, la réadaptation fonctionnelle constitue la principale dépense réalisée par HI dans le cadre de ces FES. 62% des dépenses vont à la RF au Rwanda, 50% au Togo et 45% au Mali. Les autres dépenses servent à la mise en place et à la gestion du fonds (rémunérations du personnel HI et divers autres frais). Dans ces conditions, l'efficacité peut être définie en termes financiers comme le ratio suivant : *montant frais de mise en place et de gestion / montant RF*<sup>5</sup>. Ce ratio indique combien il faut dépenser en frais de gestion pour dépenser un euro, dans le cadre du fonds lui-même. Ainsi au Mali, il faut dépenser 1,22 euros en parallèle du fonds pour que le fonds décaisse 1 euro en RF tandis qu'au Togo 1,02 euros suffisent. C'est toutefois au Rwanda que l'efficacité financière est la meilleure puisque pour 1 euro décaissé, il ne faut décaisser que 0,62 euros en parallèle. En d'autres termes, sur l'ensemble du budget consacré par HI aux FES, une part plus forte bénéficie directement aux PH, dans le cadre du FES-Rwanda.

#### *Remarques sur le montant des tarifs payés aux services de réadaptation*

Dans les 3 pays, Rwanda et au Mali, les montants payés aux prestataires de services sont calqués sur les tarifs courants qu'ils soient déterminés par les autorités nationales (Rwanda, Mali) ou par les services de RF eux-mêmes (Togo). Cela ne va pas de soi. En particulier, ils pourraient être supérieurs, ce qui témoignerait d'une volonté de HI de surpayer afin d'inciter les services de RF à améliorer la qualité des soins fournis et/ou à augmenter le nombre de prestations fournies. Cela arrive souvent, dans le cadre de Fonds d'Equité pour des soins de base. En surpayant, le bailleur permet à la structure de santé de mieux rémunérer ses employés (ce qui contribue à leur motivation), d'embaucher du personnel supplémentaire et/ou des réaliser des investissements<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Chiffres basés sur des projections pour 2009, dans le cas des FES du Mali et du Togo.

<sup>4</sup> En revanche, les coûts unitaires des soins (par exemple, le coût d'une séance de kinésithérapie ou d'une prothèse fémorale) sont proches d'un pays à l'autre.

<sup>5</sup> Il convient de rappeler que l'efficacité financière mise en lumière ici ne dit rien sur la qualité des soins fournis.

<sup>6</sup> S'il y a donc une différence entre les 2 montants susmentionnés, l'affectation de cette différence peut être laissée à la discrétion des prestataires de services ou prédéterminée à l'issue d'une négociation entre prestataire et bailleur.

Ces effets positifs ont d'autant plus de chance de survenir que :

- la surpaie est versée a posteriori, en fonction des résultats atteints ;
- le bailleur exerce un contrôle rigoureux sur ces résultats ;
- le centre qui dispense les soins est en situation de concurrence<sup>7</sup>.

Si ces conditions sont remplies, il y a en réalité une contractualisation à la performance. Dans le cadre des FES évalués ici, payer un tel surcoût n'aurait sans doute pas été judicieux pour 2 raisons :

- comme mentionné ci-dessus, HI subventionne depuis de nombreuses années les services de réadaptation, en particulier leurs services d'appareillage. Compte tenu des investissements déjà réalisés par HI, il est possible de considérer que surpayer aurait fait double-emploi avec les subventions antérieures et/ou parallèles.
- dans le cas d'un FES pour des soins de réadaptation et non pour des soins de base, la surpaie incitera moins la structure de santé à améliorer ses performances car elle n'est pas en situation de concurrence, les services d'appareillage de RF étant le plus souvent les seuls qui existent dans leur zone.

Il convient de préciser que dans les 3 pays, les tarifs en vigueur (qu'ils soient déterminés à l'échelle nationale – Rwanda, Mali – ou par les prestataires de services) ne permettent probablement pas de couvrir tous les frais nécessaires pour dispenser les soins (frais de formation des professionnels, de construction des locaux...). Autrement dit, les soins de réadaptation sont de facto subventionnés par l'Etat et/ou des bailleurs internationaux, du moins pour les services de RF publics. C'est une situation courante, quels que soient les pays et les types de soin.

### **Evaluation de la pertinence des FES pour favoriser l'accès aux soins de RF**

#### *L'insuffisance des FES pour répondre à l'ensemble des besoins en RF*

Bien souvent, il est difficile de connaître le nombre de PH dans les pays à bas revenus, faute de moyens pour mener des enquêtes statistiques fiables dans ces pays. Toutefois, d'après les estimations de l'OMS et de ISPO, 0,5% de la population d'un pays a besoin de soins d'appareillage orthopédique. Sur la base de ces estimations, le nombre de personnes ayant besoin d'un appareil était d'environ 48 500 au Rwanda, 61 500 au Mali et 33 000 au Togo, en 2007<sup>8</sup>.

Ces chiffres sont à prendre avec précaution, ce taux de 0,5% n'étant qu'une estimation. Quel que soit le nombre réel de PH dans chacun des pays visités, il est certain qu'avec une capacité d'intervention inférieure à 300 personnes par an, les FES évalués ne font qu'intervenir à la marge. Bref, les FES initiés par HI sont à l'heure actuelle des outils utiles mais de portée réduite, soit du fait du manque de techniciens (Rwanda, Mali), soit en raison des enveloppes restreintes qui leur sont alloués (Togo).

---

<sup>7</sup>Dans une telle situation, la structure de santé est incitée à atteindre des résultats car elle sait que si la qualité des soins ne progresse pas et/ou que le nombre de patients traités n'augmente pas, le bailleur peut contractualiser avec une autre structure (Soeters et al., 2006).

<sup>8</sup>Ces chiffres ont été calculés à partir des données de la Banque mondiale, pour les populations nationales en 2007.

### *L'intérêt des FES par rapport aux autres modalités de financement des soins de RF*

Différents modes de financement peuvent être envisagés pour faciliter l'accès des plus pauvres aux soins. Dans les pays qui ont opté pour une politique de recouvrement des coûts, il y a trois possibilités : les mutuelles (qu'elles soient publiques ou privées), les FES ou l'exemption après reconnaissance officielle du statut d'indigent. Les avantages et inconvénients de chaque système font débat.

Dans le cas des soins de réadaptation pour des PH, le débat pourrait être moins vif car les 2 autres systèmes semblent difficiles à mettre en œuvre. L'exemption totale n'est pas impossible mais elle requiert une forte volonté politique car les soins de RF coûtent en général bien plus chers que des soins de base. Opter pour l'exemption serait donc en contradiction forte avec le principe de recouvrement des coûts.

Un système de mutuelles semble en revanche totalement impossible. Envisager de financer un Fonds d'Equité pour la réadaptation à partir de cotisations individuelles n'est pas réaliste pour 2 raisons. D'une part, parce que les sommes nécessaires sont plus élevées que pour les soins de base alors que les PH sont plus pauvres que la moyenne, ce qui les empêche de verser des cotisations suffisantes. D'autre part parce que les besoins de ces personnes sont certains. Un système de mutuelles ne peut être viable financièrement que si des patients cotisent parce qu'ils redoutent d'avoir à payer des soins mais qu'au cours de la période de cotisation, ils n'ont finalement pas eu à se faire soigner. Ce sont ces patients qui permettent aux mutuelles de dégager de l'argent pour les patients qui ont effectivement besoin de soins. Or dans le cas des PH, il n'existe pas de personnes qui n'aient pas besoin de dépenses de réadaptation (en particulier parce que certains soins de kinésithérapie se font à long terme et que les appareils portés doivent être entretenus et renouvelés régulièrement).

Dans ces conditions, un FES pérenne semble être la meilleure solution pour permettre aux PH les plus démunies d'accéder à la RF. Certes, les FES coûtent cher et ils ne permettent d'appareiller qu'une minorité de PH. Mais c'est la réadaptation qui coûte cher en soi et aucun système ne pourrait réduire le coût de la réadaptation.

### *La pérennisation des FES, principal défi posé par ces fonds*

Si les FES semblent être la solution la plus appropriée pour permettre aux PH d'accéder à la RF dans les pays dans où une politique de recouvrement des coûts est appliquée, ils ne constituent pas une solution parfaite. En particulier, ils sont difficilement pérennes. S'ils sont alimentés par un bailleur, une ONG ou le secteur privé, rien ne garantit qu'ils perdurent. L'unique solution pour pérenniser un FES de manière quasi certaine est qu'il soit pris en charge par le secteur public lui-même. Cela pourrait incomber soit à l'Etat via les impôts, soit à des mutuelles nationales publiques qui accepteraient de dégager une part des cotisations de leurs adhérents pour le FES et ainsi faire une entorse à leur principe de viabilité. Ces possibilités sont évoquées pour le FES-Rwanda.

Une autre option, sans doute plus réaliste dans bien des pays compte tenu des faibles ressources du secteur public, serait la mise en place de « basket-funds » (ou « pots communs »), alimentés par différentes institutions. Ce système de financement peut très bien fonctionner mais il suppose deux contraintes fortes :

- il faut rechercher régulièrement de nouveaux contributeurs pour pallier aux retraits éventuels de ceux déjà en place.
- il faut que les contributeurs s'accordent sur l'acteur chargé de gérer le FES.

Le choix de l'acteur qui gèrera le FES est un point sensible. Il peut s'agir soit de l'un des contributeurs, soit d'une institution nationale n'ayant pas de revenus suffisants pour contribuer mais qui est fortement mobilisée en faveur des PH (telle qu'une Fédération nationale des associations de PH par exemple). Cette seconde possibilité est sans doute préférable en vue d'une pleine appropriation de la promotion des PH par des institutions nationales.

### **Recommandations en vue de l'efficacité et de la pérennité des FES**

*Les principes qui favorisent le succès d'un FES :*

- Confier la gestion du FES à des institutions nationales, dès sa mise en place
- Confier la gestion du FES à une institution nationale implantée localement
- Cibler les bénéficiaires grâce à un dispositif d'identification efficace
- Rendre systématique le versement d'une contribution
- Réduire le taux d'abandon des appareils
- Réduire le délai entre l'identification des patients et la livraison des appareils
- Mieux tenir compte des patients qui ont uniquement besoin de kinésithérapie
- Mieux tenir compte du cas particulier des jeunes en période de croissance
- Allonger la durée de fonctionnement du FES
- Effectuer des enquêtes rigoureuses auprès des bénéficiaires
- Favoriser la création d'une association de bénéficiaires pour chaque FES
- Faciliter les évaluations et analyses d'impact
- Evaluer les effets du FES sur les prestataires de services
- Continuer à soutenir les services de RF pour les dépenses les plus élevées
- Effectuer un réel plaidoyer en faveur du FES, à partir des résultats obtenus

*Les pratiques à éviter en vue du succès d'un FES :*

- Confier la gestion d'un FES à un prestataire de service
- Mettre en place des procédures de sélection trop complexes
- Faire financer par un FES des microcrédits ou des AGR
- Déterminer la part de la contribution en fonction du coût total des soins
- Ne pas appliquer les règles de la même manière à tous

# **1. Présentation de l'évaluation**

## **Contexte de l'évaluation**

Le présent rapport est le fruit d'une mission de 3 semaines destinée à évaluer les Fonds d'Equité en Santé (FES) mis en œuvre par Handicap International (HI), dans 3 pays d'Afrique subsaharienne (Rwanda, Mali et Togo). Cette évaluation a été menée du 23 novembre au 13 décembre 2008, par un consultant indépendant. Elle a été lancée et financée par HI (plus précisément par le desk Afrique de l'Ouest, la Direction des Ressources Techniques et la Coordination régionale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, CORAOC), sans aucune obligation contractuelle vis-à-vis d'aucun bailleur de fonds.

## **Limites de cette évaluation**

Compte tenu de la durée de la mission (6 jours de travail au Rwanda, 4 jours au Mali et 6 jours au Togo), cette évaluation ne juge pas la cohérence des FES, que ce soit leur cohérence interne (cohérence avec les autres interventions de HI dans le pays) ou externe (cohérence avec les interventions d'autres institutions, qu'elles soient publiques ou privées, nationales, internationales ou étrangères). Pour apprécier la cohérence interne et externe de chacun des FES, il aurait fallu prendre connaissance de toutes les autres interventions en faveur des personnes handicapées, dans chaque pays.

Les comparaisons chiffrées d'un FES à l'autre établies dans cette évaluation sont pleinement fondées mais il faut garder à l'esprit que les méthodes employées pour récolter les données ont différé d'un pays à l'autre, en raison des pratiques variées de HI selon les pays. Certaines données ont été construites à partir d'échantillons<sup>9</sup> tandis que d'autres proviennent de l'ensemble de la population. Par ailleurs, au Mali et au Togo, certaines données pour 2009 reposent sur des estimations à partir des données de 2007 et 2008, étant donné que les FES de ces pays sont encore en cours en 2009.

Enfin, il convient de rappeler que l'évaluation des résultats réels d'un projet ne peut se faire que plusieurs années après l'achèvement de celui-ci, lorsqu'on peut constater si les objectifs à long terme ont été atteints ou non. Pour s'assurer que les effets identifiés sont pleinement imputables au projet, l'idéal serait de réaliser une réelle analyse d'impact (voir section 12).

---

<sup>9</sup> Les individus qui composent ces échantillons ont été sélectionnés de manière aléatoire et peuvent donc être considérés comme représentatifs de l'ensemble des bénéficiaires.

## **2. Présentation des Fonds d'Equité en Santé**

### **Le principe d'un Fonds d'Equité en Santé**

Les FES constituent une modalité pour financer l'accès aux soins des plus pauvres, dans les pays où les soins sont payants. En effet, lorsque des politiques de « recouvrement des coûts » sont mises en place, les plus pauvres n'ont bien souvent pas les moyens de se soigner (Creese 1991; McPake 1993; Gilson et al. 2001). Ces fonds reposent sur le principe du tiers-payeur : l'accès aux soins n'est financé ni par les personnes soignées ni par les structures qui dispensent les soins mais pas une institution tierce. Celle-ci contracte auprès de structures de santé pour qu'elles délivrent des soins de qualité, pour un coût donné. Autrement dit, les structures de santé doivent jouer le rôle d'un prestataire de services.

La gestion d'un FES peut être assurée soit par le tiers-payeur, soit par une autre institution à qui le tiers-payeur délègue ce rôle. Gérer un FES consiste à :

- identifier et suivre les bénéficiaires,
- s'assurer de la qualité et du coût des soins dispensés,
- effectuer tous les décaissements nécessaires.

Il est primordial que le rôle gestionnaire soit dissocié du rôle de prestataire de service, sinon le principe du tiers-payeur est remis en cause. En d'autres termes, la gestion d'un FES ne doit surtout pas revenir aux structures de santé. Si c'était le cas, elles disposeraient de facto d'un fonds pour fournir elles-mêmes les soins. Il s'agirait presque d'un blanc-seing puisqu'elles décideraient de tout, que ce soit le montant des soins, leur qualité ou les bénéficiaires. In fine, cela nuirait au fonctionnement du FES (Hardeman et al, 2004 ; Soeters et al., 2006 ; Noirhomme et al. 2007). Il convient toutefois de rappeler que le bon fonctionnement d'un FES ne peut être considéré comme un objectif en soi car un FES n'est qu'une modalité (c'est-à-dire un mécanisme ou un outil) pour améliorer l'accès aux soins.

### **Les spécificités des FES évalués**

Les FES évalués ici financent uniquement des soins de réadaptation, pour des personnes handicapées (PH). Il s'agit de soins qui permettront à ces personnes de se déplacer plus aisément et ainsi de retrouver une autonomie de mouvement, étape primordiale vers une plus grande autonomie au sein de la société. Par rapport à un FES standard, les FES analysés sont donc réservés à une population particulière au sein des plus pauvres, - les personnes en situation de handicap -, pour des soins précis, - les soins de réadaptation. Selon les PH, ces soins peuvent impliquer 4 types de frais :

- des frais de chirurgie en vue du port d'un appareil orthopédique
- des frais d'appareillage orthopédiques,
- des frais d'aides techniques roulantes et aides techniques de marche
- des frais de kinésithérapie.

En dehors des actes chirurgicaux, les soins de réadaptation (appareillage et kinésithérapie) sont dispensés dans des services de réadaptation fonctionnelle. Ces services peuvent être privés ou publics, et s'ils sont publics, ils peuvent être autonomes ou intégrés à un hôpital. La plupart des services de RF se limitent à un service de

kinésithérapie tandis que d'autres, qui couvrent en général toute une région, incluent également un service d'appareillage. Par ailleurs, les aides techniques roulantes et de marche peuvent être produits par des services de réadaptation, qu'ils soient publics ou privés, ou par des ateliers privés, tels que des ateliers de ferronnerie-soudure.

### **Le contexte de mise en œuvre des FES évalués**

Les 3 FES évalués ici ne constituent pas un même projet. Au contraire, ils font partie de 3 projets différents, dits *Projets Réadaptation*, chacun d'eux intervenant à l'échelle d'un pays<sup>10</sup>. Les *Projets Réadaptation* de HI sont plus ou moins similaires d'un pays à un autre. Ce qu'ils ont en commun, c'est de favoriser l'accès des PH aux soins de RF. 4 obstacles rendent ces soins difficilement accessibles à ces personnes :

- l'obstacle informationnel: comment savoir que de tels soins existent et comment en bénéficier ?
- l'obstacle financier : comment payer les soins ?
- l'obstacle géographique: comment se rendre jusqu'aux services de réadaptation ?
- l'obstacle physique: comment avoir accès aux bâtiments des services de RF ?

Les *Projets Réadaptation* de HI s'attaquent à ces 4 obstacles. Pour chaque type d'obstacle, différentes modalités peuvent être envisagées. En l'occurrence, les FES sont une modalité pour faciliter l'accessibilité financière. Mais ils peuvent aussi contribuer à améliorer l'accessibilité géographique et informationnelle. En revanche, ils ne jouent pas sur l'accessibilité physique. D'une manière générale, ils ne sont donc qu'une composante parmi d'autres des *Projets Réadaptation*.

### **Les FES, une solution pour améliorer l'accessibilité financière, géographique et informationnelle aux soins de réadaptation**

#### *Les faibles revenus des PH (l'accessibilité financière)*

La plupart des PH dans les pays à bas revenus n'ont pas les moyens de payer les soins proposés par les services de réadaptation<sup>11</sup>. Le revenu moyen d'une PH est presque systématiquement inférieur au revenu moyen national et la part des PH est toujours plus élevée parmi les tranches les plus pauvres de la population que dans l'ensemble de celle-ci (Elwann, 1999 ; Yeo R., Moore K., 1999). Ce constat s'explique par une influence réciproque entre handicap et pauvreté. Lorsqu'on est en situation de handicap, il est plus difficile de travailler et donc de disposer de revenus décents. Mais en retour, la pauvreté empêche d'avoir accès aux soins et favorise ainsi l'apparition et le développement des handicaps. Autrement dit, chacune de ces deux difficultés peut renforcer l'autre, voir même la susciter.

En dépit de cette influence, il est difficile de déterminer la part des PH qui sont pauvres dans un pays car les notions de pauvreté et de handicap sont multidimensionnelles (Braithwaite et Mont, 2008). Dans ces conditions, quels critères retenir pour déterminer si une personne est pauvre ? Et quels critères retenir pour déterminer si elle est

<sup>10</sup> Ces projets ont été conçus par des personnes différentes, à des moments différents, à partir de financements variés, et sans interactions entre eux. Il en va donc de même pour les FES qu'ils intègrent.

<sup>11</sup> Parmi les pays visités, ceci est moins vrai au Togo, du moins dans la région des Savanes, qu'au Rwanda et au Mali car il semble que le centre de RF public de cette région acceptait de livrer des appareils à des prix inférieurs aux tarifs officiels. Cette pratique était courante avant la mise en place du FES, d'après les responsables de ce centre.

handicapée ? Quelles que soient les définitions retenues, il semble certain que les PH sont sur représentées parmi les plus pauvres.

### *L'éloignement des PH des services de réadaptation (l'accessibilité géographique)*

De nombreuses PH vivent éloignées des services de réadaptation. Mais compte tenu des investissements nécessaires pour produire des appareils orthopédiques, il paraît difficile de multiplier les services d'appareillage<sup>12</sup>. Dès lors, le problème réside moins dans le manque de structures que dans la difficulté pour les PH de les rejoindre.

A priori, les FES n'ont pas vocation à s'attaquer à cet obstacle. Mais en réalité, la question de l'accessibilité géographique des services de RF renvoie à celle de l'accessibilité financière des soins car l'éloignement constituerait un problème de second ordre si les PH avaient les revenus suffisants pour se rendre jusqu'à ces structures. Mais ces déplacements peuvent coûter cher : outre les coûts de transport, il faut tenir compte des « coûts d'opportunité » liés au déplacement. Il s'agit de la somme qu'une PH aurait pu percevoir en travaillant durant le temps qu'elle a pris pour se faire soigner. Ce manque à gagner peut également toucher des proches de la PH si celle-ci a besoin d'être accompagnée pour recevoir des soins.

### *Le manque d'information sur les soins de RF (l'accessibilité informationnelle)*

Les PH, surtout en milieu rural, connaissent mal l'offre de soins en réadaptation. Certaines ne savent pas que des séances de kinésithérapie peuvent leur offrir un surcroît de mobilité et atténuer leurs douleurs. Elles ignorent parfois qu'il est possible de porter des prothèses et des orthèses et si elles le savent, elles peuvent manquer d'information sur les institutions qui pourraient les aider à bénéficier de ces appareils. Les FES n'ont pas principalement pour vocation de faire connaître les soins de RF mais de facto, ils y contribuent, de par la simple hausse d'activité des services de RF et les informations transmises via les institutions qui gèrent les FES.

## **Les autres avantages des FES**

Au-delà des bénéficiaires, les FES peuvent avoir des influences structurelles vis-à-vis de différentes institutions et ces influences profiteront directement à l'ensemble des PH, à moyen et long terme. C'est l'intérêt majeur des FES par rapport à d'autres modalités de financement de la RF.

### *L'influence des FES sur les services de RF*

- Les FES permettent aux services d'appareillage de développer leur activité (car ils suscitent une hausse immédiate et forte de la production).
- Les FES permettent aux services de RF de réaliser des investissements et de mieux gérer leurs stock de consommables (car ces services disposent de recettes additionnelles et ils savent que celles-ci perdureront tant que les FES existeront).
- Les FES offrent à ces services l'opportunité de se rapprocher des services de chirurgie des hôpitaux (car ils financent des opérations chirurgicales) ainsi que des services sociaux locaux (car l'identification des PH pauvres requiert l'intervention de ces services).

---

<sup>12</sup> Les services de kinésithérapie sont mieux répartis à l'échelle nationale car ils requièrent moins de matériel.

In fine, ces différents avantages peuvent améliorer la qualité des prestations fournies par les services de RF. Par exemple :

- les services de RF pourraient acheter de meilleurs consommables et/ou recruter du personnel mieux formé, grâce aux recettes supplémentaires.
- Les professionnels de la réadaptation déjà en place pourraient améliorer leur compétences, grâce à l'augmentation du volume d'activité (car leur savoir-faire se développerait) et aux recettes supplémentaires (car ces recettes pourraient servir à leur financer des formations).

#### *L'influence des FES sur les associations de PH*

- Les FES renforcent la crédibilité des associations de PH vis-à-vis de l'Etat et de la société (si les FES s'appuient sur ces associations pour identifier et suivre les bénéficiaires).

#### *L'influence des FES sur l'Etat*

- Les FES incitent l'Etat à créer des services de RF et à former des professionnels.
- Les FES font la preuve auprès de l'Etat de la pertinence d'une intervention forte en faveur des PH les plus démunies, en montrant qu'il est tout à fait possible d'améliorer leur insertion sociale.

#### *L'influence des FES de manière globale*

- Les FES sensibilisent chacun au droit à la réadaptation.
- Les FES font connaître les services de réadaptation dans la population.
- Les FES créent des emplois (Soeters et al, 2006) dans les structures de santé, mais aussi dans des ateliers privés de fabrication de béquilles et de tricyles.
- Les FES amènent les différents acteurs de la RF à collaborer davantage (services de RF, hôpitaux, services sociaux, associations de PH, ministères...).

### **La question des capacités de prise en charge des services d'appareillage**

Parmi les influences susmentionnées, c'est l'influence sur les services de RF qui est la plus immédiate. Et c'est cette influence qui a poussé HI à recourir à des FES plutôt qu'à d'autres modalités qui auraient également permis d'améliorer l'accès à la RF (dons directs de matériel aux individus, soutien financier direct aux services...) mais qui n'auraient pas favorisé le développement des services de RF. A vrai dire, HI a opté pour des FES afin que les services de RF qu'elle soutenait depuis de nombreuses années (via la construction ou réhabilitation de locaux, la formation des professionnels, la fourniture de machines...) voient leur activité augmenter au bénéfice des plus nécessiteux. Jusque là, le matériel et le savoir-faire étaient en place mais la grande majorité des PH ne pouvaient pas en profiter, en raison des 4 obstacles susmentionnés. Autrement dit, HI avait permis aux services de RF d'acquérir le matériel et le savoir-faire nécessaire pour proposer des prestations variées mais ils n'en dispensaient que très peu. Au final, les capacités de prise en charge des services étaient à la fois insuffisantes et sous exploitées. Insuffisantes car elles ne permettaient pas de faire face aux besoins des PH. Mais peu exploitées car elles dépassaient largement la demande des PH<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Au sein des services de RF, cette sous exploitation concerne surtout les services d'appareillage et peu les services de kinésithérapie. Dans les pays à bas revenus, les capacités de prise en charge des services de kinésithérapie (qu'ils soient ou non adossés à des services d'appareillage) sont souvent insuffisantes et les kinésithérapeutes débordés.

### **3. L'accès aux soins de RF pour les bénéficiaires**

Diverses questions se posent sur les conditions d'accès aux FES : Quels sont les critères de sélection ? Comment la sélection se déroule-t-elle ? L'équité d'accès est-elle garantie ? Quels soins sont proposés et comment leur coût est-il déterminé ?

#### **Les critères de sélection des bénéficiaires**

Dans les trois pays, les critères de sélection sont similaires. Sont considérés comme prioritaires les individus qui remplissent les critères suivants :

- Etre motivé pour porter un appareil et/ou suivre des soins de kinésithérapie.
- Avoir une déficience des membres inférieurs plutôt que des membres supérieurs.
- Etre considéré comme étant démuné, après l'enquête sociale.
- Avoir un projet de vie qui sera facilité par les soins reçus.
- Etre jeune, ou avoir déjà porté un appareil pour les personnes âgées.
- Exprimer le besoin d'un appareil fonctionnel qui aura un impact sur les conditions de vie plutôt que d'un appareil ayant un rôle esthétique.

Ces critères ne sont pas absolus : ils définissent les PH prioritaires mais il est possible de bénéficier d'un FES sans remplir l'ensemble de ces critères. Au Mali et au Togo, il est par ailleurs exigé des bénéficiaires qu'ils versent une contribution. Dans les faits, une part importante des bénéficiaires des FES sont des jeunes (voir section 6), même s'ils ne constituent qu'une minorité. En revanche, très peu de PH se présentent avec un projet professionnel qui serait rendu possible par les soins reçus.

#### **Les modalités de sélection des bénéficiaires**

Le but d'un FES est de fournir des soins de qualité au plus grand nombre de démunis, avec une enveloppe limitée. Cela a 2 implications, lors de la sélection des bénéficiaires :

- il faut s'assurer que les demandeurs sont motivés pour suivre des soins de RF, afin d'éviter les dépenses inutiles (telles que la production d'appareils pour des personnes qui ne les porteraient finalement pas),
- il faut s'assurer que les demandeurs sont pauvres, de manière à ce que le FES soit réellement équitable.

Pour s'assurer de la forte motivation et du faible niveau de vie des candidats, divers procédés sont utilisés, dans le cadre des FES évalués :

- Réaliser des enquêtes sociales (Rwanda, Mali et Togo). Elles consistent à interroger les candidats sur leurs conditions de vie et sur les éventuels soutiens dont ils bénéficient de la part de leurs proches. En d'autres termes, elles tentent d'appréhender le caractère multidimensionnel de la pauvreté. Ces enquêtes sociales sont menées par des acteurs différents, selon les pays (voir section 4). La plupart des FES pour des soins de base recourent à des enquêtes sociales (Harderman et al., 2004).
- Effectuer des visites à domicile (Mali et Togo). De telles visites, permettent notamment de s'assurer de la véracité des déclarations faites lors des enquêtes. Ces visites peuvent être inopinées.

- Interroger les proches et les voisins des candidats, ainsi que les associations de PH (Mali et Togo). Cela permet également de vérifier les déclarations faites lors des enquêtes.
- Rendre systématique le versement d'une contribution (Mali et Togo). Lorsqu'elle est obligatoire, la contribution a une dimension symbolique : tout bénéficiaire doit la verser, même si elle est d'un montant réduit, afin d'attester de sa motivation. Mais la contribution a aussi une réelle dimension matérielle : si son montant varie pour des soins identiques en fonction du niveau de vie de la PH, elle permet d'introduire une certaine équité entre bénéficiaires.

D'autres modalités de sélection pourraient être envisagées. Par exemple, dans certains pays, des certificats d'indigence sont exigés pour bénéficier d'un FES (Noirhomme et al., 2007). Cela suppose qu'une institution locale délivre de tels certificats et qu'ils soient fiables. Ce système présente des avantages (il n'y a plus d'enquête sociale à effectuer dans le cadre du FES) mais aussi des inconvénients (la situation d'une personne peut s'être détériorée ou améliorée entre le moment où elle a demandé un certificat et celui où elle se présente pour bénéficier du FES).

### **La question de l'équité d'accès aux FES**

Quatre éléments peuvent nuire à l'équité des FES :

- si le FES privilégie les personnes affectées par certains handicaps particuliers (cas des trois pays)
- si le FES a une portée régionale (cas du Mali et du Togo)
- si les responsables de la sélection ne sont pas les mêmes sur l'ensemble de la zone d'intervention du FES (cas du Rwanda et du Mali).
- si le montant des contributions est déterminé davantage en fonction du coût total des soins que des revenus des bénéficiaires (cas du Mali).

#### *Inéquité en fonction du handicap*

Les trois FES sont avant tout destinés à des personnes handicapées physiquement, ce qui entraîne une inéquité en fonction du type de handicap. Seul le FES Togo apporte un appui à des personnes affectées par un handicap sensoriel (des cannes blanches pour les aveugles) mais cela est rare et ne survient que parce que certains prestataires produisent ce type d'objet.

Même parmi les personnes handicapées physiques, il y a une forte inéquité entre celles qui ont besoin d'un appareil et celles qui ont uniquement besoin de kinésithérapie. A vrai dire, si ces 3 FES ont vocation à prendre en charge les soins de RF d'une manière générale, ils sont surtout orientés vers l'appareillage<sup>14</sup>. En d'autres termes, les FES prennent en charge des soins de kinésithérapie quasi-exclusivement pour des patients qu'ils ont appareillés. Il y a là une véritable inéquité car certaines personnes fortement handicapées ont uniquement besoin de kinésithérapie, qui plus est à long terme.

#### *Inéquité en fonction des zones d'intervention*

Par ailleurs, si un FES a une portée régionale, il est évident qu'il n'est pas équitable à l'échelle d'un pays : il est plus facile de bénéficier du FES (voir obligatoire) pour les PH qui résident dans les régions d'intervention. De ce point de vue, les FES-Mali et -Togo

<sup>14</sup> Cela s'explique sans doute en grande partie par l'histoire de HI et par les historiques des projets.

sont clairement inéquitables<sup>15</sup>. Au Togo, il est même obligatoire de vivre dans l'unique région d'intervention pour bénéficier du FES. Cette inéquité n'existe pas au Rwanda puisque le FES-Rwanda a une portée nationale.

#### *Inéquité en fonction de la manière dont sont appliqués les critères de sélection*

Si les responsables de la sélection ne sont pas les mêmes sur l'ensemble de la zone d'intervention du FES, l'inéquité n'est pas certaine mais probable. Dans ce cas, les critères d'accès mentionnés ci-dessus ne seront probablement pas appliqués de manière uniforme sur toute la zone d'intervention.

Au Togo, ce risque d'inéquité est faible car un même comité examine l'ensemble des demandes. Dans ce pays, la seule source d'inéquité envisageable serait une différence d'application des critères de présélection, avant la sélection par le comité. Au Mali le risque d'inéquité est réel car les personnes impliquées dans la sélection varient d'une région à l'autre. Il demeure toutefois limité car ces personnes sont employées par HI et ont donc bien intégré ces critères. En revanche, au Rwanda, le risque d'inéquité est plus élevé car la sélection y est confiée aux agents des services sociaux des hôpitaux. Si cela présente de réels avantages, cela ne favorise pas l'équité d'accès au FES pour 2 raisons :

- ces agents accordent plus ou moins d'attention aux consignes données par HI, étant donné que HI n'est pas leur employeur. Quelques uns estiment même qu'ils n'ont pas à recevoir de directives pour déterminer les bénéficiaires prioritaires étant donné qu'identifier les plus nécessiteux constitue le cœur de leur métier.
- certains agents n'ont pas reçu de formation au fonctionnement du FES et n'ont donc pas connaissance des critères d'accès au FES. Cette situation a été constatée en dépit des efforts de HI-Rwanda pour former ces agents. Elle résulte de la forte rotation du personnel dans ces services.

A vrai dire, l'inéquité d'accès au FES-Rwanda constitue une réalité et pas seulement un risque : à Ruhengeri, la part des contributions atteint 13% du coût total des soins contre 1 à 4% dans les autres régions. Le taux de pauvreté dans cette région étant très proche de la moyenne nationale<sup>16</sup>, une telle différence s'explique probablement par l'insistance avec laquelle le service social de l'hôpital exige le versement d'une contribution. A Ruhengeri, non seulement les demandeurs sont poussés à verser des contributions plus élevées mais ils doivent en outre présenter un certificat d'indigence pour bénéficier du FES sans verser de contribution<sup>17</sup>. Ici, le propos n'est pas de déterminer si les pratiques en cours à Ruhengeri sont les meilleures mais de mettre en lumière une différence dans l'application des critères d'accès, et donc une inéquité entre régions.

#### *Inéquité en fonction de la manière dont est déterminé le montant des contributions*

Un dernier risque d'inéquité survient lorsque des contributions sont exigées des bénéficiaires, et que le montant de celles-ci est principalement déterminé en fonction du coût total des soins. Dans ce cas, le niveau de revenu des candidats passe au second plan. Ce risque existe au Togo où le montant des contributions est déterminé sur la base d'une

---

<sup>15</sup> Mais cette inéquité dans l'accès à un FES d'une région à une autre est la même que celle qu'on observe entre un pays dans lequel HI a décidé de mettre en place un FES et un pays où HI n'intervient pas par ce type de mécanisme. De plus, la région choisie au Togo est la plus pauvre du pays (voir section 4) ce qui tend à en diminuer l'inéquité, à l'échelle nationale.

<sup>16</sup> Voir Government of Rwanda, 2002, *Poverty Reduction Strategy Paper*, p. 16.

<sup>17</sup> De tels certificats sont délivrés par certaines communes du Rwanda mais pas par toutes. Il n'aurait donc pas été possible que le FES exige la présentation d'un tel certificat comme condition au non versement d'une contribution.

grille préétablie<sup>18</sup>. Il est toutefois limité car à partir de cette grille, le montant des contributions est négocié.

### **Les frais pris en charge par les FES**

Les frais pris en charge diffèrent peu d'un pays à l'autre. Dans les 3 pays, les FES couvrent avant tout des frais médicaux (appareillage et kinésithérapie). Aucun des 3 FES ne prend en charge de frais annexes (transport, nourriture...). Les différences entre ces 3 FES se font principalement sur la prise en charge de certains frais de second ordre (cannes blanches au Togo, petits consommables nécessaires aux soins de kinésithérapie et à la fabrication des appareils au Rwanda...).

	<b>Rwanda</b>	<b>Mali</b>	<b>Togo</b>
<b>Consultations</b>	Oui	Non*	Oui
<b>Chirurgie</b>	Exceptionnellement**	Exceptionnellement	Régulièrement***
<b>Appareils orthopédiques</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Chaussures orthopédiques</b>	Oui	Non	Oui
<b>Tricycles</b>	Non	Oui	Oui
<b>Aides de marches (béquilles et cannes)</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Cannes blanches</b>	Non	Non	Exceptionnellement
<b>Consommables (plâtre, pommade, bandelettes...)</b>	Oui	Non	Non
<b>Kinésithérapie</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Transport</b>	Non	Non	Non
<b>Hébergement et Nourriture</b>	Non	Non	Non
<b>Réparations des appareils</b>	Non	Oui	Oui

\* Les services de RF ne font toutefois pas payer les consultations aux personnes qui n'en ont pas les moyens.

\*\* 9 cas en 3 ans (toute la durée du FES).

\*\*\* Uniquement pour des interventions de petite chirurgie. Un seul cas de grande chirurgie en 2 ans.

### **Le montant des tarifs payés aux services de réadaptation**

Dans les 3 pays, Rwanda et au Mali, les montants payés aux services de RF sont calqués sur les tarifs courants qu'ils soient déterminés par les autorités nationales (Rwanda, Mali)<sup>19</sup> ou par les services de RF eux-mêmes (Togo). Cela ne va pas de soi. En particulier, ils pourraient être supérieurs, ce qui témoignerait d'une volonté de HI de surpayer afin d'inciter les prestataires de services à améliorer la qualité des soins fournis et/ou à augmenter le nombre de prestations fournies. Cela arrive souvent, dans le cadre de Fonds d'Equité pour des soins de base. En surpayant, le bailleur permet à la structure de santé de mieux rémunérer ses employés (ce qui contribue à leur motivation), d'embaucher du personnel supplémentaire et/ou des réaliser des investissements<sup>20</sup>.

<sup>18</sup> La grille précise est la suivante : 10% de participation pour des soins de 10 à 25 000 FCFA; 7% pour des soins de 25 à 50 000 FCFA; 5% pour des soins de 50 à 100 000 FCFA; 2,5% pour des soins de 100 à 300 000 FCFA.

<sup>19</sup> Au Rwanda, il existe toutefois 3 tarifs : tarif C pour les employés des organisations internationales et les diplomates, tarif B pour les individus travaillant dans le secteur privé et pour ceux qui sont soutenus par une association, tarif A pour les autres individus et les fonctionnaires rwandais. Dans le cadre du FES-Rwanda, c'est le tarif B qui est payé, ce qui est conforme à la politique nationale. La différence entre le tarif A et le tarif B ou C ne va pas aux centres de réadaptation mais au budget général de l'Etat en faveur de la Santé.

<sup>20</sup> S'il y a donc une différence entre les 2 montants susmentionnés, l'affectation de cette différence peut être laissée à la discrétion des prestataires de services ou prédéterminée à l'issue d'une négociation entre prestataire et bailleur.

Ces effets positifs ont d'autant plus de chance de survenir que :

- la surpaie est versée a posteriori, en fonction des résultats atteints ;
- le bailleur exerce un contrôle rigoureux sur ces résultats ;
- l'institution qui dispense les soins est en situation de concurrence<sup>21</sup>.

Si ces conditions sont remplies, il y a en réalité une contractualisation à la performance. Dans le cadre des FES évalués ici, payer un tel surcoût n'aurait sans doute pas été judicieux pour 2 raisons :

- comme mentionné ci-dessus, HI subventionne depuis de nombreuses années les services de RF, en particulier leurs services d'appareillage. Compte tenu des investissements réalisés par HI, il est possible de considérer que surpayer aurait fait double-emploi avec les subventions antérieures et/ou parallèles.
- dans le cas d'un FES pour des soins de réadaptation et non pour des soins de base, la surpaie incitera moins la structure de santé à améliorer ses performances car elle n'est pas en situation de concurrence, les services d'appareillage orthopédique étant le plus souvent les seuls qui existent dans leur région.

Il convient de préciser que dans les 3 pays, les tarifs en vigueur (qu'ils soient déterminés à l'échelle nationale – Rwanda, Mali – ou par les prestataires de services) ne permettent probablement pas de couvrir tous les frais liés à la production des soins (frais de formation des professionnels, de construction des locaux...). Autrement dit, les soins de réadaptation sont de facto subventionnés par l'Etat et/ou des bailleurs internationaux, du moins pour les services de RF publics. C'est une situation courante, quels que soient les pays et les types de soin.

---

<sup>21</sup> Dans une telle situation, la structure de santé sait que si la qualité des soins ne progresse pas et/ou que le nombre de patients traités n'augmente pas, le bailleur peut contractualiser avec une autre structure (Soeters et al., 2006).

## **4. Le fonctionnement des FES et le rôle de HI dans chacun d'eux**

Il s'agit ici de présenter l'historique de chacun des FES ainsi que les dispositifs institutionnels sur lesquels ils reposent. Les responsabilités des différents acteurs impliqués dans les FES sont exposées ainsi que les étapes successives pour qu'une PH bénéficie d'un fonds.

### **Le FES-Rwanda**

#### *Historique et fonctionnement du FES*

Depuis 2000, la Fédération Nationale des Personnes Handicapées (FENAPH) revendiquait la mise en place d'un fonds de solidarité en faveur des PH. Cela a poussé HI à inclure un fonds pour la réadaptation dans le projet lancé début 2006. La gestion de ce fonds a été confiée à la FENAPH, via une convention de partenariat. D'après cette convention, la FENAPH est « garante de la mise en place d'un fonds de solidarité pilote, dans un cadre de fonctionnement et de gestion autonome, qui sera l'interface directe des hôpitaux publics dispensant les soins aux personnes dûment identifiées et prises en charge par le fonds ». Toutefois, HI reste le « garant de la bonne utilisation des fonds mis à disposition du fonds de solidarité pilote »<sup>22</sup>. Pour que la FENAPH puisse assurer ses missions, HI lui a accordé le financement nécessaire au recrutement d'un salarié. Au delà de la gestion du FES, ce salarié est chargé d'œuvrer à sa pérennisation.

Les autres acteurs intervenant dans le fonctionnement du FES sont :

- les hôpitaux partenaires. Ce sont des prestataires de services qui, au-delà du FES, sont soutenus par HI mais qui dans ce cadre, facturent à HI les services fournis au tarif en vigueur. Les hôpitaux partenaires sont les 5 hôpitaux publics du pays où cohabitent un service de kinésithérapie et un service d'appareillage. Ils sont répartis sur les 5 régions du pays, ce qui donne au FES une portée nationale.
- l'Association générale des Handicapés du Rwanda (AGHR). Elle participe à l'identification des bénéficiaires et elle est chargée de leur suivi. Pour cela, elle dispose d'une subvention de HI qui sert notamment à rémunérer un salarié.

Du côté de HI, 4 des 5 membres de l'équipe projet sont impliqués dans le FES (10 à 25% de leur temps de travail)<sup>23</sup>. Aucun membre de l'équipe n'est clairement dédié au FES.

#### *Le circuit du FES*

- Etape 1: Sensibilisation et orientation des PH vers les services sociaux (AGHR)
- Etape 2: Sélection des bénéficiaires et accès aux soins (hôpitaux)
- Etape 3: Soins de réadaptation (hôpitaux)
- Etape 4: Traitement des factures (FENAPH)
- Etape 5: Versements des sommes dues (HI)
- Etape 6: Versement des sommes dues (FENAPH)
- Etape 7: Suivi des patients et renvoi vers les hôpitaux en cas de besoin (AGHR)

---

<sup>22</sup> Article 4, Convention de partenariat, Réadaptation fonctionnelle 2007, n°2007/DA10/001.

<sup>23</sup> Ce sont le conseiller en gestion et le conseiller en développement associatif qui sont les plus impliqués dans le FES. Ils assurent le lien avec la FENAPH, l'AGHR et les hôpitaux.

## **Le FES-Mali**

### *Historique et fonctionnement du FES*

L'origine du FES-Mali remonte au début des années 2000 lorsqu'un fonds de solidarité a été lancé dans le région de Tombouctou sur financement de la Région Rhône Alpes. Il s'agissait déjà d'un système de tiers-payant géré par HI pour faciliter l'accès aux soins de réadaptation. Cette expérience a été étendue à l'ensemble du territoire malien en 2004, avec la mise en place du Fonds Commun pour l'Appareillage et la Rééducation au Mali (le FOCAREM), dans le cadre d'un précédent projet Réadaptation de HI. Ce FES a perduré dans le cadre du nouveau projet Réadaptation lancé en 2007 et qui s'achèvera fin 2009. Cependant, son champ d'intervention a été réduit à 5 des 9 régions du Mali. Dans le cadre de ce FES, HI assume elle-même le rôle de tiers-payant ainsi que l'identification et le suivi des bénéficiaires, contrairement au Togo et au Rwanda où elle a délégué ces fonctions. Ce travail de gestion du FES est assuré à temps plein par un des membres de l'équipe projet. Pour assurer l'identification et le suivi des bénéficiaires, il s'appuie sur 5 Chargés de sensibilisation et suivi (CSS) recrutés à temps plein par HI<sup>24</sup>.

Les prestataires de service sont le Centre national d'appareillage orthopédique du Mali (CNAOM) et 3 de ses antennes régionales, les CRAORF<sup>25</sup>. En dehors du FES, tous ces centres bénéficient d'appuis ponctuels de HI en consommables, machines-outils, financements de formation... Il n'y a pas d'autre acteur officiellement impliqué dans le fonctionnement du FES. Toutefois, il existe une réelle collaboration avec :

- les Directions régionales du Développement social (DRDS) qui orientent les PH vers les CSS, hébergent les bureaux de ces derniers et participent à la réalisation des enquêtes sociales. Dans de rares cas, elles versent les contributions exigées<sup>26</sup>.
- les Fédérations régionales des Associations de Personnes Handicapées (FERAPH) qui participent à la sélection et au suivi des bénéficiaires.

A Bamako, l'appui de la DRDS n'est pas nécessaire car le CNAOM dispose d'un service social (ce qui n'est pas le cas des CRAORF) et HI héberge elle-même les bureaux des CSS.

### *Le circuit du FES-Mali*

- Etape 1 : Orientation des PH vers les services de réadaptation (agents sociaux du CNAOM ou des DRDS et associations de PH)
- Etape 2 : Détermination des besoins (services de RF)
- Etape 3 : Identification des bénéficiaires (DRDS et CSS)
- Etape 4 : Dépôt des dossiers auprès de HI (demandeurs, appuyés par CSS).
- Etape 5 : Validation du dossier (HI)
- Etape 6 : Début des soins (services de RF)
- Etape 7 : Règlement des factures (HI)
- Etape 8 : Suivi des bénéficiaires (CSS)

<sup>24</sup> Chacun d'eux couvre une des zones d'intervention du FES Les zones d'intervention sont Ségou, Sikasso, Tombouctou, Bamako rive droite et Bamako rive gauche (plus Koulikoro qui est rattaché à Bamako rive droite dans le cadre du FES). Dans chaque zone, des départements sont ciblés : 3 sur 7 à Sikasso, 3 sur 7 à Segou et 3 sur 5 à Tombouctou. A Bamako, les 2 CSS interviennent sur toute la région.

<sup>25</sup> Le CNAOM et ses antennes régionales représentent 7 des 9 services d'appareillage orthopédique du Mali.

<sup>26</sup> Améliorer l'accès aux appareils orthopédiques est l'une des missions des DRDS et le nombre de personnes appareillées par an est l'un des indicateurs objectivement vérifiables du Programme de développement sanitaire et social pour 1998-2007. En dehors du FES, il arrive que les DRDS prennent en charge des séances de kinésithérapie, des tricycles et des béquilles. En revanche, il est exceptionnel qu'elles financent des appareils orthopédiques.

## **Le FES-Togo**

### *Historique et fonctionnement du FES*

La décision de créer un FES a été prise suite à une concertation entre HI, l'Association des Personnes handicapées motivées de Tone (APHMOTO) et les deux principaux services de réadaptation de la région. Par la suite, un atelier national de lancement du FES a rassemblé 25 personnes pendant 4 jours en août 2007, au chef lieu de la région des Savanes (Dapaong). L'objectif de cet atelier était de mettre en place les procédures et le comité chargé d'administrer le Système équitable en réadaptation (SYSTER). Les participants représentaient toutes les institutions potentiellement intéressées par le FES. Il fut décidé que le comité serait constitué de 8 personnes représentant des institutions de la région des Savanes ainsi que d'un agent HI basé à Dapaong. Celui-ci serait chargé d'assurer le secrétariat du comité.

Ce FES est limité à la région des Savanes. Diverses raisons ont poussé HI à choisir cette région :

- région la plus pauvre<sup>27</sup> et la plus isolée du Togo
- présence d'associations de PH organisées et dynamiques
- présence de plusieurs services de réadaptation (5 proposant des soins de kinésithérapie dont 2 produisant des appareils orthopédiques<sup>28</sup>)
- présence de deux ateliers de fabrication de tricycles et fauteuils roulants

Le FES fonctionne par appel à proposition. Il y en a 1 à 2 par an, les PH ne peuvent donc déposer une demande qu'à certaines périodes de l'année. Ces demandes sont accompagnées de devis établis par les services de RF partenaires. Cela permet à HI de signer un contrat global avec chacun des 7 services de RF de la région, une fois les bénéficiaires identifiés. Aucun de ces prestataires ne reçoit de subvention en parallèle du FES. En revanche, les 2 services qui produisent des appareils orthopédiques reçoivent des consommables et des machines-outils, en dehors du FES. L'un est public, l'autre est privé.

Une fois appareillés (ou même d'emblée s'ils avaient uniquement besoin de kinésithérapie), les bénéficiaires sont orientés vers le centre de kinésithérapie le plus proche de leur domicile. Ainsi, les prestataires qui ne produisent pas d'appareil accueillent des personnes qui ont d'abord été dans une des deux structures disposant d'un service d'appareillage.

Les bénéficiaires sont équitablement répartis sur l'ensemble de la région car le comité prédétermine un nombre de bénéficiaires, pour chacune des zones de la région. Pour identifier les bénéficiaires et les aider à constituer leur dossier, une équipe de 20 facilitateurs a été mise en place. Pour les former, un atelier régional d'une semaine a été organisé en novembre 2007. Ces facilitateurs travaillent bénévolement. La plupart sont issus des associations de PH. Les autres sont pour l'essentiel des agents de réadaptation à base communautaire (RBC) ou des agents des services sociaux locaux, dépendant de la Direction Régionale de l'Action Sociale (Ministère des Affaires Sociales).

<sup>27</sup> Taux d'extrême pauvreté de 73,2% et taux de pauvreté de 85,9%, contre 61,7% à l'échelle nationale. Voir, *Document Intérimaire de Stratégie de Réduction de la Pauvreté actualisé*, 2004.

<sup>28</sup> Un centre régional public d'appareillage et de réadaptation, un centre privé d'appareillage et de réadaptation, un service de kinésithérapie au sein de l'hôpital régional, un autre au sein de l'hôpital de district et un autre au sein d'une association locale.

Parmi les 20 facilitateurs, 5 sont choisis pour réaliser les enquêtes sociales. Ils sont formés à cet effet et perçoivent une rémunération. Chaque enquêteur est affecté à une zone, celle-ci ne pouvant être l'une de celles dans lesquelles il a été facilitateur.

### Le circuit du FES

- Etape 1 : Pré identification des bénéficiaires (facilitateurs, associations de PH et antennes locales de la Direction Régionale de l'Action Sociale)
- Etape 2 : Appel à proposition (comité SYSTER) puis dépôt des dossiers (demandeurs appuyés par associations et facilitateurs)
- Etape 3 : Validation administrative des dossiers (comité SYSTER, 1ère sélection)
- Etape 4 : Consultations pour déterminer les types de soins requis et élaboration des devis (médecins, TO et kinésithérapeutes)
- Etape 5 : Organisation de l'enquête sociale (enquêteurs)
- Etape 6 : Sélection des bénéficiaires et validation finale des dossiers (comité SYSTER, 2ème sélection)
- Etape 7 : Signature de contrat de prestation entre HI et les prestataires de service
- Etape 8 : Débuts des soins de kinésithérapie et de la production des appareils (prestataires de service)
- Etape 9 : Ordonnancement des dépenses liées aux prises en charge (HI)
- Etape 10 : Suivi des bénéficiaires (comité SYSTER)

### Répartition des responsabilités, dans le cadre de chaque FES

	Rwanda	Mali	Togo
<b>Identification des candidats</b>	Pas d'identification	Services sociaux de l'Etat, agents HI et associations de PH	Associations de PH (facilitateurs)
<b>Sélection des bénéficiaires</b>	Services sociaux des hôpitaux	Agents HI, Responsable HI du FES	Comité SYSTER
<b>Décaissements du FES</b>	Officiellement FENAPH. De facto HI.	HI	Comité SYSTER, avec soutien HI.
<b>Soins de kinésithérapie</b>	Hôpitaux publics	Centres de RF publics autonomes	Centres de RF autonomes, hôpitaux de district et centres de kinésithérapie autonomes
<b>Production des appareils</b>	Hôpitaux publics	Centres de RF publics autonomes	Centres de RF autonomes (1 privé, 1 public)
<b>Production des tricyles</b>	Pas de tricyles	Centres de RF et ateliers privés.	Centres de RF et ateliers privés.
<b>Suivi des bénéficiaires</b>	Association de PH	Services sociaux de l'Etat et agents HI	Associations de PH et Comité SYSTER

## **5. Evaluation de la mise en œuvre des FES**

Dans la mise en œuvre d'un FES, HI se trouve confronté à un dilemme qui se retrouve d'un pays à un autre : comment rendre un FES efficace à court terme tout en œuvrant à son appropriation par des institutions nationales, et donc à sa pérennité ?

### **Le FES-Rwanda**

#### *Le fonctionnement global du FES-Rwanda*

Au Rwanda, le dispositif mis en place confiait de grandes responsabilités à la FENAPH, aux hôpitaux et à l'AGHR. Ce dispositif était remarquable car il permettait d'envisager que HI puisse s'en retirer. Toutefois, des dysfonctionnements ont été observés. En particulier,

- Le suivi de l'activité des hôpitaux n'a pas été régulier.
- L'identification des patients n'a pas été rigoureuse.
- Il n'y a presque pas eu de suivi des patients.

Au final, ces dysfonctionnements n'ont eu que des conséquences limitées et le FES-Rwanda a tout de même abouti à des résultats remarquables. Les seules conséquences en question sont :

- le taux d'abandon des appareils est plus élevé au Rwanda que dans les 2 autres pays (mais cela n'est pas imputable seulement aux dysfonctionnements susmentionnés, voir section 7 pour les autres raisons);
- certaines PH ont eu accès au FES alors qu'elles ne faisaient pas partie des plus démunies (ce qui ne semble pas être le cas dans les autres pays) ;
- il y a eu une inéquité d'accès au FES, en raison d'une application différenciée des critères de sélection d'une zone d'intervention à une autre (voir section 3).

Par ailleurs, au delà des bénéficiaires eux-mêmes, le FES-Rwanda a eu d'autres effets positifs même s'ils sont difficilement mesurables<sup>29</sup> :

- Une plus grande visibilité de la FENAPH, tant auprès de la population que des autres institutions.
- Une meilleure implantation de l'AGHR à l'échelle locale.
- Une meilleure collaboration au sein des hôpitaux entre services de RF et services sociaux.

#### *Les décisions clés de HI dans la mise en œuvre du FES-Rwanda*

D'une manière générale, le seul reproche qui puisse être fait au dispositif établi est d'avoir confié trop de responsabilités aux hôpitaux. Les autres dysfonctionnements ne tiennent pas à la qualité dispositif mais au manque d'implication de certains partenaires chargés de faire fonctionner ce dispositif. En principe, il semble très judicieux de rémunérer des gens placés dans des institutions nationales car cela permet que des

---

<sup>29</sup> Ces effets positifs n'ont pas pu être constatés par le consultant lui-même, étant donné qu'il ne connaissait pas la situation qui prévalait avant que le FES ne soit en place. Néanmoins, selon les membres de l'équipe projet et le directeur du programme HI au Rwanda, ces effets sont réellement survenus.

personnes compétentes et sérieuses soient motivées pour assumer leurs fonctions, dans des institutions nationales.

### *La principale contrainte à l'augmentation du nombre de bénéficiaires du FES*

Le Rwanda souffre d'un manque criant de professionnels de RF. En 2005, seuls 11 TO et 31 kinésithérapeutes étaient employés dans l'ensemble des hôpitaux publics du Rwanda. Or le FES-Rwanda n'est accessible que via des hôpitaux publics. De ce fait, la capacité de production d'appareils est limitée et cela freine la prise en charge des candidats. Face à cette situation, HI-Rwanda a mis en place un système de renfort dans les cinq services d'appareillage. Il s'agissait de recruter ponctuellement des TO issus de structures de santé privées pour des durées limitées (de 1 semaine à 1 mois) dans le cadre de contrat de prestation de service.

## **Le FES-Mali**

### *Le fonctionnement global du FES-Mali*

Durant ses 2 années d'existence dans la configuration adoptée à partir de 2006, le FES-Mali a fonctionné tel que prévu<sup>30</sup>. En particulier, l'identification et le suivi des patients ont été réalisés de manière rigoureuse. Toutefois, ce bon fonctionnement du FES était attendu étant donné que c'est HI elle-même qui gère le FES-Mali. Il importe de souligner qu'au-delà du FES lui-même, le dispositif mis en place a permis une meilleure collaboration entre les CRAORF, les Directions régionales du Développement social et les Fédérations régionales d'Associations de Personnes Handicapées<sup>31</sup>.

### *Les décisions clés de HI dans la mise en œuvre du FES-Mali*

HI a décidé que le FES-Mali n'aurait qu'une portée régionale. Il est en place dans 5 régions sur 9 du Mali. Il s'agit de 5 des 6 régions dans lesquelles il y a des services d'appareillage opérationnels<sup>32</sup>. Juridiquement, rien ne s'oppose à ce que des personnes qui n'habitent pas une de ces 5 régions bénéficient du FES. Mais dans les faits, le FES-Mali n'est accessible qu'aux PH vivant dans les régions d'intervention<sup>33</sup>. Ne mettre en place le FES que dans 5 régions sur 9 fut un réel choix de HI car le Fonds qui existait dans le cadre du précédent projet intervenait sur l'ensemble du territoire. Ce choix a été motivé par le coût qu'aurait représenté la création de postes de CSS supplémentaires.

En vérité, si la mise en place des CSS favorise certainement l'efficacité du FES pendant la durée du financement, elle a aussi deux inconvénients :

- les inégalités dans l'accès aux soins de réadaptation, d'une région à l'autre, s'accroissent car certaines régions ne bénéficient pas de CSS (il s'agit là d'une

<sup>30</sup> Comme indiqué précédemment, ce FES avait en réalité 5 ans d'existence au moment de l'évaluation, car il existait déjà dans le cadre d'un précédent projet mais dans une configuration différente (prises en charge de patient sur l'ensemble du territoire, et gestion du fonds par une unique personne salariée par HI, sans relais via des CSS).

<sup>31</sup> Comme au Rwanda, cela n'a pas pu être constaté par le consultant lui-même, étant donné qu'il ne connaissait pas la situation qui prévalait avant que le FES ne soit en place. Néanmoins, cela a été mis en lumière par le responsable du FES-Mali et le directeur du programme HI dans ce pays.

<sup>32</sup> En 2007, il y avait 26 services de réadaptation fonctionnelle au Mali mais la plupart ne proposaient que des services de kinésithérapie et ne produisaient pas d'appareils. Certaines régions étaient dépourvues de service d'appareillage orthopédique et le sont toujours.

<sup>33</sup> Dans les faits, seules 2 personnes provenant de régions où le FES-Mali n'est pas en place ont été appareillées. Qui plus est, elles n'ont pu avoir accès au FES-Mali qu'après qu'un individu non impliqué dans le FES soit intervenu en leur faveur auprès de HI et ait contribué financièrement à leur appareillage.

inéquité d'accès différente de celle qui prévaut au Rwanda : au Mali, il y a inéquité entre différentes régions d'un territoire national et non pas entre différentes zones d'intervention d'un FES, comme au Rwanda) ;

- le fait que HI se charge elle-même d'identifier et de suivre les bénéficiaires ne favorise pas la pérennité du FES.

En d'autres termes, HI-Mali a privilégié l'efficacité du FES à court terme plutôt que l'équité et la pérennité. Une alternative au recrutement de CSS eût été que HI finance le recrutement d'agents sociaux, dans les CRAORF. Cela n'aurait probablement pas coûté plus cher car le coût d'un agent social dans un CRAORF est sans doute moindre que celui d'un CSS directement employé par HI. Toutefois, rien ne garantit que les CRAORF auraient maintenu ces agents, une fois que l'appui de HI aurait cessé.

### La principale contrainte à l'augmentation du nombre de bénéficiaires du FES

Au Mali comme au Rwanda, c'est l'insuffisance du nombre de professionnels de la RF qui a empêché le FES d'intervenir à une plus large échelle. Toutefois, si le FES-Mali avait bénéficié d'une enveloppe plus élevée, il eût été possible d'appareiller un certain nombre de PH supplémentaires en tricycles car la production de ces derniers est moins liée au nombre d'orthoprothésistes et kinésithérapeutes disponibles<sup>34</sup> que la production d'appareils sur mesure. D'une manière générale, si la production d'aides de marche et tricycles ne devrait être faite que sur prescription par des professionnels de la réadaptation, elle ne requiert pas que ces professionnels réalisent eux-mêmes ces objets. Néanmoins, il est vrai qu'ils peuvent apporter des conseils pour qu'ils soient pleinement adaptés aux patients.

## **Le FES-Togo**

### Le fonctionnement global du FES-Togo

A l'image du FES-Mali, le dispositif du FES-Togo a bien fonctionné. En particulier, l'identification et le suivi des patients ont été réalisés de manière rigoureuse. A vrai dire, le FES-Togo a presque fonctionné mieux que prévu car la mobilisation des associations de PH a été encore plus forte qu'attendue, ce qui a contribué à la qualité de l'identification et du suivi. Ce bon fonctionnement du FES-Togo est d'autant plus remarquable que HI a confié la gestion de ce FES à une institution créée de toutes pièces, le Comité SYSTER. Dans ce comité, HI s'implique certes fortement, mais en permettant une réelle appropriation par les institutions locales.

Outre les résultats pour les bénéficiaires, le FES-Togo a permis<sup>35</sup> :

- Un rapprochement des différentes institutions œuvrant en faveur de la réadaptation. Si elles avaient l'habitude de se côtoyer, elles ne travailleraient pas ensemble sur un projet commun. C'est désormais le cas, au sein du comité SYSTER.

<sup>34</sup> Ceci n'aurait pas été possible au Rwanda car les PH n'utilisent pas de tricycles dans ce pays. Les personnes handicapées des membres inférieurs utilisent peu les tricycles au Rwanda, par rapport à d'autres pays africains. Une explication plausible est le relief de ce pays, qui est accidenté sur la presque totalité du territoire.

<sup>35</sup> Comme dans les deux autres pays, cela n'a pas pu être constaté par le consultant lui-même, étant donné qu'il ne connaissait pas la situation qui prévalait avant que le FES ne soit en place. Néanmoins, cela a été souligné par les différentes personnes impliquées dans le FES-Togo, au sein de HI.

- Une amélioration de l'offre de soins en RF. Etant donné que le FES fait appel à plusieurs prestataires de services, ceux-ci sont incités à améliorer la qualité des soins proposés et à baisser leurs tarifs.

La principale faiblesse de fonctionnement du FES-Togo réside dans la lenteur de l'accès aux soins de RF, du fait des procédures d'appel à proposition et d'examen par le Comité SYSTER. Cette faiblesse ne peut toutefois pas être qualifiée de dysfonctionnement car elle est la contrepartie de la rigueur avec laquelle sont identifiés les bénéficiaires. Par ailleurs, suite à chaque appel à proposition, l'ensemble de l'enveloppe est consommée, donc même si le processus était plus rapide, il ne serait pas possible de dépenser plus pour augmenter le nombre de bénéficiaires.

#### Les décisions clés de HI dans la mise en œuvre du FES-Togo

Le FES-Togo est le seul des 3 FES qui soit limité à une région. Le choix de la région des Savanes a été motivée par diverses raisons (voir section 4), qui ne peuvent être considérées que comme pertinentes au regard de la réussite de ce FES. Toutefois, comme dans le cas du Mali, limiter le FES à une région ne contribue pas à l'équité de l'accès aux soins de RF.

#### La principale contrainte à l'augmentation du nombre de bénéficiaires du FES

Contrairement au Mali et au Rwanda, le Togo n'a pas de problème de pénurie de kinésithérapeutes et TO, grâce à la présence de l'Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux à Lomé. A vrai dire, sur les 65 TO présents au Togo en 2008, un certain nombre d'entre eux étaient même au chômage. La principale contrainte à l'augmentation du nombre de bénéficiaire du FES réside dans le budget attribué au FES. Au vu de la réussite de ce FES et du grand nombre de professionnels disponibles, il semblerait pleinement justifié que :

- ce FES voit son budget augmenter.
- ce FES soit étendu ou dupliqué dans d'autres régions du Togo. Une duplication semblerait toutefois préférable à une extension car les principales raisons du succès de ce FES résident dans son ancrage local.

Ces deux décisions semblent d'autant plus justifiées qu'elles seraient impossibles à prendre au Rwanda et au Mali, faute d'un nombre de kinésithérapeutes et de TO suffisant.

## **6. Evaluation des résultats des FES pour les bénéficiaires**

Le premier résultat des FES, c'est bien entendu le nombre de bénéficiaires et le fait que ces personnes auraient difficilement bénéficié de soins de réadaptation, sans ces fonds. Mais au delà du nombre de bénéficiaires, un résultat majeur des FES réside dans leur contribution à la pérennisation des services de réadaptation. En amenant ces services à un certain volume d'activité, les FES permettent à ces services de se développer et donc de perdurer, ce qui in fine, pourra contribuer à ce que de nouvelles personnes soient traitées à l'avenir, que ce soit sur financement d'un FES ou non. C'est réellement un résultat majeur car certains services auraient sans doute périclité sans la mise en place des FES. Ce développement des services de RF est intervenu dans les 3 pays, avec tous les avantages potentiels (voir section 2). Toutefois, l'ampleur des retombées pour ces services n'ont pu être vérifiées ni mesurées, compte tenu de la courte durée de la mission. Ces retombées ne sont donc pas analysées ici. En revanche, les principales caractéristiques des bénéficiaires sont présentées.

### **Les résultats des FES pour les bénéficiaires**

#### *Le FES-Rwanda*

Le projet prévoyait des objectifs très élevés : « 6 500 PH recevront un traitement orthopédique et 14 000 PH recevront un traitement en kinésithérapie (20 500 au total) »<sup>36</sup>. Au final, seules 819 PH ont bénéficié du FES. Toutes ces personnes ont reçu un appareil sur mesure et 9 d'entre elles ont bénéficié d'une intervention chirurgicale.

D'après les responsables de l'équipe-projet et différents professionnels de santé, le FES financerait la quasi totalité des grands appareils sur mesure produits au Rwanda et environ la moitié des petits appareils sur mesure. Ce constat est à prendre avec précaution, compte tenu de l'absence de statistiques fiables sur les appareils produits avant la mise en place du FES.

#### *Le FES-Mali*

Le FES-Mali prévoyait qu'« au moins 625 personnes en situation de handicap bénéficieront d'une subvention (du FES) pour l'achat d'un appareil orthopédique ou pour la rééducation »<sup>37</sup>. Au bout de 2 ans, 421 PH ont déjà bénéficié du FES. A l'issue du projet, compte tenu de l'enveloppe restante et si le coût moyen par bénéficiaire reste stable, 591 personnes auront bénéficié du FES-Mali (170 bénéficiaires en 2009 d'après les projections, voir annexe 1). L'objectif initial sera donc presque atteint.

Sans ce FES, la production d'appareils sur mesure serait beaucoup plus basse au Mali. Il permettrait notamment de financer environ 80% de la production d'appareils de ce type au CNAOM et au CRAORF de Segou. Cette proportion serait plus basse dans les 2 autres CRAORF. Il s'agit également de données à prendre avec précaution puisqu'il n'a pas été possible d'avoir accès à des statistiques fiables. En revanche, le FES financerait une part bien plus faible des béquilles et tricycles<sup>38</sup> (de 15 à 30%) compte tenu des appuis d'autres institutions (UNICEF, ONG Alpha Log...) et des prises en charges personnelles.

<sup>36</sup> Demande de subvention auprès de la Délégation de la Commission européenne au Rwanda.

<sup>37</sup> Demande de subvention auprès de la Délégation de la Commission européenne au Mali.

<sup>38</sup> En 2007, 1106 appareils ont été produits au CNAOM et dans les CRAORF, y compris tricycles et béquilles, alors que le FES-Mali finance la production de 300 appareils par an, environ (tous types d'appareils confondus).

### Le FES-Togo

Le FES-Togo prévoyait d'apporter des soins à 300 personnes. Au bout de 2 ans, 174 en ont déjà bénéficié. Compte tenu de l'enveloppe restante et si le coût moyen par bénéficiaire reste stable, ce sont 308 personnes qui auront eu accès au FES-Togo, d'ici à fin 2009 (134 personnes appareillées en 2009 d'après les projections, voir annexe 1). Le dépassement de l'objectif initial a été rendu possible par le financement supplémentaire de 10 millions de F CFA, à partir du budget prévu pour les tournées. Autrement, l'objectif initial n'aurait sans doute pas pu être atteint.

C'est grâce à ce FES que la majorité des appareils de la région des Savanes peuvent être produits. Il permet notamment de financer :

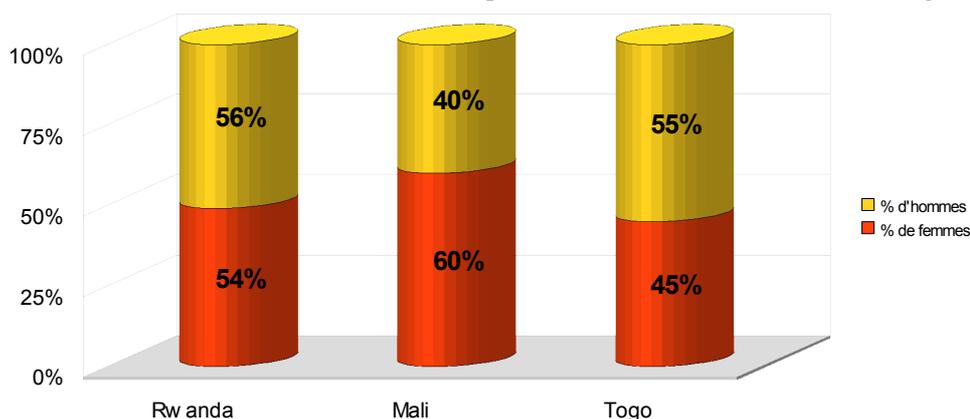
- Au sein du centre de RF privé : 50% de la production de tricyles et 25% de la production d'appareils sur mesure ainsi que 10% des séances de kinésithérapie.
- Au sein du centre de RF public : 50% de la production d'appareils sur mesure.
- Au sein d'un atelier de soudure privé : 95% de la production de tricyles (l'atelier fabrique actuellement 40 à 50 tricyles par an, contre 1 ou 2 auparavant).

### Les caractéristiques des bénéficiaires<sup>39</sup>

Faute de données suffisantes sur les bénéficiaires, les seules caractéristiques analysées ici sont le sexe et l'âge. Avec des données plus riches, des analyses en fonction d'autres caractéristiques auraient permis de mieux cerner les effets des FES (analyse par pathologie, par niveau de revenu, d'éducation, de soutien familial...).

#### La répartition des bénéficiaires par sexe<sup>40</sup>

Les femmes représentent la majorité des bénéficiaires au Rwanda (54%) et au Mali (60%). En revanche, elles ne constituent que 45% des bénéficiaires au Togo.

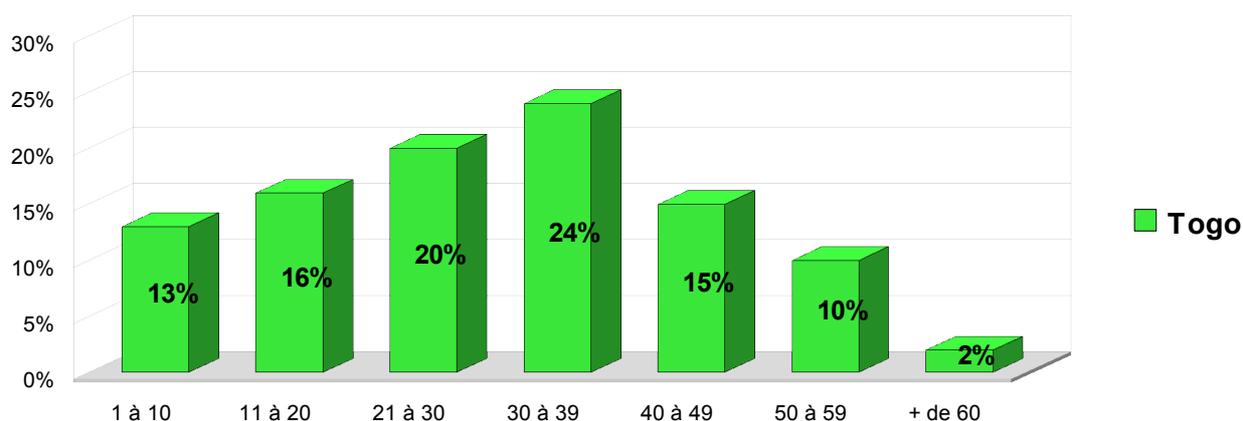
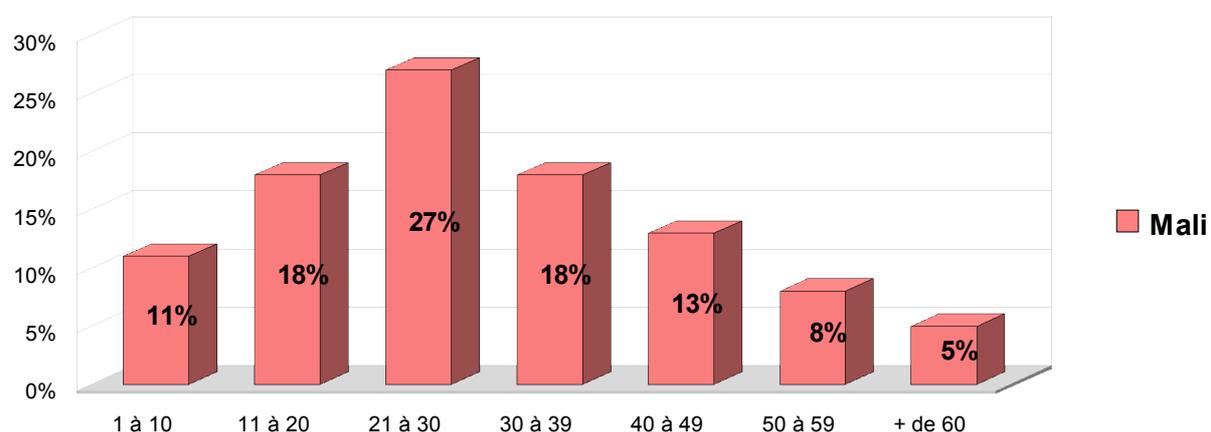
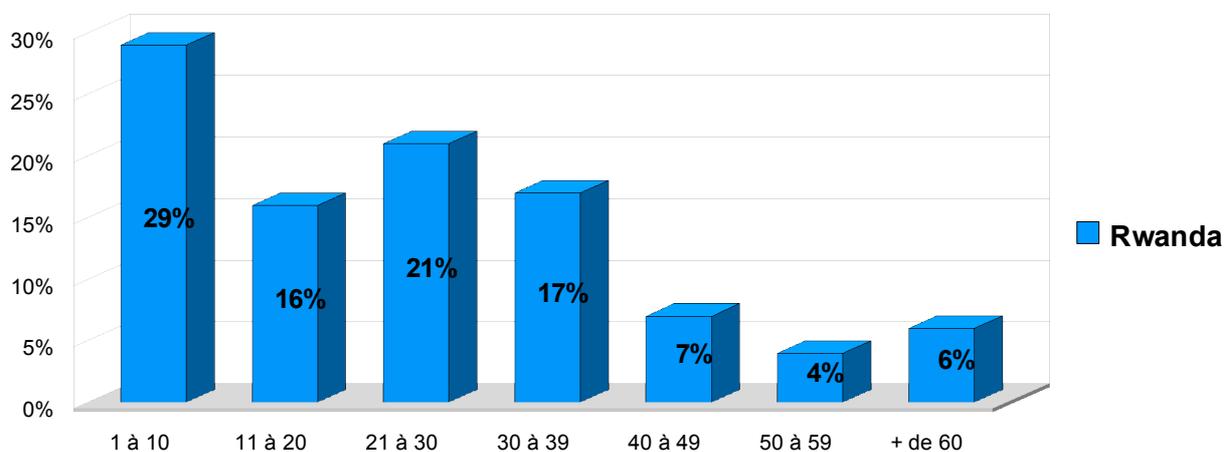


<sup>39</sup> Dans toute cette partie, les données présentées ne proviennent pas des mêmes sources, selon les pays. Les données sur les bénéficiaires du FES Rwanda proviennent d'échantillons de 2 tailles différentes, selon les caractéristiques étudiées. Pour le Mali, les données sont basées sur les prises en charge (PEC) et non sur les bénéficiaires car l'équipe projet ne disposait pas de données détaillées par bénéficiaire. Si le nombre de PEC d'un FES diffère de son nombre de bénéficiaires, c'est parce que certains bénéficiaires ont bénéficié plusieurs fois du FES, au cours d'une même année. Par exemple, en 2008, il y a eu 297 bénéficiaires pour 465 PEC au Mali, ce qui signifie que 168 PH ont bénéficié de 2 PEC (à moins que certaines PH aient bénéficié de plus de 2 prises en charge). Pour l'année 2008, se fier aux données bâties à partir des PEC signifie qu'on suppose que ces 168 bénéficiaires n'ont pas de caractéristiques communes particulières qui expliqueraient qu'ils aient eu besoin de plusieurs PEC. En d'autres termes, on suppose que ce sont des caractéristiques aléatoires variables d'un individu à un autre qui expliquent qu'elles aient eu besoin de plusieurs PEC. Pour le Togo, les données sont totalement fiables car elles correspondent à l'ensemble des bénéficiaires.

<sup>40</sup> Les chiffres pour le Rwanda sont basés sur un échantillon de 50 bénéficiaires ayant participé à une enquête de satisfaction (voir section 7). Pour le Mali, ils sont basés sur les PEC et pour le Togo, sur l'ensemble des bénéficiaires.

### La répartition des bénéficiaires par tranche d'âge<sup>41</sup>

L'âge moyen des bénéficiaires est de 25 ans au Rwanda<sup>42</sup>, 31 ans au Mali et 30 ans au Togo. Une analyse plus fine peut être réalisée en répartissant les bénéficiaires de chaque FES par tranches d'âge.



<sup>41</sup> Les données pour le Rwanda proviennent d'un échantillon de 210 bénéficiaires pour lesquels l'âge avait été relevé, sur fichiers informatiques. Ce n'était pas le cas pour les autres bénéficiaires de ce FES. On suppose que ces 210 bénéficiaires représentent l'ensemble des bénéficiaires rwandais. Pour le Mali, les données sont basées sur les PEC. Pour le Togo, les données ont été relevées pour l'ensemble des bénéficiaires.

<sup>42</sup> Les chiffres sur l'âge des bénéficiaires au Rwanda dans cette section doivent être pris avec précaution, compte tenu de l'incertitude entourant l'origine des données sur lesquels ils sont bâtis.

Les principaux enseignements qui peuvent être tirés de ces graphiques sont les suivants :

- Au Mali et au Togo, les moins de 20 ans ne sont pas particulièrement favorisés. Ils représentent 29% des bénéficiaires dans ces deux pays alors que la jeunesse est l'un des critères majeurs d'accès au FES. En revanche, ils constituent 45% des bénéficiaires au Rwanda.
- Dans les trois pays, la majorité des bénéficiaires a entre 20 et 50 ans (54% au Rwanda, 63% au Mali et 60% au Togo).
- La part des plus de 50 ans est faible, sans être négligeable, dans les 3 pays (10% au Rwanda, 13% au Mali et 12 % au Togo).
- La tranche d'âge la plus favorisée varie d'un pays à l'autre (moins de 10 ans au Rwanda, 21 à 30 ans au Mali, 31 à 40 ans au Togo).
- La disparité entre tranches d'âge est relativement faible au Togo, Elle est plus prononcée au Rwanda, et dans une moindre mesure, au Mali.
- Les pyramides des âges du Mali et du Togo ont des formes similaires : elles sont réellement pyramidales, avec une phase de croissance régulière, suivie d'une baisse progressive. Au contraire, celle du Rwanda se tasse presque d'emblée et de manière irrégulière.

A la lecture des caractéristiques des bénéficiaires, il peut sembler étonnant que le FES-Togo ne soit pas particulièrement favorable aux jeunes et aux femmes étant donné qu'il repose sur un dispositif d'identification remarquable. A l'inverse, la faiblesse du dispositif d'identification du FES-Rwanda ne l'empêche de favoriser ces deux catégories de personnes.

Au final, même si aucune pratique allant dans ce sens n'a été constatée, il est possible de se demander si un dispositif d'identification poussé n'aurait pas tendance à favoriser les personnes en position sociale relativement forte.

## **7. Evaluation de la mise en œuvre et des effets du FES-Rwanda par les bénéficiaires eux-mêmes**

HI-Rwanda a réalisé une enquête auprès de 50 bénéficiaires du FES-Rwanda pour connaître leur satisfaction. Il s'agit d'une initiative remarquable qu'il convient de saluer. Les résultats de cette enquête sont très instructifs et compte tenu des méthodes utilisées<sup>43</sup>, l'échantillon des personnes interrogées peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des bénéficiaires.

### **Les principaux enseignements de l'enquête**

#### *L'appareil facilite l'intégration*

L'impact des appareils sur l'intégration dans la communauté est très net : 62% des patients disent que les soins de réadaptation leur ont permis de mieux s'intégrer et que l'appareil a complètement changé leur vie. A ceux-là s'ajoutent 10% de patients qui reconnaissent une certaine amélioration. En revanche, 24 % disent que rien n'a changé dans leur vie et 4% n'ont pas d'opinion.

#### *La majorité des bénéficiaires porte l'appareil*

Seuls 52 % des patients disent que l'appareillage leur convient et affirment : « Je me déplace facilement ». A ces 52%, il convient toutefois d'ajouter 12% d'enfants qui ont porté l'appareil mais qui ne le portent plus, parce qu'ils ont grandi. Le taux de port des appareils serait donc de 64%, ce qui est cohérent avec le taux de 62% des personnes interrogées déclarant que l'appareil leur a permis de mieux s'intégrer. Toutefois, cela signifie que le taux d'abandon des appareils serait de 36%<sup>44</sup>.

#### *Le suivi effectué par les hôpitaux est faible*

100% des personnes interrogées ont reçu un appareil sur mesures mais parmi elles, seules 18% ont bénéficié de soins de kinésithérapie. Ce très faible taux pose problème étant donné que le port d'un appareil nécessite presque toujours des séances de kinésithérapie. Il s'explique sans doute par un déficit d'information sur les possibilités d'accès à la kinésithérapie et par des réticences des kinésithérapeutes et des TO à travailler de manière pluridisciplinaire. Cette explication est d'autant plus plausible que 56% des personnes interrogées disent ne pas avoir été informées par les services de réadaptation qu'elles pouvaient revenir à l'hôpital pour qu'un suivi soit effectué<sup>45</sup>.

#### *Les bénéficiaires connaissent mal le fonctionnement du FES*

90% des personnes interrogées disent ne pas connaître le FES. En d'autres termes, elles ne savent pas quel mécanisme et quel financement leur ont permis d'être appareillées. Par ailleurs, 70% des patients ne connaissent pas le coût des soins dont ils ont bénéficié.

<sup>43</sup> Cet échantillon a été constitué de manière aléatoire, 10 bénéficiaires ayant été choisis pour chacune des 5 régions parmi l'ensemble des bénéficiaires. Pour les résultats détaillés de cette enquête, voir annexe 2.

<sup>44</sup> Ce taux de 36% inclut à la fois les bénéficiaires qui ont déclaré que l'appareil ne leur convenait pas (30%) et ceux qui n'ont pas déclaré d'opinion (6%). Il a été choisi d'inclure les personnes n'ayant pas exprimé leur opinion dans le taux d'abandon car au Rwanda, il est courant que les difficultés soient exprimées de manière détournée.

<sup>45</sup> 38% des patients avaient reçu ces indications et 6% n'ont pas été en mesure de dire s'ils les avaient reçues.

## **Le taux d'abandon des appareils : comparatif Rwanda - Mali - Togo**

Au Rwanda, il est probable qu'environ 36% des bénéficiaires ne portent pas leur appareil alors qu'au Mali et le Togo, il semblerait plus rare que des patients ne l'utilisent pas. Aucune enquête rigoureuse n'y a été réalisée mais d'après diverses personnes impliquées dans le fonctionnement des FES de ces pays, le taux d'abandon serait de 10% au Mali<sup>46</sup> et 0% au Togo. Ces taux sont très probablement sous-estimés. Au Mali, une enquête a également été menée mais dans des conditions semble-t-il moins rigoureuses<sup>47</sup>. D'après cette enquête, seuls 51% des bénéficiaires du FES s'en déclarent satisfaits<sup>48</sup>. Même si ce chiffre porte sur la satisfaction globale à l'égard du FES et non sur le seul appareillage, il semble peu probable que le taux d'abandon des appareils ne soit que de 10% si 51% des bénéficiaires se déclarent insatisfaits.

En dépit de ces réserves sur les faibles taux observés au Mali et au Togo, il n'y aurait rien de surprenant à ce que le taux d'abandon soit bien plus élevé au Rwanda. Trois spécificités du FES-Rwanda pourraient expliquer un taux d'abandon de 36% :

- *le non-financement de tricycle au Rwanda.* Etant donné que les tricycles ne sont presque pas utilisés dans ce pays, le FES-Rwanda ne finance pas l'accès à ce type d'appareil mais uniquement à des appareils sur mesure. Or les tricycles ne sont jamais rejetés par les patients car il est aisé de s'y adapter. En revanche, il est peut être difficile de s'accoutumer à des appareils réalisés sur mesure tels que les prothèses, orthèses et corsets<sup>49</sup>.
- *la faible qualité du dispositif d'identification et de suivi du FES-Rwanda.* Un solide dispositif d'identification permet de repérer les patients les plus motivés pour porter un appareil. Une fois le patient appareillé, un bon dispositif de suivi permet de comprendre pourquoi les patients ne portent pas l'appareil et ainsi de les convaincre qu'une période d'adaptation est souvent indispensable. Cela permet également de les réorienter vers les services de kinésithérapie et d'appareillages pour les ajustements nécessaires.
- *l'absence d'obligation de contribution dans le cadre du FES-Rwanda.* En l'absence d'une telle obligation, il est certainement plus fréquent que des patients obtiennent un appareil sans être réellement motivés pour l'utiliser.

---

<sup>46</sup> D'après le responsable du FES-Mali au sein du projet Réadaptation, seuls 5% des bénéficiaires ne porteraient pas leur appareil, alors que d'après le TO du projet, chargé notamment du suivi de la qualité des appareillages et de la satisfaction des patients, le taux d'abandon serait plus proche de 15%. Nous mettons donc ici en avant un taux intermédiaire de 10%.

<sup>47</sup> Enquête menée par le responsable du volet kinésithérapie du *Projet Réadaptation*, auprès de 59 personnes ayant bénéficié du FES-Mali en 2008, dans les 4 régions d'intervention. Il n'a pas été possible d'avoir accès à la fiche d'enquête, ni aux résultats pour chaque individu. Il n'a pas non plus été possible de connaître la manière dont l'échantillon avait été déterminé (22 personnes interrogées à Bamako, 18 à Segou, 12 à Sikasso et 7 à Tombouctou).

<sup>48</sup> Le taux de satisfaction varie fortement d'une région à une autre: 67% à Sikasso et Ségou mais seulement 34% à Bamako et 19% à Tombouctou.

<sup>49</sup> D'une part, cela nécessite la plupart du temps un certain nombre de séances de kinésithérapie, d'autre part cela peut être douloureux si la peau n'est pas prête et/ou si l'appareil n'est pas bien réalisé.

## **8. Analyse des coûts des FES pour Handicap International**

Les coûts analysés ici sont uniquement ceux couverts par HI, pour chacun des FES car le but de cette analyse est de répondre à la question suivante : combien coûte à HI le lancement d'un FES ? Afin de connaître ce coût, seules ont été recensées les dépenses répondant à l'un des critères suivants

- dépenses qui n'auraient pas été réalisées si le FES n'avait pas existé,
- dépenses indispensables à la mise en place et/ou au fonctionnement du fonds.

### **Les dépenses incluses dans l'analyse des coûts**

Trois types de dépenses sont distingués :

- les dépenses de RF, c'est-à-dire les dépenses tarifées par les prestataires de service pour les soins qu'ils dispensent aux patients, voir annexe 1 ;
- les rémunérations du personnel HI travaillant pour le FES au sein des projets Réadaptation, voir annexe 2 ;
- les autres frais nécessaires au fonctionnement des FES (perdiem et hébergement des formateurs, essence et entretien des véhicules propres aux FES, ateliers de lancement, couverture médiatique...), voir annexe 3.

Le fonds d'équité lui-même, qui alimente les dépenses de RF, ne constitue donc qu'une partie du coût global d'un FES pour HI. Autrement dit, il faut distinguer les coûts d'accès aux soins de RF (c'est-à-dire les dépenses tarifées par les prestataires) et les coûts globaux d'accès à un FES (qui, outre les frais de RF, incluent les frais de mise en place et de gestion du FES).

### **Les dépenses non incluses dans l'analyse des coûts**

Choisir de se focaliser sur le coût du lancement d'un FES pour HI implique d'exclure 3 types de frais dans cette analyse de coûts :

#### **Les coûts cachés des services de réadaptation**

La présente analyse de coût ne vise pas à calculer le coût réel des soins payés par les FES mais uniquement les dépenses effectuées par HI pour permettre aux PH d'accéder aux soins, via les FES. En d'autres termes, cette analyse n'intègre pas les divers coûts réels mais cachés des services de réadaptation étant donné que les patients qui paient le tarif normal ne paient pas ces coûts cachés. Ces coûts sont pour l'essentiel les investissements effectués en amont, qui sont nécessaires au fonctionnement des services de RF (formation des professionnels, construction des locaux...) et qui auraient eu lieu même si les FES n'avaient pas été mis en place. La présente analyse de coûts suit donc une logique comptable (recenser toutes les dépenses effectuées par HI pour chaque FES) et non une logique économique (recenser tous les coûts pour que les soins puissent être réalisés, y compris les coûts cachés des services de réadaptation).

Pour expliciter la différence entre raisonnement économique et raisonnement comptable, imaginons que HI fournisse des consommables pour la confection d'appareils à un centre de réadaptation (plâtre, cuir, métal...) et qu'ensuite, HI achète à ce centre les appareils confectionnés pour les bénéficiaires du FES. Dans ce cas, HI paie

deux fois la même chose. Un raisonnement économique ne tiendra compte de ce coût qu'une seule fois car il se focalise sur le coût réel du soin. Au contraire, un raisonnement comptable le retiendra deux fois car il se concentrera sur les dépenses effectuées par HI.

### Les frais de structure

Par « frais de structure », on entend l'ensemble des frais qui sont pris en charge non par les *Projets Réadaptations* dans lesquels les FES s'intègrent mais par l'antenne locale de HI. Pour l'essentiel, il s'agit des frais liés aux locaux, aux véhicules, aux salaires du directeur programme, de l'administrateur, des chauffeurs et secrétaires... Ces frais sont évidemment indispensables au bon fonctionnement d'un FES mais ils ne sont pas intégrés dans l'analyse qui suit car HI devrait les couvrir même si les FES n'existaient pas<sup>50</sup>.

### Autres frais exclus

Tous les frais de mission autres que ceux de l'équipe-projet ne sont pas intégrés dans cette analyse de coûts, car ils ne sont pas toujours directement financés par les antennes nationales de HI et il était donc difficile de collecter les données les concernant. Il s'agit par exemple des frais de mission de la présente évaluation, de la CORAOC ou de personnel HI venus du siège.

Sont également exclus le montant des éventuels consommables livrés par HI aux services de RF pour la production des appareils (plâtre, métal...). Il a été choisi d'écarter ces frais car :

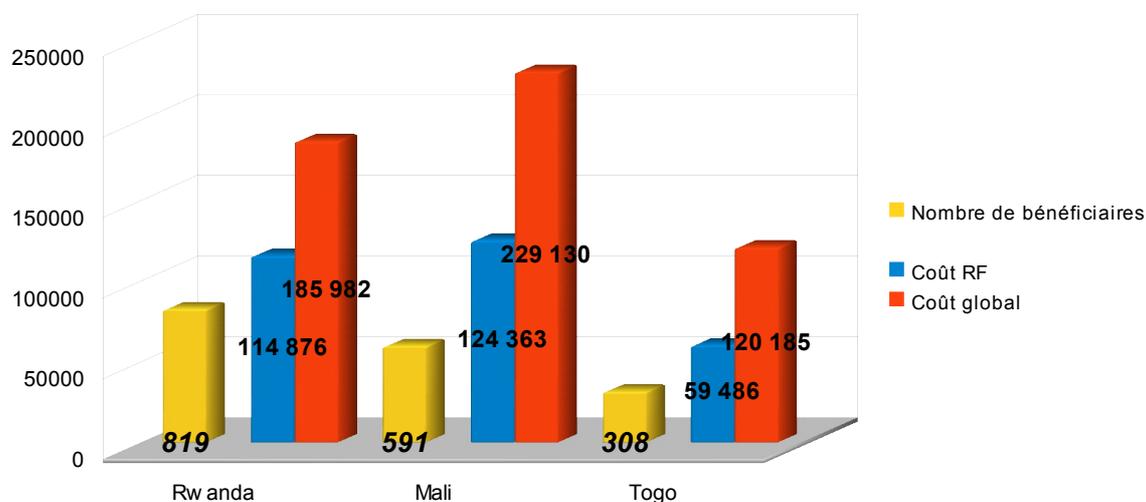
- sur le plan institutionnel, les FES pourraient fonctionner sans que HI ne fournissent ces consommables ;
- il n'est pas possible de savoir quelle part des consommables fournis par HI aux services de RF est utilisée pour les bénéficiaires ;
- ces livraisons ont fortement diminué au cours des dernières années.

---

<sup>50</sup> Toutefois, il convient de préciser que pour le FES-Togo, les frais liés au local de Dapaong, au véhicule HI de Dapaong et au chauffeur qui y est affecté sont inclus. En effet, HI n'aurait pas eu à financer le local, le véhicule et le chauffeur de Dapaong si le FES-Togo n'avait pas existé. Calculer le coût du lancement du FES-Togo pour HI impose donc de tenir compte de ces coûts. Ils ne seront toutefois comptabilisés dans le coût du FES-Togo qu'à hauteur de 70% car le responsable de ce FES consacre 30% de son temps de travail à d'autres activités que le FES. Le ratio appliqué aux autres frais (local, véhicule et chauffeur) sera le même car leurs activités sont déterminées par celles du responsable du FES. Il peut sembler peu équitable de comptabiliser le coût du local pour le FES-Togo mais pas pour ceux des autres pays. Toutefois, il faut garder à l'esprit que si HI a décidé d'établir le FES Togo dans la région des Savanes, c'est notamment parce que HI savait que cette implantation permettrait d'impliquer fortement les associations locales dans le dispositif d'identification et de suivi, et donc de réduire les coûts de fonctionnement. En d'autres termes, dans l'analyse des coûts, si une décision délibérée implique la baisse de certains coûts traditionnels mais aussi la création de nouveaux postes de dépenses, il est légitime de tenir compte des seconds comme des premiers. Ces coûts ont d'ailleurs diminué depuis janvier 2009 juste après cette mission d'évaluation depuis l'ouverture d'un nouveau projet HI qui partage les locaux, le véhicule et le chauffeur avec le volet SYSTER du projet *Réadaptation*. Cependant dans cette étude c'est le maximum qui a été retenu puisque ce nouveau projet n'avait pas commencé au moment de l'étude.

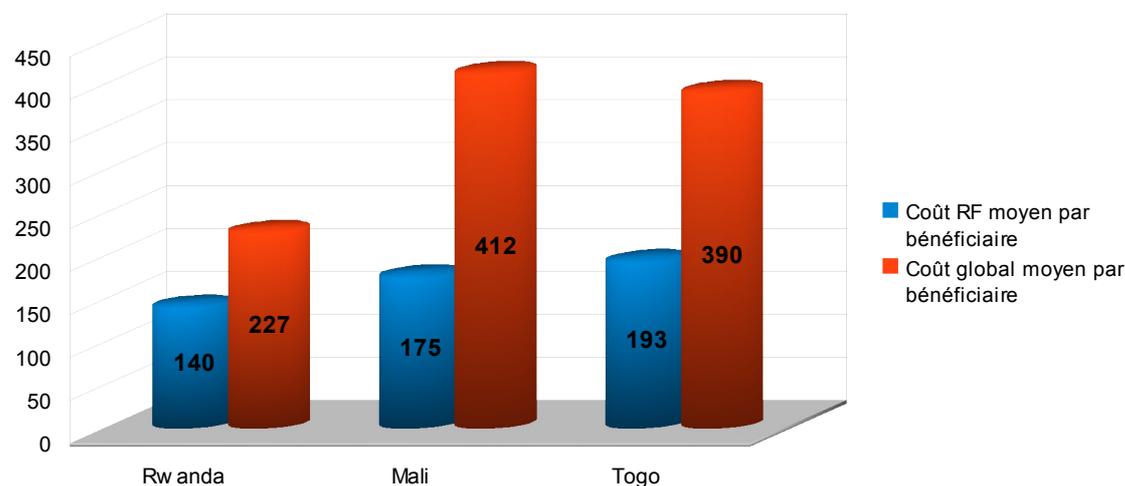
## Résultats de l'analyse des coûts<sup>51</sup>

Nombre de bénéficiaires, coût de RF et coût global, par FES sur 3 ans (en euros)<sup>52</sup>



Grâce au FES-Mali, 591 PH auront bénéficié de soins de RF, pour un coût global d'environ 229 000 euros. Avec un budget inférieur de plus de 20% (186 000 euros environ), le FES-Rwanda a offert des soins à 40% de personnes de plus que le FES-Mali, (soit 228 PH supplémentaires pour un nombre de bénéficiaires total de 819). Du fait de son implantation dans une seule région, le FES-Togo disposait d'un budget moindre. 308 PH en auront bénéficié, pour un coût global de 120 000 euros.

Coût RF moyen et coût global moyen, sur 3 ans, par bénéficiaire (en euros)<sup>53</sup>



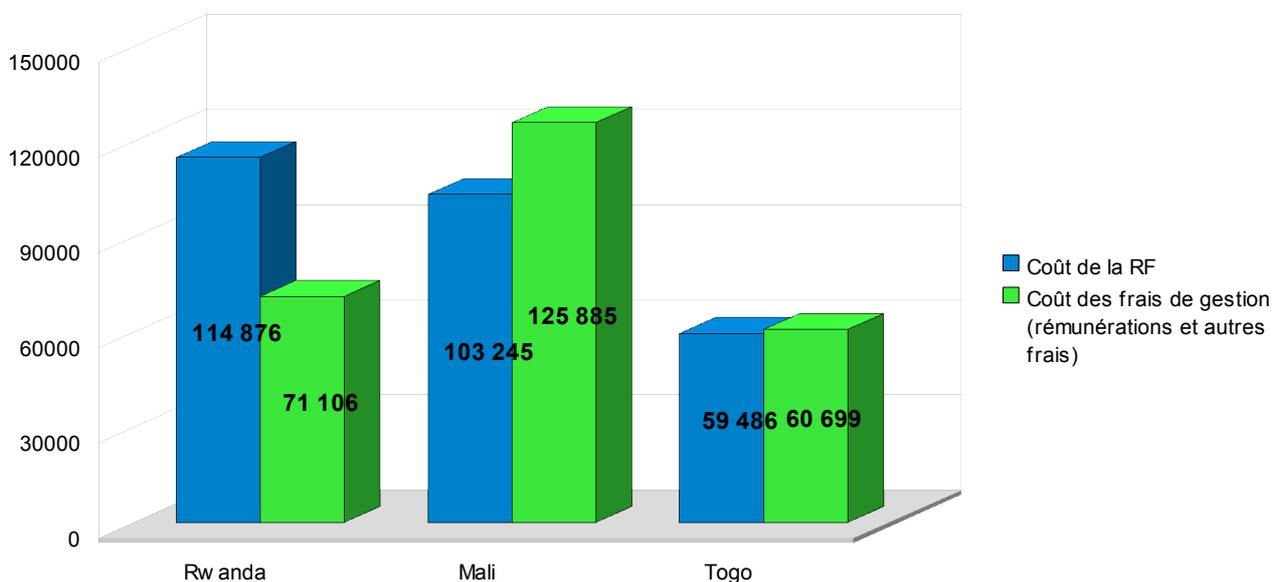
Les coûts de RF par bénéficiaire sont relativement proches : 140 euros au Rwanda, 175 euros au Mali et 193 euros au Togo. Il s'agit d'un écart de 38% entre le coût le plus bas et le plus élevé. En revanche, les coûts globaux par bénéficiaire varient davantage. Leur écart atteint 81%. Cela s'explique essentiellement par la diversité des dispositifs institutionnels mis en place pour gérer les FES, d'un pays à l'autre. C'est au Mali que le coût global par bénéficiaire est le plus élevé : 466 euros, contre 390 euros au Togo et 227 au Rwanda.

<sup>51</sup> Voir annexe 1, 2, et 3 pour les détails de l'analyse des coûts.

<sup>52</sup> Les chiffres pour 2009 des FES Mali et Togo sont basés sur des projections. Voir annexe 1, 2, et 3.

<sup>53</sup> Voir annexe 1.

Coûts de la RF et des frais de gestion sur 3 ans (en euros)<sup>54</sup>



Au Mali, les frais de gestion du FES (rémunération et autres frais) sont supérieurs au montant des fonds d'équité eux-mêmes. Autrement dit, la réadaptation ne constitue pas l'essentiel des montants dépensés par HI dans le cadre du FES-Mali. En revanche, au Rwanda, la majorité des dépenses va à la réadaptation. Le FES-Togo est dans une situation intermédiaire puisque les 2 types de frais sont quasi équivalents (moins de 1% de différence).

Comparer les coûts de RF et les frais de gestion permet de mettre en lumière l'efficacité financière de chacun des FES. En effet, l'efficacité peut être définie en termes financiers comme le ratio suivant : *montant autres frais et rémunérations / montant RF*<sup>55</sup>. Ce ratio indique combien il faut dépenser en frais de mise en place et de gestion pour dépenser un euro, dans le cadre du fonds lui-même.

Au Mali, il faut dépenser 1,22 euros en parallèle du fonds pour que le fonds décaisse 1 euro en RF tandis qu'au Togo 1,02 euros suffisent. C'est toutefois au Rwanda que l'efficacité financière est la meilleure puisque pour 1 euro décaissé, il ne faut décaisser que 0,62 euros en parallèle. En d'autres termes, sur l'ensemble du budget consacré par HI aux FES, une part plus forte bénéficie directement aux PH, dans le cadre du FES-Rwanda. Cela s'explique en grande partie par la faible implication de HI-Rwanda dans l'identification et le suivi des bénéficiaires.

<sup>54</sup>Voir annexe 1.

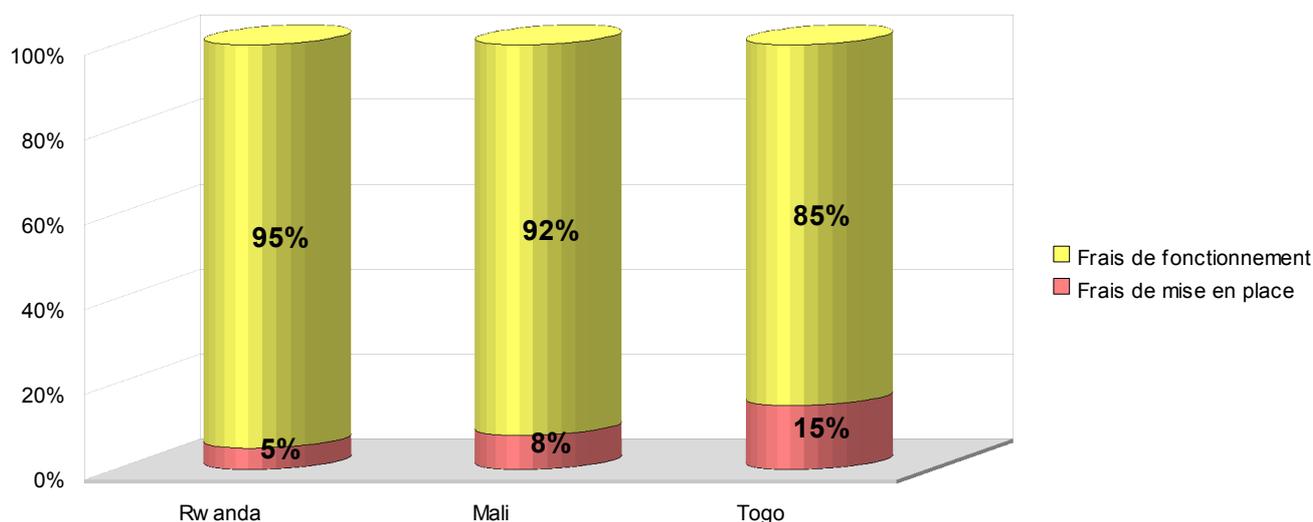
<sup>55</sup> Il convient de rappeler que l'efficacité financière mise en lumière ici ne dit rien sur la qualité des soins fournis.

### Part des frais de mise en place et de fonctionnement dans le montant global de chaque FES, sur 3 ans

Les montants consacrés à la RF font exclusivement partie des frais de fonctionnement tandis que les rémunérations et les autres frais se répartissent entre frais de fonctionnement et de mise en place. En d'autres termes, les frais de fonctionnement ne se confondent pas avec les frais de gestion mentionnés auparavant, ces derniers incluant la totalité des frais de mise en place.

Dans ces frais de mise en place, se trouve :

- une partie des rémunérations : il s'agit des salaires des membres de l'équipe projet jusqu'au moment où la première demande d'accès au FES est déposée ;
- une partie des autres frais : il s'agit essentiellement d'achats et d'entretien de véhicules.



Pour chacun des FES, les frais de mise en place ne représentent qu'une faible part du montant global (5% Rwanda, 8% au Mali et 15% au Togo). La part plus élevée au Togo s'explique en grande partie par le fait que le budget global de ce FES soit environ 2 fois moindres que ceux des autres FES alors que les frais de mise en place sont de mêmes ordres de grandeur, d'un pays à l'autre.

## Les participations des bénéficiaires

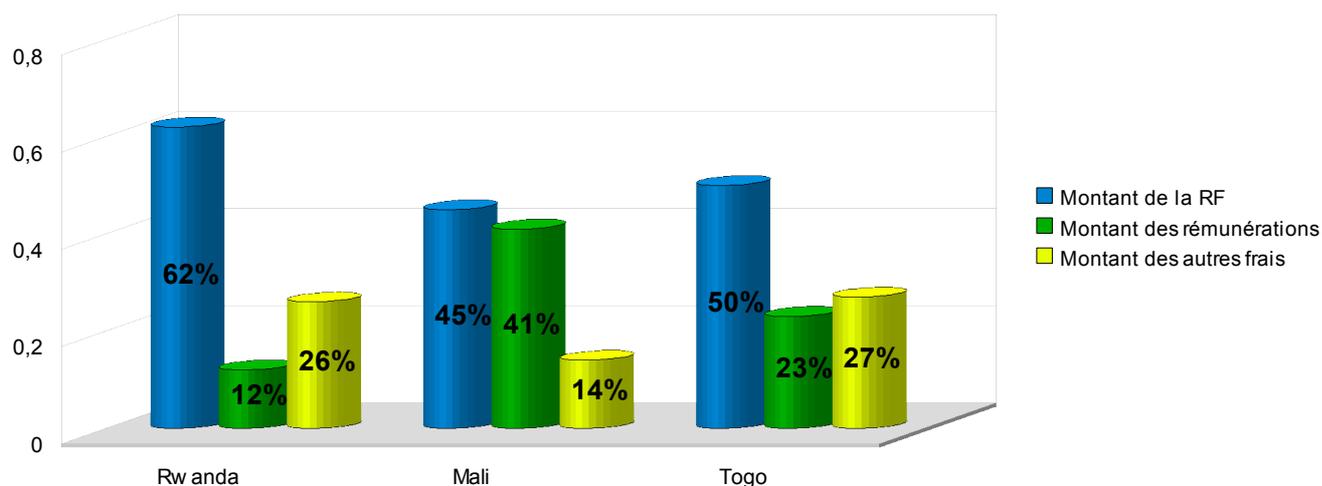
	Rwanda	Mali	Togo
% des patients versant une contribution	47%*	100%	100%
Part totale des contributions dans le coût total des soins	4,3%*	11,9%**	3%***
Part moyenne de la contribution d'un patient dans le coût des soins de ce patient	6,3%*	13,3%**	Non renseigné

\* Basé directement sur les données individuelles \*\* Basé sur les PEC \*\*\* Basé sur une estimation à partir de la grille fournie

Tous les coûts indiqués dans cette analyse de coûts sont ceux effectivement supportés par HI, qu'il s'agisse des coûts de RF ou des frais de gestion. Dans les 3 pays ces coûts sont déterminés par les prestataires de service. Toutefois, il convient de mettre en lumière une spécificité du FES-Togo à propos des coûts de RF : c'est le seul pays dans lequel les contributions sont épargnées. Dans le cadre de ce FES, HI couvre l'ensemble des frais de réadaptation mais en parallèle, les contributions sont épargnées pour alimenter le FES à l'avenir. En revanche, au Rwanda et au Mali, HI ne paie pas pour l'ensemble des frais de RF puisque les contributions sont directement perçues par les prestataires et non épargnées par les FES. En d'autres termes, les contributions servent à payer une part des tarifs exigés par ces prestataires.

Au Rwanda et au Togo, les contributions ne représentent qu'une faible part du coût total des soins tarifés par les prestataires de services (4% au Rwanda et 3% au Togo). En revanche, cette part atteint 12% au Mali. En moyenne, chaque bénéficiaire du FES-Mali contribue à hauteur de 13%, contre 6% pour les bénéficiaires du FES-Rwanda (données indisponibles pour le FES-Togo). Par ailleurs, au Rwanda, à peine 1 patient sur 2 apporte une contribution (47%), alors qu'au Mali et au Togo, tous les patients contribuent, les contributions étant obligatoires.

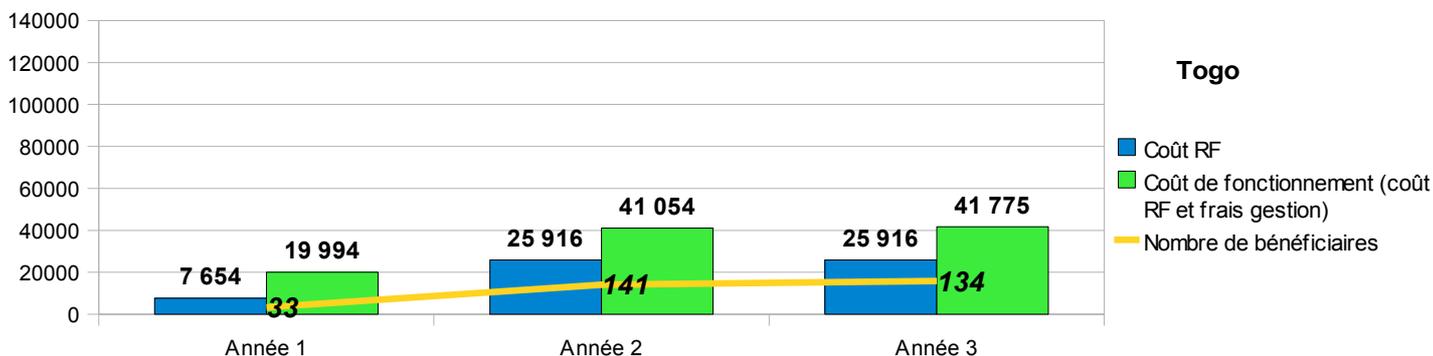
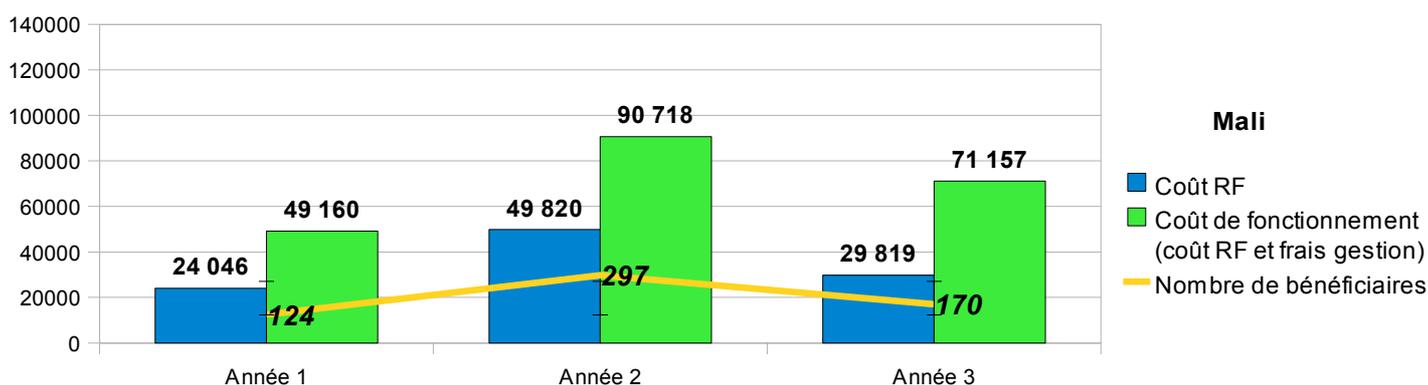
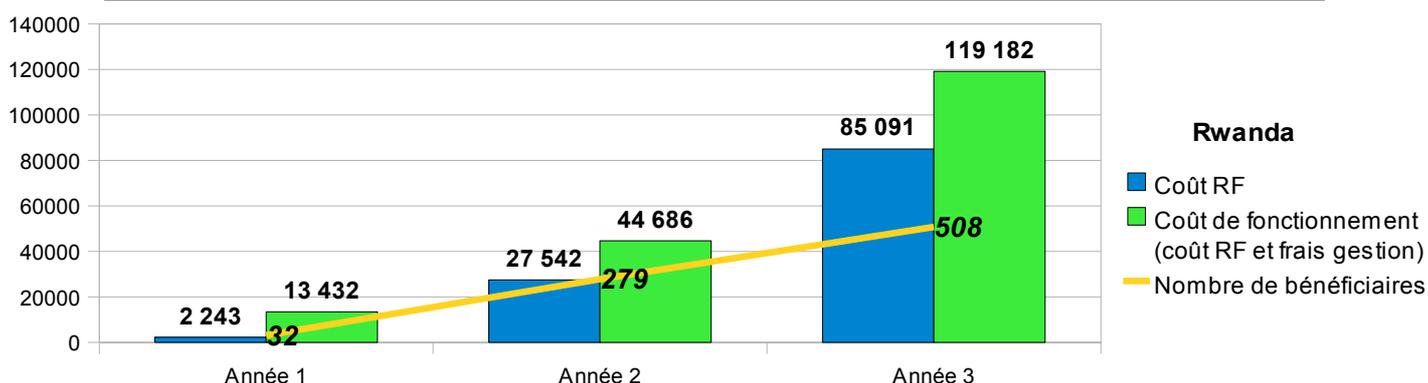
## Part de la RF, des rémunérations et autres frais dans le montant global sur 3 ans<sup>56</sup>



Dans les 3 pays, la RF représente la part la plus importante du budget global et cette part varie sensiblement d'un pays à l'autre (62% au Rwanda, 45% au Mali, 50% au Togo). La part des rémunérations varie plus nettement d'un pays à l'autre. Elles représentent 41% des dépenses du FES-Mali, contre seulement 12% pour le FES-Rwanda. Au Togo, elles constituent 23% du budget global.

<sup>56</sup>Voir annexe 1.

### Nombre de bénéficiaires et coûts en euros, par année, pour chacun des FES



- Au Rwanda comme au Togo, le nombre de bénéficiaires a été faible lors de la première année de fonctionnement (à peine plus de 30) car les premiers décaissements sont intervenus en fin d'année, compte tenu du temps nécessaire à la mise en place de ces fonds. Au contraire, le FES-Mali a pu fonctionner pleinement dès sa première année (120 bénéficiaires) étant donné qu'il existait déjà dans le cadre d'un précédent projet.
- Entre l'année 1 et l'année 2, le nombre de bénéficiaires a augmenté fortement dans les 3 pays. Par la suite, de l'année 2 à l'année 3, les évolutions divergent : le nombre de bénéficiaires continue à augmenter fortement au Rwanda, il baisse au Mali alors qu'il reste quasi stable au Togo. L'évolution du nombre de bénéficiaires diffère d'un pays à l'autre en fonction des montants annuels alloués à chacun des Fonds et de la capacité de prise en charge des PH, par les prestataires de service.
- La capacité d'intervention d'un FES semble être de 125 à 300 personnes par an. En effet, le nombre de bénéficiaires se situe dans cet intervalle, lors de 6 des 7 années de fonctionnement plein des FES (l'année 1 n'étant considérée comme pleine qu'au Mali)<sup>57</sup>.

<sup>57</sup> Sur ces 7 ans, il n'est arrivé qu'une fois qu'un FES bénéficie à plus de 300 personnes. Au Rwanda, il y a eu 508 bénéficiaires lors de l'année 3. Pour que cela soit possible, il a fallu que HI Rwanda recrute ponctuellement des TO supplémentaires et que les décaissements du FES soient réalisés par l'équipe-projet, et non par la FENAPH.

## **9. Possibilités de pérennisation des FES au regard des engagements déjà pris par l'Etat**

Les trois pays visités ont adopté différents textes en faveur de l'accès des PH aux soins de réadaptation, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Dans les trois pays, ces textes sont ambitieux. Il n'y a toutefois qu'au Rwanda qu'ils semblent réellement suivis d'effets.

### **La Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées**

Cette Convention a été adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en décembre 2007. En adoptant ce texte<sup>58</sup>, chacun des trois pays s'est engagé à prendre « des mesures efficaces pour assurer la mobilité personnelle des personnes handicapées, dans la plus grande autonomie possible, y compris en :

- facilitant la mobilité personnelle des personnes handicapées selon les modalités et au moment qu'elles choisissent, et à un coût abordable ;
- facilitant l'accès des personnes handicapées à des aides à la mobilité, appareils et accessoires et technologie d'assistance, formes d'aides humaine ou animale et médiateurs de qualité, notamment en faisant en sorte que leur coût soit abordable »<sup>59</sup>.

Il s'agit là d'objectifs élevés mais peu contraignants pour les Etats signataires car aucune instance juridique n'est compétente pour vérifier qu'ils respectent les engagements pris. Qui plus est, ces textes n'indiquent aucunement comment atteindre les objectifs mentionnés.

### **Les textes nationaux**

#### *Les textes nationaux au Rwanda*

Au Rwanda, deux lois importantes pour les PH ont été adoptées en 2007. La première, votée en janvier, vise la protection de ces personnes. Elle prévoit d'une part que « l'Etat facilite aux personnes handicapées l'accès aux soins médicaux, y compris l'accès aux prothèses et aux orthèses en cas de besoin », d'autre part qu'il « assure les soins médicaux de la personne handicapée démunie et lui procure prothèses et orthèses »<sup>60</sup>. Un arrêté visant à rendre cette loi effective a été publié mais il n'indique pas par quelles modalités les objectifs de la loi pourraient être atteints<sup>61</sup>. En revanche, une autre loi relative aux mutuelles de Santé publiques, votée également en 2007, a apporté des précisions d'importance. Elle indique que ces mutuelles prendront en charge « l'accès aux prothèses et aux orthèses ». La seule condition posée est que la « valeur (des appareils) ne dépasse pas le plafond déterminé par le Fonds des mutuelles de Santé »<sup>62</sup>. En l'absence d'information plus précise sur ce plafond, il demeure toutefois impossible de dire si cette loi favorisera réellement l'accès des PH aux aides de marche.

---

<sup>58</sup> Cette convention a été ratifiée par le Mali en avril 2008 et le Rwanda en décembre 2008. Au Togo, elle a été signée en septembre 2008 et devrait être ratifiée prochainement.

<sup>59</sup> Article 20, Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées », décembre 2007.

<sup>60</sup> Article 14, Loi n°01/2007 du 20/01/2007 portant protection des personnes handicapées en général.

<sup>61</sup> Article 42, Arrêté du Ministère de la Santé portant réglementation des fédérations, associations et centres de prise en charge des personnes handicapées, octobre 2007.

<sup>62</sup> Article 30, Loi n° 62/007 du 30/12/2007 portant création, organisation, fonctionnement et gestion des mutuelles de santé.

### Les textes nationaux au Mali

Au Mali, le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS II), adopté en 2004, avait fixé des objectifs ambitieux et précis, pour 2005-2009<sup>63</sup>. Il prévoyait que :

- la FEMAPH financerait la production de 17 000 appareils, pour un coût de 1,2 milliards de F CFA (soit 1 826 567 euros) ;
- le Ministère du Développement social et de la Solidarité œuvrerait à la « mise en place d'un mécanisme de prise en charge de l'appareillage et autres aides techniques au profit des personnes handicapées », et dégagerait pour cela un budget de 75 millions de F CFA (soit 114 160 euros)<sup>64</sup>.

Ces objectifs sont loin d'avoir été atteints. En particulier, il n'existe toujours pas de mécanisme de prise en charge des soins de réadaptation pour les PH et il ne semble pas que l'Etat ait entamé une réelle réflexion dans ce sens<sup>65</sup>.

### Les textes nationaux au Togo

Au Togo, les textes légaux sont moins précis, tant dans les objectifs que dans leurs modalités d'application. Les objectifs nationaux ont été définis dans la loi relative aux personnes handicapées, adoptée en 2004. Celle-ci stipule que « l'assistance médicale est accordée aux personnes handicapées indigentes reconnues comme telles. (Cette assistance) comporte notamment la prise en charge partielle ou totale des consultations, des examens, des soins médicaux, d'hospitalisation, de rééducation fonctionnelle<sup>66</sup> ».

Depuis 2004, aucun décret d'application n'a été adopté pour rendre cette loi effective. Seul un document de *Politique nationale de Réadaptation* a été publié en 2005. Il apporte des précisions mais le flou demeure. Il y est seulement dit que le gouvernement doit « s'atteler à la mobilisation des ressources étatiques et des ressources complémentaires » et qu'en parallèle, la communauté doit « mobiliser en son sein des ressources humaines, matérielles et financières pour répondre aux besoins des personnes handicapées »<sup>67</sup>.

---

<sup>63</sup> Ministère du Développement social, de la Solidarité et des Personnes âgées, *PRODESS II (Programme de développement sanitaire et social) : Composante développement social*, Septembre 2004. Le PRODESS II constitue vise à rendre effective la deuxième phase du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS : 1998-2007).

<sup>64</sup> Au sein du Ministère, c'est à la Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire (DNPSES) qu'incombait cette tâche.

<sup>65</sup> Information corroborée par l'ensemble des personnes rencontrées au cours de la mission.

<sup>66</sup> Article 27, Loi n° 2004-005 relative à la protection des personnes handicapées.

<sup>67</sup> Ministère de la Santé du Togo, *Document de Politique nationale de Réadaptation*, décembre 2005.

## **10. Possibilités de pérennisation des FES, à partir des dispositifs établis par HI**

D'une manière générale, les engagements de l'Etat en faveur des PH ne permettent d'espérer ni une amélioration de l'accès aux soins de RF dans les années à venir (en dehors du Rwanda), ni une institutionnalisation des FES suite à une initiative étatique. Dans ces conditions, si HI souhaite que les FES perdurent, il lui revient de préparer les conditions favorables à leur pérennisation. Pour cela, HI doit œuvrer sur 2 plans :

- la pérennité institutionnelle: quel dispositif institutionnel pour gérer le FES ?
- la pérennité financière: quel financement pour ce dispositif et pour le FES lui-même ?

Ces 2 dimensions de la pérennité des FES sont liées et il n'est pas possible d'œuvrer à l'une en éludant l'autre. En particulier,

- si on commence par réfléchir au dispositif institutionnel, la qualité du dispositif envisagé influencera la décision des interlocuteurs sollicités pour contribuer ;
- si on commence par chercher des contributeurs, ceux qui acceptent d'alimenter les FES souhaiteront sans doute participer à l'élaboration du dispositif institutionnel.

HI n'ayant pas vocation à financer les FES à long terme, il est possible de considérer qu'elle n'a qu'une responsabilité limitée en termes de pérennité financière. Certes, il est préférable qu'elle cherche des contributeurs aux FES avant de se retirer. Mais dans ce cas, l'idéal serait que des institutions nationales (par exemple : Fédération nationale des PH, Ministère de la Santé, Ministère du Développement social...) cherchent elles-mêmes des sources de financement, que ces sources soient nationales ou étrangères. Ce serait la preuve d'une prise de conscience par ces institutions de l'intérêt des FES, et donc un atout pour leur pérennité. Mais pour qu'il y ait une telle appropriation des FES, il faut que HI ait bâti un dispositif institutionnel dont elle puisse aisément se retirer et être remplacée par des institutions nationales. C'est la responsabilité majeure de HI en termes de pérennité. Cela suppose :

- que HI ait réfléchi avec des institutions nationales au dispositif à mettre en place afin de s'assurer que le dispositif envisagé corresponde aux besoins nationaux et aux capacités de gestion de ces institutions.
- que HI ait laissé ces institutions prendre un rôle majeur dans la gestion des FES (et non pas seulement d'avoir contracté avec des prestataires de services qui fournissent soins et appareillage).
- que HI ait accompagné ces institutions dans la gestion des FES pendant un certain temps, afin de renforcer leurs capacités.

### **Les possibilités de pérennisation du FES-Rwanda**

#### *Les possibilités de reprise du FES, compte tenu du dispositif établi par HI*

HI-Rwanda a pleinement œuvré dans les 3 directions susmentionnées (réfléchir avec la FENAPH au dispositif à mettre en place, confier d'emblée la gestion du dispositif à la FENAPH, renforcer les capacités de la FENAPH en vue de la gestion du FES). Compte tenu de ces efforts, tous les éléments semblaient réunis pour que HI-Rwanda puisse se

retirer du FES, si un autre financement était trouvé. Toutefois, cela n'aurait pas été possible car la FENAPH n'est jamais parvenue à assumer pleinement la gestion du FES.

### Les démarches entreprises par HI pour la pérennisation du FES

D'une manière générale, HI-Rwanda a fait des efforts remarquables en vue de l'implication de tous les acteurs potentiellement intéressés par le FES et de l'institutionnalisation de ce Fonds. HI a particulièrement travaillé avec la FENAPH. Deux actions menées conjointement par HI et la FENAPH méritent d'être mentionnées :

- l'envoi d'une lettre au Ministère de l'Economie en vue de l'intégration du FES dans les arrêtés relatifs à la mise en application de la Loi portant Protection des PH. Ce fut un succès puisqu'un arrêté a ensuite prévu la création d'un Fonds de Solidarité pour les personnes handicapées dans le cadre de la « Loi de Protection des Personnes Handicapées »<sup>68</sup>.
- l'organisation d'un séminaire en mai 2008 pour réfléchir à la pérennisation du fonds de solidarité et l'institutionnalisation de mécanismes d'entraide en faveur des PH. Il a rassemblé une cinquantaine de personnes (leaders des associations de PH, députés, sénateurs, hauts fonctionnaires) et a abouti à la création d'une « Task Force » composée de membres du Ministère de la Santé, du Ministère des Affaires sociales, du Ministère de la Justice, du Sénat et des représentants des APH (et dans laquelle HI est aussi représentée). Cette Task Force a notamment pour mission de promouvoir la création d'un fonds de solidarité institutionnel.

De plus, HI-Rwanda a établi des contacts étroits avec les autorités nationales (Ministère de la Santé et Ministère des Affaires sociales). Néanmoins, celles-ci semblent réticentes à reprendre le FES pour 2 raisons :

- le terme de *Fonds* rappelle le *Fonds d'aide aux rescapés du génocide* qui aurait été très mal géré.
- le terme de *Fonds* est compris comme un engagement financier de l'Etat sur plusieurs années, que celui-ci doit gérer lui-même.

D'une manière générale, les autorités rwandaises ont tendance à décourager la création de fonds dédiés à des personnes ayant des problèmes spécifiques, du moins leur institutionnalisation. Elles préfèrent que les appuis à ces personnes soient intégrés dans les programmes nationaux en faveur des personnes vulnérables. D'après plusieurs interlocuteurs, ce qui pourrait éventuellement être envisagé par les autorités nationales, ce serait un *Budget spécifique* qui serait prélevé sur le budget pour les personnes vulnérables. Au contraire d'un *Fonds*, un *Budget spécifique* aurait l'avantage de ne pas être sanctuarisé (c'est-à-dire que sa poursuite serait examinée chaque année) et de pouvoir être géré à l'échelle locale, par les communes.

Une autre possibilité serait le financement du FES par les mutuelles de santé publiques étant donné que 87% de la population y est affiliée<sup>69</sup>. Il ne s'agirait pas de faire rembourser les soins de RF par des mutuelles pour les PH affiliées mais de prélever un montant du budget des mutuelles publiques pour financer le FES.

<sup>68</sup>Article 42, Arrêté ministériel portant réglementation des fédérations, associations et centres de prise en charge des personnes handicapées, Octobre 2007.

<sup>69</sup> Le taux de cotisation est de 1 000 F /adhérent/an. Pour chaque adhérent qui verse cette somme, l'Etat ajoute lui-même 1 000 F/an. Le taux de couverture par les mutuelles monte même à 93% si on inclut les personnes couvertes par des mutuelles professionnelles ou privées. Source : Ministère de la Santé, novembre 2008.

## **Les possibilités de pérennisation du FES-Mali**

### *Les possibilités de reprise du FES, compte tenu du dispositif établi par HI*

En l'état, le dispositif établi par HI pour gérer le FES peut difficilement être repris par une autre institution. HI s'est trop impliqué dans la gestion quotidienne de ce FES pour que cette option soit réaliste. HI-Mali en est certainement conscient étant donné que dans les différents contrats signés avec le CNAOM et les CRAORF, la question de la pérennité du FES n'est jamais abordée. A l'origine, le projet prévoyait pourtant de « créer une entité juridique propre et autonome pour ce fonds ». Celui-ci serait « géré par un Conseil d'Orientation composé de représentants de l'Etat, de la société civile, des personnes handicapées et de Handicap International »<sup>70</sup>.

### *Les démarches entreprises par HI pour la pérennisation du FES*

Des contacts ont été pris par le responsable du FES sur conseil de la Coordinatrice Santé de HI, auprès d'autres ONG ayant des assises pérennes au Mali. Mais jusqu'à présent, ils n'ont pas permis d'envisager une reprise du FES par une autre institution.

Le chef du *Projet Réadaptation* mentionne une autre possibilité. Selon lui, une collaboration avec le Fonds de solidarité national en faveur des personnes vulnérables ne serait pas impossible. Aucune démarche dans ce sens n'a pour l'instant été entreprise. Il s'agit d'un fonds qui finance des actions variées (scolarisation, construction d'écoles, dotation de biens à des associations...). Il y avait eu des contacts pour la reprise du FES, dans le cadre du précédent *Projet Réadaptation*, mais cela n'avait pas abouti.

Une dernière possibilité évoquée par le Directeur programme serait le transfert du FES à un organisme bi parties dans laquelle la FEMAPH et le Ministère du Développement social s'impliqueraient. Cette possibilité sera sans doute celle qui sera privilégiée, au cours de l'année 2009. D'une manière générale, aucune réelle démarche vis-à-vis d'institutions publiques n'a été entreprise jusqu'en décembre 2008. De son côté, le CNAOM n'a rien fait en vue de la pérennisation du FES.

## **Les possibilités de pérennisation du FES-Togo**

### *Les possibilités de reprise du FES, compte tenu du dispositif établi par HI*

Pour gérer le FES-Togo, HI ne s'est appuyé ni sur une institution existante, ni sur des agents qu'elle aurait elle-même recrutés. Elle a mis sur pied une institution, le Comité SYSTER, dont l'unique mission est de gérer le FES. Certes, HI est fortement impliqué dans ce Comité puisque le Secrétariat du Comité revient à une personne employée par HI. Toutefois, le dispositif est tel que HI pourrait aisément se retirer pour laisser place à un autre bailleur. Si cela est envisageable, c'est parce que HI a œuvré dans les 3 directions nécessaires à l'appropriation du FES (réfléchir avec les institutions locales au dispositif à mettre en place, confier d'emblée la gestion du dispositif à une institution locale, développer les capacités de cette institution en vue d'une bonne gestion du FES).

---

<sup>70</sup> Demande de subvention auprès de la Délégation de la Commission européenne.

### Les démarches entreprises par HI pour la pérennisation du FES

L'une des missions du comité SYSTER est « la recherche financière auprès des autorités locales, des personnes ressources et des fondations privées et religieuses pour que le système mis en place puisse perdurer ». Mais HI-Togo reconnaît qu'« après un an de fonctionnement cette tâche du comité SYSTER est loin d'être facile. [...] La pérennisation des fonds du SYSTER constitue ainsi pour l'heure la difficulté majeure de ce volet »<sup>71</sup>.

De facto, c'est le représentant de HI au sein du Comité SYSTER qui assure cette fonction pour le Comité. Il s'est principalement rapproché de l'Association d'Appui aux Activités de Santé communautaire (3ASC). Cette association dit envisager sérieusement de rembourser certains soins de réadaptation aux PH qui cotiseraient. Toutefois, pérenniser un FES par un financement de mutuelle semble peu réaliste (voir section 11)<sup>72</sup>.

En l'état, la possibilité la plus sérieuse de pérennisation du FES émane de HI elle-même. Un projet *Education inclusive* a débuté en janvier 2009. Dans ce projet, un budget est prévu pour favoriser l'accès des enfants scolarisables en école primaire aux soins de RF. De facto, le FES devrait donc perdurer 2 années de plus pour les écoliers handicapés (c'est-à-dire jusque fin 2011)<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> HI-Togo, *Note de présentation du SYSTER*.

<sup>72</sup> Financer l'accès aux soins de RF par un système de mutuelles n'est en soi pas réaliste, comme expliqué en section 11. Mais c'est encore moins réaliste au Mali, où 3% de la population sont affiliés à une mutuelle (Ministère du Développement social, 2008).

<sup>73</sup> Ce projet aura une durée de 3 ans mais il ne permettra au FES de perdurer que 2 ans de plus, étant donné qu'il est concomitant avec le projet Réadaptation, pour l'année 2009. Dans le cadre de ce projet, tous les types de déficiences seront pris en charge par le fonds (sensorielles, mentales, physiques, psychologiques). Cela permettra au comité de développer son réseau et ses compétences. Le financement du FES par ce nouveau projet sera plus importante mais pour une population et une zone plus limitées. Cela pourrait renforcer l'inégalité géographique, mais contribuer à réduire l'inégalité face aux déficiences.

## **11. Evaluation de la pertinence des FES pour favoriser l'accès aux soins de réadaptation**

Cette partie compare les forces et les faiblesses des FES par rapport à d'autres modalités d'accès aux soins de RF pour les plus pauvres.

### **L'insuffisance des FES pour répondre à l'ensemble des besoins en soins de RF**

Bien souvent, il est difficile de connaître le nombre de PH dans les pays à bas revenus, faute de moyens pour mener des enquêtes statistiques fiables dans ces pays (Mont, 2007). Toutefois, d'après les estimations de l'OMS et de ISPO, 0,5% de la population d'un pays a besoin d'appareillage orthopédique (OMS, 2004). Sur la base de ces estimations, le nombre de personnes ayant besoin d'un appareil était d'environ 48 500 au Rwanda, 61 500 au Mali et 33 000 au Togo, en 2007<sup>74</sup>. Dès lors, étant donné que la durée de vie d'un appareil serait en moyenne de 4 ans (OMS, 2004), il faudrait produire 12 125 appareils par an au Rwanda, 15 375 au Mali et 8250 au Togo<sup>75</sup>.

Ces chiffres sont à prendre avec précaution, ce taux de 0,5% n'étant qu'une estimation. Toutefois, ils sont corroborés par divers chiffres récoltés dans chacun des pays sur les personnes ayant besoin de kinésithérapie (et non celles qui ont uniquement besoin d'appareillage)<sup>76</sup>. Quel que soit le nombre réel de PH dans chacun des pays visités, il est certain qu'avec une capacité d'intervention inférieure à 300 personnes par an, les FES évalués ne font qu'intervenir à la marge. Bref, les FES initiés par HI sont à l'heure actuelle des outils utiles mais de portée réduite, soit du fait du manque de techniciens (Rwanda, Mali), soit en raison des enveloppes restreintes qui leur sont alloués (Togo).

### **L'intérêt des FES par rapport aux autres modalités de financement des soins de RF**

Différents modes de financement peuvent être envisagés pour faciliter l'accès des plus pauvres aux soins. Dans les pays qui ont opté pour une politique de recouvrement des coûts, il y a trois possibilités : les mutuelles (qu'elles soient publiques ou privées), les FES ou l'exemption après reconnaissance officielle du statut d'indigent. Les avantages et inconvénients de chaque système font débat.

Dans le cas des soins de réadaptation pour les PH, le débat pourrait être moins vif car les 2 autres systèmes semblent difficiles à mettre en œuvre. L'exemption totale n'est pas impossible mais elle requiert une forte volonté politique car les soins de RF coûtent en général bien plus chers que des soins de base. Opter pour l'exemption serait donc en contradiction forte avec le principe de recouvrement des coûts.

<sup>74</sup> Ces chiffres ont été calculés à partir des données de la Banque mondiale, pour les populations nationales en 2007.

<sup>75</sup> Chiffres calculés sur la base d'un renouvellement des appareils tous les 4 ans. La durée de vie d'un appareil étant de 3 à 5 ans (OMS, 2004), la durée de vie moyenne d'un appareil doit être proche de 4 ans. Il s'agit d'estimations basses car elles ne tiennent pas compte de la croissance démographique de ces pays.

<sup>76</sup> Passer des chiffres des enquêtes aux chiffres présentés ici requiert d'accepter qu'en moyenne 2% d'une population a besoin de soins de RF. Ce taux fait l'objet d'un relatif consensus entre les professionnels de la RF mais il n'a jamais été énoncé officiellement par aucune institution, au contraire du taux de 0,5% pour les personnes ayant besoin d'appareillage. Mais accepter le taux de 0,5% sans reconnaître celui de 2% n'est pas logique. C'est pourquoi, on se fie à des données sur les PH ayant besoin de RF pour confirmer les chiffres calculés concernant le nombre de personnes ayant besoin d'appareils orthopédiques. Au Rwanda, il y aurait 168 314 PH selon le recensement national de 2002, celles-ci ayant quasi systématiquement besoin de RF, tandis que le taux de 2% indique qu'il y en aurait 194 000 en 2007, la différence pouvant être considérée comme le signe d'une réelle corroboration puisqu'il faut tenir compte de la croissance démographique de la population entre les 2 dates. Au Mali, une étude portant sur 8 157 personnes a fait ressortir un taux de prévalence de 2,1% de PH (*"Place de la lèpre parmi les handicaps physiques en zone rurale et urbaine au Mali"* Cahiers Santé, Volume 8, Numéro 4, 1998 : 297-302 ). Autrement dit, s'il y a 2,1% de PH dans la population malienne, il est très probable que 0,5% de cette population ait besoin d'appareillage orthopédique.

Un système de mutuelles semble en revanche totalement impossible. Envisager de financer un FES pour la réadaptation à partir de cotisations individuelles n'est pas réaliste pour 2 raisons. D'une part, parce que les sommes nécessaires sont plus élevées que pour les soins de base alors que les PH sont plus pauvres que la moyenne (Braithwaite et Mont, 2008), ce qui les empêche de verser des cotisations suffisantes. D'autre part parce que les besoins de ces personnes sont certains. Un système de mutuelles ne peut être viable financièrement que si des patients cotisent parce qu'ils redoutent d'avoir à payer des soins mais qu'au cours de la période de cotisation, ils n'ont finalement pas eu à se faire soigner. Ce sont ces patients qui permettent aux mutuelles de dégager de l'argent pour les patients qui ont effectivement besoin de soins. Or dans le cas des PH, il n'existe pas de personnes qui n'aient pas besoin de dépenses de réadaptation (en particulier parce que certains soins de kinésithérapie se font au long court et que les appareils portés doivent être entretenus et renouvelés régulièrement).

Dans ces conditions, un FES pérenne semble être la meilleure solution pour permettre aux PH les plus démunies d'accéder à la RF. Certes, les FES coûtent cher et ils ne permettent d'appareiller qu'une minorité de PH. Mais c'est la réadaptation qui coûte cher en soi et aucun système ne pourrait réduire le coût des soins de RF.

### **La pérennisation des FES, principal défi posé par ces fonds**

Si les FES semblent être la solution la plus appropriée pour permettre aux PH d'accéder à la RF dans les pays dans où une politique de recouvrement des coûts est appliquée, ils ne constituent pas une solution parfaite. En particulier, ils sont difficilement pérennes. S'ils sont alimentés par un bailleur, une ONG ou le secteur privé, rien ne garantit qu'ils perdurent. L'unique solution pour pérenniser un FES de manière quasi certaine est qu'il soit pris en charge par le secteur public lui-même. Cela pourrait incomber soit à l'Etat via les impôts, soit à des mutuelles nationales publiques qui accepteraient de dégager une part des cotisations de leurs adhérents pour le FES et ainsi faire une entorse à leur principe de viabilité. Ces possibilités sont évoquées pour le FES-Rwanda.

Une autre option, sans doute plus réaliste dans bien des pays compte tenu des faibles ressources du secteur public, serait la mise en place de « basket-funds » (ou « pots communs »), alimentés par différentes institutions. Ce système de financement peut très bien fonctionner mais il suppose deux contraintes fortes :

- il faut rechercher régulièrement de nouveaux contributeurs pour pallier aux retraits éventuels de ceux déjà en place.
- il faut que les contributeurs s'accordent sur l'acteur chargé de gérer le FES.

Le choix de l'acteur qui gèrera le FES est un point sensible. Il peut s'agir soit de l'un des contributeurs, soit d'une institution nationale n'ayant pas de revenus suffisants pour contribuer mais qui est fortement mobilisée en faveur des PH (telle qu'une Fédération nationale des associations de PH par exemple). Cette seconde possibilité est sans doute préférable en vue d'une pleine appropriation de la promotion des PH. Toutefois, les bailleurs sont souvent, -à tort ou à raison-, réticents à confier la gestion de fonds à des institutions nationales. S'il doit s'agir d'un bailleur, HI serait bien placé pour assumer ce rôle, compte tenu de son expertise en réadaptation et de son expérience en gestion de FES. Toutefois, HI ne peut s'engager qu'à moyen terme car elle n'a pas vocation à rester dans les pays dans lesquels elle intervient et car les ressources dont elle dispose (qui serviraient ici à salarier un gestionnaire) ne sont jamais garanties à long terme.

## **12. Recommandations**

Les recommandations qui suivent n'esquissent pas un modèle qui aurait vocation à être dupliqué, quel que soit le pays d'intervention, mais elles dégagent des principes qui semblent favoriser l'efficacité et la pérennité des FES. Cette approche a été privilégiée car à la lumière de cette évaluation, il apparaît primordial de tenir compte du contexte local (Easterly, 2006). Cela peut sembler évident mais il importe de rappeler que les succès de certains projets dans certains pays tiennent à des conditions particulières qui ne seront pas aisément retrouvées ailleurs.

Dans le cas d'un FES, il faut travailler avec les acteurs les plus à même de s'impliquer sans avoir d'idée préconçue sur leur identité. Par exemple, HI-Togo a pu mettre en place un dispositif d'identification et de suivi efficace, grâce au dynamisme de la société civile dans la région des Savanes. Mais il ne servirait à rien de vouloir dupliquer ce dispositif ailleurs si les conditions qui ont fait son succès dans la région des Savanes ne sont pas réunies dans d'autres régions ou pays.

### **Les principes qui contribuent à l'efficacité et la pérennité des FES**

#### ***Confier la gestion du FES à des institutions nationales, dès sa mise en place***

La gestion d'un FES consiste à faire fonctionner au mieux le dispositif d'identification et de suivi des bénéficiaires, à s'assurer de la qualité et du coût des soins dispensés ainsi qu'à effectuer tous les décaissements nécessaires. Cette gestion FES peut être assurée soit par le tiers-payeur lui-même, soit par une autre institution à qui le tiers-payeur aurait délégué ce rôle. En vue de la pérennité d'un FES, HI, en tant que tiers-payeur, devrait d'emblée déléguer cette gestion à une institution nationale et se contenter d'exercer un contrôle sur cette institution. C'est ce qui a été fait au Rwanda avec une institution qui existait déjà, la FENAPH. C'est également ce qui a été fait au Togo, avec une institution créée *ex nihilo*, le Comité SYSTER.

Si HI ne délègue pas la gestion d'un FES (comme au Mali), il semble très peu probable que le FES puisse perdurer. En d'autres termes, si HI s'implique dans la mise en œuvre quotidienne d'un FES, il lui ensuite sera difficile de se dégager pour que des acteurs nationaux prennent le relais<sup>77</sup>.

#### ***Confier la gestion du FES à une institution nationale qui soit implantée localement***

Si HI délègue la gestion d'un FES à une institution nationale, il faut que celle-ci ait une implantation locale dans la zone d'intervention, ou du moins des relais solides (telles que des fédérations régionales d'associations de PH si l'institution nationale est une fédération nationale d'associations de PH). Une telle implantation est primordiale pour assurer une partie essentielle de la gestion d'un FES, à savoir l'identification et le suivi des patients (Harderman et al, 2004 ; Soeters et al, 2006 ; Noirehomme et al., 2007). Seules des institutions présentes localement peuvent apprécier la motivation et la situation financière des candidats aux FES, puis suivre ceux qui deviennent des bénéficiaires.

---

<sup>77</sup> Si un retrait progressif doit avoir lieu, il faut sans doute que la durée du FES dépasse 3 ans car le lancement d'un dispositif institutionnel complexe puis le transfert de sa gestion à un autre acteur ne peut être réalisé dans des délais aussi courts.

### Cibler les bénéficiaires grâce à un dispositif d'identification efficace

Cibler les bénéficiaires est primordial pour qu'un FES remplisse son rôle, à savoir offrir des soins de RF de qualité aux PH les plus démunies, pour un coût minimal. Cela ne peut être réalisé que si un dispositif d'identification efficace a été mis en place. Dans l'identification, deux critères doivent primer : la motivation des candidats et leurs conditions de vie.

- La motivation des candidats. Pour que les sommes engagées par un FES soient utilisées efficacement, il est indispensable que les candidats soient motivés. S'ils ne le sont pas, le FES risque de soutenir des personnes qui abandonneront rapidement les soins.
- Les conditions de vie des candidats. Pour que le FES réponde à sa vocation, il faut cibler les plus nécessiteux. Cela va bien entendu de soi mais estimer les conditions de vie des candidats est une tâche complexe qui ne peut être correctement réalisée que si des modalités précises d'identification ont été déterminées. Il peut par exemple s'agir d'une enquête sociale (comme dans les 3 pays visités) et/ou d'une présentation d'un certificat d'indigence.

Pour identifier les PH les plus motivées et les plus nécessiteuses, il est préférable d'aller à leur rencontre (que ce soit via des tournées ou via d'autres modalités, telles que les CSS au Mali ou les facilitateurs au Togo). Cela permet d'observer directement les conditions de vie d'une PH, de recueillir des témoignages la concernant mais aussi de lui faire prendre conscience des efforts à fournir pour que les soins de RF portent leurs fruits. Impliquer la communauté dans l'identification peut aussi se révéler très judicieux (Noirehomme et al, 2007). La réussite du partenariat entre le FES-Togo et les APH le prouve.

Si ce travail d'identification n'est pas effectué, il est possible que les PH qui aient le plus facilement accès aux FES soient celles qui sont le mieux informées en matière de soins. En effet, si c'est aux PH de se rendre jusqu'aux services de réadaptation, soit parce que le dispositif d'identification est défaillant soit parce qu'il est inexistant, ce sont celles qui sont le mieux informées qui seront les premières à bénéficier. Or une meilleure information est souvent le signe d'une meilleure intégration dans la société et une telle intégration va en général de paire avec des revenus plus élevés. En d'autres termes, sans un dispositif d'identification qui va à la rencontre des PH, il existe un réel risque les bénéficiaires soient les moins pauvres parmi les PH.

### Rendre systématique le versement d'une contribution

Le principe des contributions remplit une double fonction :

- s'assurer de la motivation des personnes. C'est la dimension symbolique de la contribution : elle doit être versée, même si elle est d'un montant très réduit pour les plus pauvres.
- introduire une certaine équité dans l'accès aux soins de réadaptation. C'est la dimension matérielle de la contribution : pour des soins identiques, le montant de la contribution doit varier en fonction du niveau de vie de la PH.

*De facto*, rendre systématique le versement d'une contribution permet de sélectionner de manière équitable les PH les plus motivées pour bénéficier de soins de RF. Toutefois,

il importe de garder à l'esprit que si le versement systématique d'une contribution renforce la probabilité que les bénéficiaires portent leur appareil, cela ne garantit rien.

Par ailleurs, systématiser les contributions pourrait impliquer que les plus pauvres soient *de facto* exclus de l'accès aux FES. C'est d'autant plus plausible que pour avoir accès aux soins, tout patient doit payer des coûts de transport pour se rendre au centre de réadaptation<sup>78</sup> et supporter des coûts d'opportunité. Or ces 2 types de coûts sont particulièrement rédhibitoires pour les plus pauvres (Abel-Smith et Rawal 1992; Hjortsberg et Mwikisa 2002; Khe et al. 2002)<sup>79</sup>.

Pour que le caractère systématique des contributions n'exclut pas les plus pauvres, il est primordial que leur montant soit déterminé en fonction des revenus des candidats (tel que cela se passe dans les 3 FES). Pour les plus pauvres, le montant exigé doit être essentiellement symbolique. Dans ce cas, même les plus démunis seront en mesure de verser cette contribution, au besoin avec un soutien externe. Au Mali et au Togo, où les contributions sont obligatoires, il n'est pas rare qu'un tiers (la famille, les proches, les services municipaux, les associations locales...) prenne en charge la contribution. Le recours à un tiers peut autant être considéré comme une preuve de la motivation de la PH qu'un versement effectif par la PH elle-même car cela montre que la PH, au moment où elle espérait devenir bénéficiaire, a fait le double effort de rechercher quelqu'un pour l'aider et de convaincre cette personne.

Outre un probable effet sur le taux d'utilisation des appareils, un autre avantage possible du versement systématique de contribution est la possibilité pour le FES de constituer une épargne. Ce n'est qu'un avantage mineur car ce n'est certainement pas le montant des contributions qui peut assurer la pérennité financière d'un FES<sup>80</sup>. Mais cela peut permettre au FES de constituer quelques fonds propres.

Un dernier avantage des contributions est de freiner la demande de soins des PH. Cette recommandation peut surprendre mais le cas des pays riches montre que les besoins en santé sont infinis et que si les soins sont totalement gratuits, les patients ont tendance à en abuser, quel que soit leur niveau de revenus et leur état de santé.

### Réduire le taux d'abandon des appareils

Un critère majeur pour évaluer l'efficacité d'un FES est le taux d'abandon des appareils. Si un FES appareille un grand nombre d'individus mais que ceux-ci ne portent pas leur appareil, il y a un gaspillage des ressources du FES. Pour réduire les taux d'abandon, il importe de comprendre pourquoi certaines personnes ne portent pas les appareils. Différentes raisons peuvent être envisagées :

- l'appareil est douloureux à porter (soit parce que les finitions ne sont pas bonnes, que la forme du moignon a évolué, ou que des plaies persistent).
- l'appareil est lourd à porter.
- l'appareil n'est pas assez esthétique et/ou trop visible.

<sup>78</sup> A moins que ces coûts ne soient pris en charge par le FES. Mais il ne semble pas que ce soit la politique de HI.

<sup>79</sup> D'après ces auteurs, les coûts de transport d'opportunité, les taxes informelles et les coûts des médicaments peuvent se révéler supérieurs aux coûts des soins, dans le cas de soins courants

<sup>80</sup> Par définition, les contributions ne représentent qu'une part minime des montants nécessaires au fonctionnement du FES. Si tel n'était pas le cas, les contributions suffiraient elles-mêmes au fonctionnement du FES et donc il ne s'agirait plus de contributions à des dépenses mais de montants totaux induits par ces dépenses.

- l'appareil modifie trop la vie de la personne (l'autonomie que confère l'appareil peut effrayer certaines personnes qui avaient jusque là l'habitude d'être prises en charge et/ou qui avaient un statut particulier du fait de leur handicap).
- le port de l'appareil n'a pas été précédé puis suivi de séances de kinésithérapie.

Les mesures à prendre sont différentes pour chacun de ces problèmes. Par exemple, améliorer les dispositifs d'identification permettrait de ne pas sélectionner des personnes qui ne portent pas leur appareil pour les deux dernières raisons.

#### Réduire le délai entre la prise des mesures des patients et la livraison des appareils

Si les procédures de décaissement sont trop longues, les appareils confectionnés peuvent ne plus être adaptés aux personnes auxquels ils étaient destinés lorsqu'ils sont remis (changement de forme d'un moignon, évolution de la taille dans le cas d'un enfant...). Dans ce cas, l'appareil a été payé par le FES mais il ne sera jamais porté par le patient. Veiller à ce que ce délai soit le plus court possible (tout en traitant les dossiers de manière rigoureuse) pourrait contribuer à réduire le taux d'abandon des appareils, et donc améliorer l'efficacité d'un FES.

#### Mieux tenir compte des patients qui ont uniquement besoin de kinésithérapie

En théorie, les PH qui n'ont pas besoin d'appareil mais uniquement de kinésithérapie peuvent bénéficier des FES. Toutefois, dans la pratique, cela ne survient presque jamais. Pourtant, les seuls soins de kinésithérapie peuvent se révéler très onéreux. Si une personne a besoin de tels soins plusieurs fois par semaines pendant de nombreux mois, le coût total peut dépasser celui d'un appareil. Bénéficiaire de 2 séances par semaines pendant un an coûte par exemple 104 000 F CFA au Togo, sans compter les frais de transport et les coûts d'opportunité.

Il est difficile de savoir pourquoi les FES ne soutiennent presque jamais ceux qui doivent faire face à ce type de situation : Les personnes qui auraient besoin de tels soins savent-elles qu'elles peuvent bénéficier des FES ? Ces personnes estiment-elles que les procédures de sélection des FES sont trop complexes ? Les institutions chargées de sélectionner les bénéficiaires privilégient-elles les PH qui ont besoin d'appareil ? En fonction des réponses à ces questions, différentes pistes peuvent être proposées :

- Une meilleure information des PH sur les possibilités d'accès aux soins de kinésithérapie via les FES ;
- La mise en place d'une procédure simplifiée pour accéder à ces soins.
- Une meilleure prise en compte par les institutions qui sélectionnent des coûts de transport et d'opportunité induits par les soins de kinésithérapie (en fonction de la fréquence des séances et de la durée de la réadaptation).

#### Tenir compte du cas particulier des jeunes en période de croissance

Les jeunes sont une cible privilégiée des FES. Toutefois, lorsqu'ils sont encore en phase de croissance et qu'ils ont besoin d'un appareil orthopédique, l'accès au FES peut se révéler très frustrant car il est fréquent qu'au bout de quelques mois, l'appareil ne soit plus adapté à leur taille. Pour éviter de telles situations, il serait sans doute bon que les FES s'engagent à renouveler les appareils des jeunes auxquels ils ont bénéficié, tant que les fonds restent en place.

### Allonger la durée de fonctionnement des FES

Dans chaque pays, la mise en place d'un FES a pris de nombreux mois. Au Rwanda comme au Togo, c'est presque un an après le début du projet que des premières PH ont pu bénéficier du FES<sup>81</sup>. Ce qui semble normal, compte tenu de la nécessité de mettre en place un dispositif institutionnel pour gérer le FES. Néanmoins, la durée des projets *Réadaptation* de HI étant de 3 ans, les FES ne peuvent fonctionner que pendant 2 ans. Vu le travail et les coûts de mise en place que nécessitent la mise en œuvre d'un FES, il serait sans doute judicieux qu'ils puissent fonctionner plus longtemps<sup>82</sup>.

### Effectuer des enquêtes rigoureuses auprès des bénéficiaires

Effectuer des enquêtes auprès des bénéficiaires est probablement le meilleur moyen de savoir quelles sont les forces et les faiblesses d'un FES, d'un point de vue pratique. Tous les enseignements tirés de l'enquête menée au Rwanda en témoignent. Des enquêtes de ce type sur une cinquantaine de bénéficiaires devraient être systématiques car elles sont faciles à mettre en œuvre et ne requièrent aucun financement supplémentaire. Elles nécessitent en revanche qu'une personne y consacre quelques semaines de travail (4 semaines environ, en incluant les visites aux bénéficiaires et l'analyse des données).

### Favoriser la création d'une association de bénéficiaires pour chaque FES

Des associations de bénéficiaires pourraient contribuer au bon fonctionnement des FES (implication dans le suivi des bénéficiaires, réalisation d'enquêtes de suivi auprès des membres de l'association, suggestions d'amélioration des fonds...) ainsi qu'à leur pérennité (plaidoyer en faveur des FES, recherche des financements supplémentaires...). Pour que de telles associations voient le jour, il faudrait que les bénéficiaires soient parfaitement informés du mécanisme qui leur a permis d'accéder aux soins de RF.

### Faciliter les évaluations et analyses d'impact

Afin de pouvoir connaître les effets d'un FES, il serait bon d'envisager dès le début d'un projet que ces effets seront mesurés, de manière quantitative. Cela implique de récolter diverses données et de s'assurer de leur fiabilité. En particulier, il faudrait connaître le nombre de patients pris en charge par an par chaque prestataire avant le lancement du FES et une fois qu'il a été lancé, ainsi que le coût et la nature des soins de chaque patient. Des données similaires devraient également être récoltées pour des prestataires qui ne collaborent pas avec le FES afin de déterminer si les évolutions constatées suite à la mise en place du FES lui sont imputables. Cela permettrait de réaliser une réelle analyse d'impact. Cette technique consiste à évaluer avec précisions les effets propres à un projet en comparant un groupe cible qui bénéficie d'un projet et un groupe de contrôle, qui a des caractéristiques similaires à celles du groupe cible (Duflo, 2006).

### Evaluer les effets des FES sur les prestataires de service

Les retombées des FES pour les structures de santé partenaires n'ont pu être évaluées, compte tenu de la courte durée de la mission. Toutefois, ces retombées sont sans doute

<sup>81</sup> Dans ces 2 pays, cela a pris 10-11 mois environ. La durée nécessaire à la mise en place du FES-Mali ne peut être déterminée aussi précisément car il a débuté dans le cadre d'un projet financé par un bailleur unique, à l'échelle d'une région, avant d'être poursuivi et étendu dans le cadre d'autres projets, sur financement de plusieurs bailleurs.

<sup>82</sup> Cette recommandation est énoncée dans l'absolu. Elle ne tient pas compte de différentes considérations : durée des financements proposés par les bailleurs, existence d'autres dispositifs que les FES au sein des projets *Réadaptation* de HI, concomitance avec d'autres projets de HI ou reprise, -partielle ou pleine-, d'un FES dans le cadre d'un autre projet.

fortes et mériteraient d'être mises en lumière, étant donné que les FES visent autant à dispenser des soins de RF à court terme qu'à renforcer ces structures à long terme. Une évaluation supplémentaire pourrait même tenter d'estimer jusqu'à quel point les FES amènent les différents acteurs de la RF à collaborer davantage (services de RF, hôpitaux, services sociaux, associations de PH, ministères...).

#### *Continuer à soutenir les services de réadaptation pour les dépenses les plus élevées*

Même si ces services se développent fortement grâce aux FES, il est sans doute bon que HI continue à les soutenir directement pour les investissements les plus conséquents. En effet, les recettes tirées des soins financés par les FES ne suffisent pas pour payer la formation des professionnels ou l'achat d'équipements lourds (appareils de physiothérapie pour la kinésithérapie, machines-outil pour l'appareillage). Il ne s'agit pas de maintenir ces services dans une situation d'assistance mais de continuer à les soutenir pour faire face aux dépenses les plus élevées. Sans cet appui, le bon fonctionnement des services de RF pourrait être compromis, et les FES ne pourraient pas perdurer.

#### *Effectuer un réel plaidoyer en faveur des FES, à partir des résultats obtenus*

Pour qu'un FES soit pérenne, il faut qu'il soit approprié par des institutions nationales. Celles qui sont impliquées dans la gestion d'un FES sont normalement convaincues de l'utilité d'un tel dispositif. Mais au-delà de ces institutions, la pérennité d'un FES sera favorisée si celui-ci est reconnu par d'autres institutions, qu'elles émanent de la société civile ou du secteur public. Pour être le plus efficace possible, ce plaidoyer devrait être réalisé non par HI mais par les institutions déjà impliquées dans le FES. Et pour que la preuve de son utilité soit la plus convaincante possible, ce plaidoyer devrait être réalisé à partir des résultats obtenus.

### **Les pratiques à éviter**

#### *Confier la gestion d'un FES à un prestataire de service*

Affirmer que la gestion d'un FES ne doit en aucun cas être confiée à un prestataire de service consiste à rappeler un principe inhérent à un FES : celui du tiers-payeur. C'est la dissociation des rôles qui permet au tiers-payeur d'exercer des pressions sur le prestataire de service, en cas de problème.

#### *Mettre en place des procédures de sélection trop complexes*

Des procédures de sélection trop complexes, telles que des appels à proposition, peuvent dissuader certaines PH de candidater et ralentir l'accès des bénéficiaires aux soins. Ce qui importe, c'est que la sélection se fasse sur des critères objectifs et que des modalités d'identification précises aient été définies avant que l'identification ne soit lancée (enquête sociale, visites à domicile...). En d'autres termes, la sélection doit être rigoureuse et équitable mais les démarches administratives pour les bénéficiaires doivent être aussi légères que possibles.

#### *Faire financer par les FES des microcrédits ou des activités génératrices de revenus*

Il s'agit d'une revendication récurrente des associations de PH et des diverses institutions intervenant en faveur de la RF. Elle est légitime car les personnes

appareillées pourront difficilement entretenir leur appareil tant qu'elles ne seront pas autonomes financièrement. Toutefois, s'il est évidemment souhaitable que les PH puissent augmenter leurs revenus, ce n'est pas la raison d'être des FES. Si les ressources financières des FES étaient utilisées dans ce but, le risque serait grand que leur fonctionnement s'en trouve perturbé car financer des microcrédits et des AGR est une activité complexe. Cela nécessiterait un dispositif spécifique.

*Déterminer la part de la contribution avant tout en fonction du coût total de la PEC*

Le coût total doit être un critère pour fixer la part de la contribution mais le niveau de revenu de la personne importe tout autant. Des grilles préétablies pour déterminer le montant des contributions ne semblent donc pas judicieuses.

*Ne pas appliquer les règles de la même manière à tous*

Dans certains cas exceptionnels, il est tentant d'assouplir certaines règles. Prenons par exemple le cas d'une personne à qui l'appareil n'était pas livré tant qu'elle n'avait pas pu verser sa contribution (cas survenu dans l'un des pays visités). Lorsqu'elle put la verser, son moignon avait changé de forme et elle n'a donc pas pu porter son appareil. Aurait-il fallu faire une entorse au principe selon lequel l'appareil ne doit pas être remis tant que la contribution n'est pas versée ? Dans une telle situation, appliquer strictement les règles peut sembler absurde. Mais les assouplir peut se révéler pervers : non seulement cela peut nuire à l'équité du fonds (car chacun ne bénéficiera pas forcément de la même souplesse) mais en plus, cela peut conduire à multiplier les situations censées rester exceptionnelles. Cela pourrait être très difficile à gérer, d'autant plus si les FES voyaient leur budget augmenter et avaient vocation à intervenir à une plus large échelle. Plus les FES sont dotés largement, plus leurs règles de fonctionnement doivent être strictement respectées.

## Bibliographie

- Abel-Smith B., Rawal P., 1992, *Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania*, Health Policy and Planning, 7: 329–41.
- Braithwaite J., Mont D., 2008, *Disability and Poverty : A Survey of World Bank Poverty Assessments and Implications*, World Bank, Social Protection Discussion Paper, 0805.
- Creese L., 1991, *User charges for health care : a review of recent experience*, Health Policy and Planning, 6: 309–19.
- Duflo E., 2006, *Field Experiments in Development Economics*, Massachusetts Institute of Technology, Paper prepared for the World Congress of the Econometric Society.
- Elwann A., 1999, *Poverty and Disability*, World Bank Background Paper.
- Easterly W., 2006, *The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*, New York : Penguin Press.
- Gilson L., Kalyalya D., Kuchler F., et al, 2001, *Strategies for promoting equity : experience with community financing in three African countries*, Health Policy, 58: 37–67.
- Haderman 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 and Planning, 19 : 22-32.
- Hjortsberg C., Mwikisa C., 2002, *Cost of access to health services in Zambia*, Health Policy and Planning, 17: 71–77.
- Khe N., Toan N., Xuan L., et al. 2002, *Primary health concept revisited: where do people seek health care in a rural area of Vietnam?*, Health Policy, 61: 95–109.
- Laderchi C., Saith R., Stewart F., 2003, *Does it Matter that we do not Agree on the Definition of Poverty? A Comparison of Four Approaches*, Oxford Development Studies, 31 : 243-274.
- Meessen, B., Van Damme, W., Tashobya, C., Tibouti, A., 2006, *Poverty and user fees for public health care in low income countries : lessons from Uganda and Cambodia*, Lancet, 368 : 2253-2257.
- McPake B., 1993, *User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature*, Social Science and Medicine, 36: 1397–405.
- Mont D., 2007, *Measuring Disability Prevalence*, World Bank, Social Protection Discussion Paper, 0706.
- Noirhomme M., Meessen B., Griffiths F., Por I., 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, 1-17.
- OMS, 2004, *Guidelines for training personnel in developing countries for prosthetic and orthotic services*, Geneva.
- Soeters R., Habineza C., Peerenboom P., 2006, *Performance based financing and changing the district health system : experience from Rwanda*, Bulletin of the World Health Organization, 84 : 11.
- Yeo R. , Moore K., 1999, *Including Disabled People in Poverty Reduction Work : "Nothing About Us, Without Us"*, World Development, 31 : 571 – 590.

<p style="text-align: center;"><b>Annexe 1 :</b> <b>Analyse des coûts globaux des FES</b> <b>(Dépenses de RF, Rémunération et Autres Frais)</b></p>
---

### **Les sources des données**

Les données concernant les coûts ont toutes été obtenues auprès des services de comptabilité des programmes HI de chaque pays, de manière à avoir des sources similaires d'un pays à l'autre et à savoir avec précision ce qui a été effectivement dépensé. Ainsi, les montants globaux dépensés dans le cadre des FES qui sont présentés ici correspondent-ils toujours à ceux indiqués par les services de comptabilité, et donc aux montants réellement dépensés par HI. Néanmoins, les données affichées ici pour le Mali et le Rwanda ne correspondent pas année par année aux données de la comptabilité officielle car ces montants ont été réajustés à partir des données des équipes projets afin de refléter au mieux la prise en charge effective des patients.

### **Les ajustements effectués en fonction des sources des données**

Pour le Rwanda, le montant total dépensé sur les 3 années du FES était quasiment le même, d'après l'équipe-projet et d'après le service de comptabilité de HI-Rwanda (114876 euros contre 115 591 soit une différence de moins de 0,6%). Toutefois, d'après la comptabilité officielle, aucune dépense n'avait été effectuée en 2006 sur le FES. En revanche, d'après les données de l'équipe projet, 32 patients avaient été pris en charge cette année-là. Cette apparente contradiction s'explique par le fait que des patients ont reçu des appareils dès 2006 alors que HI-Rwanda n'a effectué les décaissements pour ces appareils qu'en 2007. Au final, ce sont les données de l'équipe-projet qui ont été exploitées ici, ce qui implique un montant supérieur à celui de la comptabilité officielle pour 2006 et un montant inférieur pour 2007. Des ajustements similaires ont été faits pour le FES-Mali et pour le FES-Togo.

### **La prise en compte des participations**

Tous les coûts indiqués dans cette analyse de coûts sont ceux effectivement supportés par HI, qu'il s'agisse des coûts de RF ou des frais de gestion. Toutefois, il convient de mettre en lumière une spécificité du FES-Togo à propos des coûts de RF. Dans les trois pays, ces coûts sont déterminés par les prestataires de service. Dans le cadre de ce FES, HI couvre l'ensemble des frais de réadaptation mais en parallèle, les contributions sont épargnées pour alimenter le FES à l'avenir. En revanche, au Rwanda et au Mali, HI ne paie pas pour l'ensemble des frais de RF puisque les contributions sont directement perçues par les prestataires de santé et non épargnées par les FES. En d'autres termes, les contributions servent à payer une part des tarifs exigés par ces prestataires.

Dans les tableaux qui suivent, les contributions n'ont pas été ajoutées aux totaux pour le Togo car, comme cela a déjà été indiqué, l'objectif de cette analyse est de déterminer combien a coûté à HI de permettre aux bénéficiaires d'avoir accès aux FES. C'est d'autant plus justifié que même en incluant le montant des contributions, les coûts indiqués dans ces tableaux ne correspondent pas aux coûts réels des soins de RF car les tarifs des soins ne couvrent pas l'ensemble des coûts requis pour qu'ils soient dispensés.

Analyse des coûts du FES-Rwanda (en euros)						
	Frais de mise en place	Frais de fonctionnement			2006 – 2008	Total 2006 – 2008
		2006	2007	2008		
1. RF	-	2243	27542	85091	114876	114876
2. Rémunération	3962	2615	5163	11395	19173	23135
3. Autres frais	4720	8574	11981	22696	43251	47971
<b>Total</b>	-	13432	44686	119182	177300	185982
<b>Frais de gestion (total 2+3)</b>	8682	11189	17144	34091	62424	71106
<b>Efficacité (ratio 2+3/1)</b>	-	5,0	0,6	0,4	0,54	0,62

Coûts par bénéficiaire						
		2006	2007	2008	2006 – 2008	
						(Total)
Nombre de bénéficiaires		32	279	508	819	(Total)
Coût RF		2243	27542	85091	114876	(Total)
Coût RF moyen par bénéficiaire		70	99	168	140	(Moyenne pondérée)
Coût global annuel		16326	47580	122076	185982	(Total)
Coût global moyen par bénéficiaire**		510	171	240	227	(Moyenne)
Part de la RF dans les dépenses totales		14%	58%	70%	39%	(Moyenne pondérée)

\* Ce coût global inclut à la fois les frais de fonctionnement et les frais d'investissement. Ces derniers ont été inclus au tiers de leur valeur totale pour chaque année.

\*\* Avec frais de mise en place répartis par tiers sur les 3 années.

Analyse des coûts du FES-Mali (en euros)						
	Frais de mise en place	Frais de fonctionnement			2007 – 2009	Total 2007 - 2009
		2007	2008	2009*		
1. RF	-	24046	49380	29819**	103245	103245
2. Rémunération	3960	19361	35585	35585***	90531	94491
3. Autres frais	14135	5753	5753	5753***	17259	31394
<b>Total</b>	-	49160	90718	71157	211035	229130
<b>Frais de gestion du FES (total 2+3)</b>	18095	25114	41338	41338	107790	125885
<b>Efficacité (ratio 2+3/1)</b>	-	1,0	0,8	1,4	1,04	1,22

Coûts par bénéficiaire						
		2007	2008	2009	2007 - 2009	
						(Total)
Nombre de bénéficiaires		124	297	170****	591	(Total)
Coût RF		24046	49380	29819**	103245	(Total)
Coût RF moyen par bénéficiaire		194	166	175*****	175	(Moyenne pondérée)
Coût global annuel		55192	96750	77189	229130	(Total)
Coût global moyen par bénéficiaire*****		445	326	465	412	(Moyenne)
Part de la RF dans les dépenses totales		44%	51%	39%	45%	(Moyenne pondérée)

\* Les chiffres indiqués pour 2009 sont des projections à partir de ceux des années précédentes.

\*\* Ce chiffre est le seul pour l'année 2009 qui ne soit pas basé sur une projection. Il s'agit de l'enveloppe réelle allouée au FES pour 2009.

\*\*\* Même si l'enveloppe allouée au FES est inférieure en 2009 qu'en 2008, il n'y a priori pas de raison pour que les rémunérations et les autres frais soient moindres en 2009 qu'en 2008, étant donné que le dispositif du FES demeurera inchangé.

\*\*\*\* Nombre de bénéficiaires en 2009 estimé en divisant l'enveloppe 2009 par le coût moyen d'un patient sur la période 2007-2008.

\*\*\*\*\* Le coût moyen en 2009 est estimé comme la moyenne pondérée des coûts moyens de 2007 et 2008.

\*\*\*\*\* Avec frais de mise en place répartis par tiers sur les 3 années.

Analyse des coûts du FES-Togo (en euros)						
	Frais de mise en place	Frais de fonctionnement			2007 – 2009	Total 2007 - 2009
		2007	2008	2009*		
1. RF	-	7654	25916	25916**	59486	59486
2. Rémunération	5277	4147	9112	9112***	22371	27648
3. Autres frais	12806	8193	6026	6026***	20245	33051
<b>Total</b>	-	19994	41054	41775	102102	120185
<b>Frais de gestion du FES (total 2+3)</b>	18083	12340	15138	15138	42616	60699
<b>Efficacité (ratio 2+3/1)</b>	-	1,6	0,6	0,6	0,72	1,02

Coûts par bénéficiaire						
		2007	2008	2009	2007 - 2009	
						(Total)
Nombre de bénéficiaires		33	141	134****	308	(Total)
Coût RF		7654	21953	25916**	59486	(Total)
Coût RF moyen par bénéficiaire		232	184	193*****	193	(Moyenne pondérée)
Coût global annuel		26022	47082	47082	120185	(Total)
Coût global moyen par bénéficiaire*****		789	334	351	390	(Moyenne)
Part de la RF dans les dépenses totales	-	29%	55%	55%	49%	(Moyenne pondérée)

\* Les chiffres indiqués pour 2009 sont des projections à partir de ceux des années précédentes.

\*\* Ce chiffre est le seul pour l'année 2009 qui ne soit pas basé sur une projection. Il s'agit de l'enveloppe réelle allouée au FES pour 2009.

\*\*\* Même si l'enveloppe allouée au FES pour 2009 est supérieure en 2009 qu'en 2008, il n'y a priori pas de raison pour que les rémunérations et les autres frais soient supérieurs en 2009 qu'en 2008, étant donné que le dispositif du FES demeurera inchangé.

\*\*\*\* Nombre de bénéficiaires en 2009 estimé en divisant l'enveloppe 2009 par le coût moyen d'un patient sur la période 2007-2008.

\*\*\*\*\* Le coût moyen en 2009 est estimé comme la moyenne pondérée des coûts moyens de 2007 et 2008.

\*\*\*\*\* Avec frais de mise en place répartis par tiers sur les 3 années.

## Annexe 2 : Méthodologie d'analyse des rémunérations des salariés HI impliqués dans les FES

- Les informations présentées dans cette annexe ont été fournies par les chefs de projet et/ou les administrateurs programmes. Les pourcentages de temps de travail consacrés aux FES ont été validés par les membres des équipes. Ces taux sont nécessairement approximatifs mais recourir à de tels taux était la seule méthode possible pour tenir compte des rémunérations dans l'analyse du coût des FES.
- Les rémunérations pour la mise en place d'un FES sont définies comme les rémunérations des membres de l'équipe projet, à hauteur de leur implication dans le FES, avant que celui-ci ne commence à fonctionner.
- Le début du fonctionnement d'un FES est marqué par le dépôt des premières demandes d'accès au FES (octobre 2006 au Rwanda, janvier 2007 au Mali et juillet 2007 au Togo). Au Rwanda et au Togo, les rémunérations durant la période de mise en place des FES sont intervenues durant la première année d'existence des projets (respectivement 2006 et 2007). En revanche, au Mali, ces rémunérations sont intervenues durant les 2 années qui précédaient le début du projet car le FES existait déjà dans le cadre d'un précédent projet. Par ailleurs, au Togo, les rémunérations de certains membres de l'équipe projet ont été comptabilisées comme rémunération de mise en place, même après les premiers décaissements, car ces personnes ont apporté des conseils pour la mise en œuvre du FES tout au long de sa 1ère année de fonctionnement, sans toutefois intervenir dans sa gestion.
- Les baisses de salaires observées pour l'équipe HI-Rwanda sont dues à la dépréciation du franc rwandais vis-à-vis de l'euro, entre 2006 et 2008, les employés locaux de HI étant payés en francs rwandais.
- Pour les expatriés, leur coût global est compté, y compris logement et indemnités. En revanche, les billets d'avion et indemnités supplémentaires liées à la famille ne sont pas inclus.

### Rémunérations du personnel pour la mise en place du FES-Rwanda (2006)

	Unité	Coût unitaire En euros	Nombre d'unité	Coût annuel pour le Projet	% du temps de travail consacré au FES	Coût annuel pour le FES
Chef de projet	Salaire/Mois	5000	2	10000	10%	1000
Chef de projet adjoint	Salaire/Mois	829	9	7461	25%	1865
Conseiller en Gestion	Salaire/Mois	731	6	4389	25%	1097
Conseiller en Animation	Salaire/Mois	-	-	0	-	0
<b>Total rémunération mise en place 2006</b>						<b>3962</b>
<b>Total rémunération 2006</b>						<b>6577</b>
<b>Total rémunération fonctionnement 2006</b>						<b>2615</b>

### Rémunérations du personnel pour la mise en place du FES-Mali (2004-2005)

	Unité	Coût unitaire En euros	Nombre d'unité	Coût annuel pour le Projet	% du temps de travail consacré au FES	Coût annuel pour le FES
Responsable du volet FES (précédent projet)	Salaire/Mois	550	18	9900	40%	3960
<b>Total rémunération mise en place 2004-2005</b>						<b>3960</b>
<b>Total rémunération 2006</b>						<b>19361</b>
<b>Total rémunération fonctionnement 2006</b>						<b>19361</b>

### Rémunérations du personnel pour la mise en place du FES-Togo (2007)

	Unité	Coût unitaire En euros	Nombre d'unité	Coût annuel pour le Projet	% du temps de travail consacré au FES	Coût annuel pour le FES
Chef de projet	Salaire/Mois	839	6	5034	15%	755
Responsable FES	Salaire/Mois	604	2	1208	70%	846
Chauffeur	Salaire/Mois	203	2	406	70%	284
Responsable Sensibilisation	Salaire/Mois	1 000	12	12000	5%	600
Conseiller technique (expatrié)	Salaire/Mois	5 215	10	52150	5%	2608
Assistant Chef de projet	Salaire/Mois	389	9,5	3696	5%	185
<b>Total rémunération mise en place 2007</b>						<b>5277</b>
<b>Total rémunération 2007</b>						<b>9424</b>

Rémunérations du personnel du FES-Rwanda						
Unité	Coût unitaire En euros	Nombre d'unité	Coût annuel pour le Projet	% du temps de travail consacré au FES	Coût annuel pour le FES	
<b>2008</b>						
Chef de projet (Expatrié)	Salaire/Mois	5000	12	60000	10%	6000
Chef de projet adjoint	Salaire/Mois	750	9	6750	25%	1688
Conseiller en Gestion	Salaire/Mois	640	12	7680	25%	1920
Conseiller en Animation	Salaire/Mois	650	11	7150	25%	1788
<b>Total 2008</b>						<b>11395</b>
<b>2007</b>						
Chef de projet (Expatrié)	Salaire/Mois	5000	1,5	7500	10%	750
Chef de projet adjoint	Salaire/Mois	794	12	9524	25%	2381
Conseiller en Gestion	Salaire/Mois	677	12	8127	25%	2032
Conseiller en Animation	Salaire/Mois	-	-	-	-	0
<b>Total 2007</b>						<b>5163</b>
<b>2006</b>						
Chef de projet (Expatrié)	Salaire/Mois	5000	5	25000	10%	2500
Chef de projet adjoint	Salaire/Mois	829	12	9945	25%	2486
Conseiller en Gestion	Salaire/Mois	707	9	6365	25%	1591
Conseiller en Animation	Salaire/Mois	-	-	-	-	0
<b>Total 2006</b>						<b>6577</b>

Rémunérations du personnel du FES-Mali						
Unité	Coût unitaire En euros	Nombre d'unité	Coût annuel pour le Projet	% du temps de travail consacré au FES	Coût annuel pour le FES	
<b>2008</b>						
Chef de Projet	Salaire/Mois	1203	8	9 622	5%	481
Chef de Projet-Adjoint	Salaire/Mois	935	11	10 288	5%	514
Responsable du volet FES	Salaire/Mois	657	12	7 889	100%	7 889
Responsable du volet Orthoprothésiste	Salaire/Mois	1003	11	11 030	20%	2 206
CSS Bamako	Salaire/Mois	377	12	4 525	95%	4 299
CSS Bamako 2	Salaire/Mois	348	11	3 828	95%	3 636
CSS Tombouctou	Salaire/Mois	396	12	4 750	95%	4 512
CSS Segou	Salaire/Mois	396	12	4 754	95%	4 516
CSS Sikasso	Salaire/Mois	397	12	4 769	95%	4 531
Coordinateur (Expatrié)	Salaire/Mois	5000	12	60 000	5%	3 000
<b>Total 2008</b>						<b>35585</b>
<b>2007</b>						
Chef de Projet-Adjoint	Salaire/Mois	1084	11	11 919	5%	596
Responsable du volet Kinésithérapie	Salaire/Mois	568	12	6 819	5%	341
Responsable du volet FES	Salaire/Mois	592	12	7 110	95%	6 754
CSS Bamako	Salaire/Mois	296	12	3 554	95%	3 376
CSS Bamako 2	Salaire/Mois	286	3	857	95%	814
CSS Tombouctou	Salaire/Mois	313	5	1 567	95%	1 489
CSS Segou	Salaire/Mois	272	5	1 360	95%	1 292
CSS Sikasso	Salaire/Mois	358	5	1 788	95%	1 698
Coordinateur (Expatrié)	Salaire/Mois	5000	12	60 000	5%	3 000
<b>Total 2007</b>						<b>19 361</b>

Rémunérations du personnel du FES-Togo						
Unité	Coût unitaire En euros	Nombre d'unité	Coût annuel pour le Projet	% du temps de travail consacré au FES	Coût annuel pour le FES	
<b>2008</b>						
Chef de projet	Salaire/Mois	890	12	10675	15%	1601
Responsable FES	Salaire/Mois	684	12	8208	70%	5746
Chauffeur	Salaire/Mois	210	12	2522	70%	1765
Responsable Sensibilisation	Salaire/Mois	1027	12	12328	0%	0
Conseiller technique (expatrié)	Salaire/Mois	5000	12	60000	0%	0
Assistant Chef de projet	Salaire/Mois	507	12	6086	0%	0
<b>Total 2008</b>						<b>9112</b>
<b>2007</b>						
Chef de projet	Salaire/Mois	839	12	10063	15%	1509
Responsable FES	Salaire/Mois	604	8	4834	70%	3384
Chauffeur	Salaire/Mois	203	8	1626	70%	1138
Responsable Sensibilisation	Salaire/Mois	1000	12	12000	5%	600

**Annexe 3 :  
Analyse des frais nécessaires à la mise en place et au fonctionnement des FES**

**Autres frais du FES-Rwanda (en euros)**

<b>Autres Frais de mise en place</b>					<b>Total</b>
Etude de Faisabilité (Août 2006)					4720
Total					4720

<b>Autres Frais de fonctionnement</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Total</b>
Rémunération de l'assistante sociale de l'AGHR*	166	952	900	2018
Atelier de formation aux techniques de plaidoyer pour la FENAPH	0	2351	0	2351
Dotation annuelle à la FENAPH	7010	6007	5183	18200
Promotion du FES lors de la journée mondiale des PH**	369	369	674	1412
Recrutement ponctuel de TO***	0	0	13740	13740
Frais de mission Equipe projet****	829	2101	2000	4930
Photocopies, fournitures et télécommunications*****	200	200	200	600
Total	8574	11981	22696	43251

\*La baisse de la rémunération/mois l'assistante sociale de l'AGHR s'explique par l'évolution du taux de change. Le montant est beaucoup plus faible en 2006 car elle n'a travaillé que 2 mois, cette année-là. Le montant indiqué ne correspond qu'à 20% de la rémunération de l'assistante sociale car elle ne consacrait que 20% de son temps au FES.

\*\* Les coûts par année n'étant pas connus, un coût moyen stable au cours des 3 années du projet a été établi.

\*\*\*Inclut la rémunération, les coûts de transport, l'hébergement et les perdiem.

\*\*\*\*Coûts de 2006 et 2008 estimés sur la base de ceux de 2007, et non vérifiés dans la comptabilité. Les frais de mission ont été pris en charge à hauteur de 10% du total des frais de mission du projet. Ce pourcentage se base sur la part de son temps de travail que le chef de projet consacrait au FES.

\*\*\*\*\* Coûts non collectés pour le FES Rwanda et donc estimés à partir de ceux constatés pour les autres FES.

**Autres Frais du FES-Mali (en euros)**

<b>Autres Frais de mise en place</b>					<b>Total</b>
Achat de 5 véhicule (1 par CSS)					14135
Total					14135

<b>Autres Frais de fonctionnement</b>		<b>2007</b>	<b>2008*</b>	<b>Total</b>
Entretien des véhicules des CSS	-	4088	4088	8176
Frais formation (restauration et location salle)	-	306	306	612
Frais de mission Equipe projet**	-	1171	1171	2342
Photocopies, fournitures et télécommunications**	-	188	188	376
Total***	-	5753	5753	11506

\*Coûts de 2008 estimés sur la base de ceux de 2007, et non vérifiés dans la comptabilité.

\*\*Montants établis à partir des chiffres globaux du projet Réadaptation, en appliquant une clé de répartition de 10%, indiqué par la coordinatrice Réadaptation pour le Mali.

\*\*\*Pas de frais de couverture médiatique car la radio de la FEMAPH fait la promotion du FES gratuitement.

**Autres frais du FES-Togo (en euros)**

<b>Autres Frais de mise en place</b>					<b>Total</b>
Achat véhicule*					12806
Total					12806

<b>Autres Frais de fonctionnement</b>		<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Total</b>
Atelier national de mise en place du SYSTER (08/07)	-	1335	0	1335
Atelier régional de formation des facilitateurs et membres du Comité (11/07)	-	641	0	641
Véhicule (essence, assurance, réparations...)*	-	4270	3686	7956
Couverture médiatique	-	76	73	149
Indemnités membres comité SYSTER et facilitateurs, rémunération enquêteurs	-	289	889	1178
Frais de mission Equipe projet pour SYSTER Lomé-Dapaong*	-	919	625	1544
Photocopies, fournitures et consommables docs SYSTER*	-	215	114	329
Loyer du local 70%*	-	448	448	896
Carburant centres SYSTER	-	0	191	191
Total	-	8193	6026	14219

\*Comptabilisés à hauteur de 70% car le FES correspond à 70% de l'activité de l'antenne HI à Dapaong.