





© World Health Organization, 2010

All rights reserved.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters. All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. The findings, interpretations and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author and should not be attributed in any manner whatsoever to the World Health Organization.



# **Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé**

*World Health Report (2010) Background Paper, No 18*

**Valéry Ridde<sup>1</sup>, Emilie Robert<sup>1</sup> et Bruno Meessen<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Canada

<sup>2</sup> l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique

## RESUME

De plus en plus de pays à faible et moyen revenu décident de supprimer le paiement direct des soins de la part des patients. Si cette exemption profite théoriquement d'abord à la demande en levant une partie de la barrière financière à l'accès aux soins, elle s'organise au sein de systèmes de santé relativement fragiles où les dysfonctionnements sont encore nombreux. Ainsi, certains s'inquiètent des conséquences que pourrait produire l'abolition du paiement dans de tels contextes sur l'offre et les systèmes de santé.

Nous avons entrepris une *scoping study* afin de rendre compte de l'état actuel des connaissances, publiées dans des revues scientifiques uniquement, sur le sujet. Trente-deux articles ont ainsi été retenus, et les données ont été organisées au regard des six fonctions (*building block*) inhérentes aux systèmes de santé.

Les données montrent que l'utilisation des services s'est globalement accrue, notamment parmi les plus pauvres. Les dépenses des ménages en sont réduites, sans qu'il soit encore possible d'avancer facilement que les plus pauvres en aient bénéficié davantage. Les dépenses autres que le paiement des soins subsistent, ainsi que les paiements informels. Les rares études sur la qualité des soins montrent qu'elle s'est maintenue. Certains pays ont amélioré les salaires du personnel de santé ou octroyé des primes, mais d'autres n'ont pas été en mesure de renforcer les ressources humaines pour faire face à l'accroissement de la demande, provoquant ainsi parfois des effets néfastes. Une seule étude évoque le peu d'information sanitaire disponible dans ce contexte. Une pénurie de médicaments a été constatée dans certains pays, mettant à mal l'organisation de l'abolition. Des fonds supplémentaires ont été alloués au démarrage de la politique dans les pays, mais un seul semble avoir pérennisé cette allocation. Peu d'informations sont disponibles sur les modalités de remboursement des formations sanitaires. L'absence de fonds provoque le retour au paiement des soins ou l'utilisation du secteur privé. L'orientation politique a souvent été claire en faveur de l'abolition, mais l'information n'a pas toujours bien été véhiculée auprès du personnel de santé et de la population.

Les politiques d'exemption des paiements directs ont permis de couvrir des besoins jusqu'alors négligés. Mais elles ont aussi perturbé les fonctions des systèmes de santé des pays concernés. Les décideurs doivent donc tenir compte des interactions entre ces fonctions dans l'élaboration des politiques d'exemption à venir.

## **SUMMARY**

Several countries have decided to abolish user fees in the health sector. Through the removal of the financial barrier to health care, this measure should benefit the demand side. However suppression of user fees takes place in health systems that are quite weak and dysfunctional. In this context, some worry about the consequences of these policies on the health system and the supply side.

We undertook a scoping study, in order to get an overview of the scientific evidence on this issue. Thirty-two articles were selected and synthesized according to the six building blocks of health systems.

Evidence show that utilization of health services generally increased, especially among the poorest. Even though household expenditures are reduced, it is not possible to conclude that the poorest were specifically favoured. Other expenses than user fees are still on, as well as informal payments. The few studies about the quality of care show that it remains stable. Some countries have increased the salaries of their staff or implemented incentives. Others could not strengthen their human resources to meet the increasing demand for services, which led to negatives outcomes. Only one study mentions that health information is not available. Drugs were missing in some countries, harming the implementation of the policy. Additional funds could sometimes be allocated in the first place, but only one country seemed to ensure sustainable funding. We do not know much about the process for paying back health facilities. Insufficient funding motivates the return of user fees or the use of private providers. Policy guidance was clear about the suppression of user fees; however, information did not always reach the staff or the population.

Abolition policies are a positive step towards meeting needs that were neglected so far. At the same time, they disrupted the building blocks of the health systems in these countries. Therefore policy-makers should pay attention to the interactions between those building blocks while drawing up future user fees abolition policies.

## INTRODUCTION

« *If you want to reduce poverty, it makes sense to abolish user fees* ». Prononcés par Margaret Chan en 2007, ces mots reflètent les préoccupations croissantes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour les questions de justice sociale et d'équité (1). Si la maladie provoque un premier choc important dans les familles, le paiement direct qu'elle engendre n'en est pas un moins un second choc sur le plan économique, faisant parfois tomber les ménages dans la pauvreté (2), selon le fameux « *medical poverty trap* » (3). Au Burkina Faso par exemple, 80% des ménages pauvres doivent s'endetter ou vendre des biens pour faire face à leurs dépenses de santé (4). Dans certains pays, la part du paiement direct, notamment auprès de prestataires privés lucratifs, est souvent responsable de ces dépenses catastrophiques (5). Ainsi, les systèmes de santé qui ont essentiellement recours au paiement direct pour financer leur fonctionnement deviennent en partie responsables de l'appauvrissement des populations, conduisant certains à qualifier cette situation de « *iatrogenic poverty* » (6). De plus, tel que l'OMS l'a précisé dans son rapport annuel de 2000, nous savons depuis longtemps qu'en Afrique, le paiement direct a réduit l'utilisation des services de santé, notamment pour les plus pauvres (7, 8). Voilà pourquoi dans son rapport annuel de 2008, l'OMS affirme qu'il faut résister à la tentation de dépendre du paiement direct. L'organisation préconise plutôt le prépaiement des soins comme modalité équitable de financement de la santé (5). Mais la mise en place d'un tel système est longue et complexe dans des pays aux économies majoritairement informelles.

Depuis quelques années, l'une des solutions envisagées pour améliorer l'accès aux soins, compris par certains comme une transition vers un accès universel (9), est de lever une partie de la barrière financière de l'accès aux soins en supprimant le paiement direct. Cette suppression du paiement s'opère au point de service, de manière à ce que ce ne soit pas uniquement les usagers (malades) qui participent au financement. De surcroît, cette suppression ne signifie théoriquement pas que la population ou l'État ne finance plus le système de santé, le maintien du financement du système restant un des enjeux majeurs d'une telle politique, verrons-nous plus loin. L'Afrique du Sud dès 1994, puis l'Ouganda en 2001, ont donc pris le parti d'abolir les paiements directs pour certaines populations. Ils ont ouvert la voie, comme le montre le tableau 1.

**Tableau 1 - Dates et modalités d'exemption de quelques pays ayant aboli les paiements directs des soins**

<b>Pays</b>	<b>Date</b>	<b>Modalités d'exemption</b>
<b>Afrique du Sud</b>	1994	1 <sup>ère</sup> période : services pour les femmes enceintes et allaitantes et pour les enfants de moins de six ans.
	1996	2 <sup>e</sup> période : ensemble des soins primaires, y compris les soins dentaires de base.
<b>Burkina Faso</b>	2006	Accouchements et césariennes subventionnés à hauteur de 80 ou 60% en fonction des formations sanitaires + prise en charge du transport entre formations sanitaires en cas de référencement.
	2007	
<b>Burundi</b>	2006	Services curatifs pour les enfants de moins de 5 ans et de l'ensemble des services liés à l'accouchement.
<b>Ghana</b>	2003-08	Ensemble des services liés à l'accouchement dans les structures publiques et privées, mais uniquement sur référencement dans les hôpitaux régionaux.
<b>Kenya</b>	1990	Services pour les enfants de moins de 5 ans.
	1990-92	Temporairement, ensemble des services pour toute la population, à l'exception des services diagnostics (laboratoire).
	2004	Services dans les dispensaires et les centres de santé, à l'exception des frais d'enregistrement.
	2007	Services liés à l'accouchement.
<b>Liberia</b>	2007	Services du paquet de soins de santé de base pour toute la population.
<b>Madagascar</b>	2002-03	Temporairement l'ensemble des services de santé publics.
<b>Mali</b>	2005	Césariennes dans les services publics.
<b>Népal</b>	2008	Services de santé essentiels pour l'ensemble de la population aux postes de santé.
<b>Niger</b>	2007	Services pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.
<b>Ouganda</b>	2001	Ensemble des services de santé du public, à l'exception des hôpitaux qui conservent la possibilité de faire payer les patients.
<b>Sénégal</b>	2005	Accouchements et césariennes.
	2006	Services pour les personnes âgées de 60 ans et plus.
<b>Sierra Leone</b>	2010	Femmes enceintes et enfants (annoncée pour avril 2010).
<b>République Unie de Tanzanie</b>	200-?	Services maternels et infantiles dans les formations sanitaires publiques.
<b>Zambie</b>	2006	Services de 1 <sup>ère</sup> ligne dans les zones rurales.

Depuis longtemps, l'OMS est très largement en défaveur du paiement direct. Selon l'organisation, il s'agit de « résister à la tentation de faire payer l'utilisateur » car il s'agit du « mode de financement le plus inéquitable qui soit » (5). Ainsi, sa directrice générale a cosigné en 2009 un rapport réclamant cette suppression du paiement des soins au point de service pour les enfants et les femmes enceintes, lorsque les pays le décident (10). Au-delà de ces effets immédiats théoriques sur la demande, car nous savons que la baisse du prix va provoquer une hausse de la quantité de services demandée, la mise en place de telles politiques n'est pas sans soulever certaines inquiétudes pragmatiques pour l'offre. En effet, elles s'organisent au cœur de systèmes de santé relativement fragiles, peu utilisés par les

populations et dont les faiblesses organisationnelles et les dysfonctionnements sont connus (11, 12). On peut donc légitimement se demander si l'abolition du paiement ne va pas exacerber des défaillances et des goulots d'étranglements déjà présents. L'objectif de cet article est de réaliser une synthèse des connaissances des pressions provoquées par la suppression du paiement des soins sur les systèmes de santé.

## MÉTHODE<sup>3</sup>

### *Champs d'étude.*

Nous avons recensé systématiquement les articles rapportant une étude empirique de l'exemption des paiements directs des soins dans les pays en développement définie comme « *toute réduction officielle des paiements directs pour les soins, visant un groupe, une région ou un service*<sup>4</sup> » (13). Seules les politiques d'envergure nationale ont été retenues. Il s'agit bien ici d'évoquer la suppression du paiement au point de service, ce qui implique l'organisation d'autres modalités de financement.

### *Critères d'inclusion.*

Un article est retenu s'il : 1) porte sur une étude empirique d'abolition des frais aux usagers des services de santé, 2) concerne les pays à faible ou moyen revenu, 3) est publié dans une revue ou monographie avec un comité de lecture, 4) entre 1988 et 2009 inclus, 5) en langue française ou anglaise.

### *Stratégie documentaire.*

Nous avons consulté les bases de données Ovid Medline, Web of Knowledge, CINAHL, AJOL (African Journals On Line), et BioMed Central, pour lesquelles les mots-clés suivants, ainsi que leur troncature, ont été utilisés et combinés : [« user fee » ou « user charge » ou « cost sharing » ou « cost recovery »] et [« aboli\* » ou « exempt\* » ou « waive\* » ou « remov\* » ou « end\* » ou « discontinu\* »] ; [« free healthcare » ou « free care » ou « free health care »] ; [« universal access to healthcare » ou « universal access to health care »]. Les expressions suivantes ont également été utilisées : « health services accessibility; health facilities » ; « health status disparities » ; « health financing, fees et charges, financing support, financing personal » ; « health policy, national health programs » ; « health care costs, insurance health, health expenditure ». Nous avons ensuite scruté les

---

<sup>3</sup> Les données reprennent en partie une analyse, en cours de publication (*Health Policy and Planning*), réalisée à partir de 20 articles publiés jusqu'en juillet 2008 sur le thème de l'abolition du paiement. Le présent article permet d'allonger la période d'étude jusqu'à fin 2009 (32 articles) et d'en étudier le contenu au moyen d'un nouveau cadre d'analyse. Ce texte est donc une analyse originale qui n'a pas encore fait l'objet de publication. Nous tenons à remercier Florence Morestin et Loubna Belaid pour leur participation à l'analyse des textes précédents.

<sup>4</sup> « *an official reduction in direct payments for health care, which is targeted by group, area or service* »



sites internet de l’OMS, de la Banque Mondiale et de Eldis. Nous avons consulté les sites internet des revues Health Policy et Planning, Bulletin of the WHO, et Social Science and Medicine.

#### *Méthode de collecte des données.*

Cette recension prend la forme d’une « *scoping study* » (14), dont le but est de « *cartographier rapidement [...] les types de preuves disponibles*<sup>5</sup> » (15). En ce qui concerne l’évaluation de la qualité des études, nous adoptons une démarche intermédiaire, recommandé pour les revues associant études quantitatives et qualitatives (16). Aussi, nous ne distinguons pas les études selon la robustesse de leur devis et nous n’accordons pas de poids relatifs à leurs données (14). Le critère minimal de qualité ici utilisé est la publication dans une revue révisée par les pairs.

#### *Méthode d’analyse des données.*

Le contenu des articles sélectionnés a été extrait et synthétisé selon une méthode descriptive analytique, au regard des six grandes fonctions essentielles – ou « *building blocks* » – des systèmes de santé (17). Ces fonctions sont : 1) la prestation des services de santé ; 2) les personnels de santé ; 3) l’information sanitaire ; 4) les médicaments et vaccins ; 5) le financement du système de santé ; et 6) la gouvernance et le leadership.

## **RÉSULTATS**

La stratégie de recherche a permis d’identifier 32 études répondant aux critères d’inclusion dans sept pays (Annexe 1). L’annexe 2 fournit les détails de l’analyse.

#### ***Prestation des services de santé.***

*Utilisation des services.* De manière globale, l’utilisation des services de santé devenus gratuits a augmenté après la mise en place des politiques d’exemption : de +17% à Madagascar (18), et jusqu’à +80% en Ouganda pour les consultations en 1<sup>ère</sup> ligne (19), pour ne citer que les extrêmes. On note toutefois des tendances mitigées : en Afrique du Sud où l’extension de l’exemption à l’ensemble de la population en 1996 n’a eu que peu d’effets sur le nombre de consultations qui avaient pourtant augmenté après la 1<sup>ère</sup> mesure d’exemption pour les enfants et les femmes enceintes (20). Au Kenya, l’augmentation du nombre de consultations n’a pas rattrapé le niveau d’utilisation précédent la mise en place des paiements directs (21). Concernant les services maternels, on remarque que les femmes enceintes s’enregistrent plus tôt pour l’accouchement en Afrique du Sud (22), et que le nombre d’accouchements institutionnels augmentent au Ghana (23, 24) et au Sénégal (25). En

---

<sup>5</sup> « *to map rapidly the key concepts underpinning a research area and the main sources and types of evidence available* »

revanche, les résultats des études réalisées en Ouganda sont discordants. Un article mentionne une augmentation de 28% du nombre d'accouchement en milieu de soins (26), alors qu'un autre indique une baisse du nombre total d'accouchements en établissement de 23 à 20% (19).

On remarque que cette augmentation a été le fait des individus les plus pauvres dans une proportion plus élevée, comme le constatent les soignants en Ouganda (27), au Ghana (28), à Madagascar (18) et en Afrique du Sud (29). Ces perceptions sont étayées par des données chiffrées en Ouganda (26, 30, 31) et au Ghana (23). D'autres catégories de populations ont également bénéficié des politiques d'exemption, comme les populations rurales (30) et les femmes les moins éduquées (23). Si cette tendance globale semble avoir surtout concerné les structures publiques, elle a également touché les structures privées, notamment en Ouganda (2, 19, 31). Certains auteurs suggèrent que les services gratuits éprouvent des difficultés à répondre à cette demande accrue, et que les patients les plus fortunés se retournent donc vers les services payants (2, 26, 30). Des résultats discordants viennent encore à tempérer ces tendances. En effet, en Ouganda, le même auteur rapporte, d'une part, que les formations sanitaires sont le lieu de consultation le plus fréquemment cité par les répondants (32), et, d'autre part, que 63% des répondants ont consulté des prestataires privés (33), et ce au même endroit.

*Dépenses de santé.* L'exemption a habituellement eu une incidence positive sur les dépenses de santé des ménages. Au Ghana, l'incidence des dépenses catastrophiques sur le budget des ménages a par exemple baissé (34). En Ouganda, cette incidence s'est maintenue chez les plus pauvres (2), mais la probabilité de renoncer aux soins due aux coûts a baissé (26). D'autre part, si les coûts des prestations ont le plus souvent diminué, au Kenya (24) et au Ghana (34), cela n'a pas toujours été le cas, notamment les formations sanitaires ont continué de faire payer les services supposément exemptés, comme c'est le cas au Sénégal ou en République Unie de Tanzanie (25, 35). En outre, la répartition des bénéfices entre catégories socio-économiques ne s'est pas toujours faite au profit des plus pauvres (2, 34). L'aspect financier reste une barrière d'accès aux soins importante, comme l'indiquent les répondants en Afrique du Sud (36). En effet, les coûts des services restent élevés : les dépenses de santé pour les accouchements avec complications représentent au Kenya 35% du revenu mensuel et 17% pour les accouchements simples (24). D'autres frais s'ajoutent également : le transport, qui compte en Afrique du Sud pour 42% en moyenne des dépenses de santé (36) et qui est un facteur clé dans la capacité des ménages à s'assurer une protection contre la maladie (37), et les frais informels et dessous-de-table rapportés par 73.3% des femmes ayant accouché dans une formation sanitaire en République Unie de Tanzanie (35).

*Qualité des soins.* La question des médicaments sera traitée plus loin. Les auteurs ne rapportent pas d'amélioration de la qualité des soins, sauf pour le Ghana lorsque les fonds étaient

disponibles (38, 39). Elle reste toutefois insuffisante selon un autre article sur le Ghana (40). Au mieux, la qualité ne s'est pas dégradée, comme le précisent deux articles sur l'Ouganda (31, 41) qui évoquent l'attitude et la disponibilité des soignants ainsi que la propreté et la maintenance des structures.

### ***Personnels de santé.***

*Stratégies salariales et organisationnelles.* En Ouganda, la politique d'exemption aurait donné une nouvelle impulsion aux réformes en cours de la fonction publique, accélérant le recrutement du personnel, et l'amélioration du système de paiements des salaires (19, 41). Les données administratives de 2001/02 montrent ainsi une hausse des salaires jusqu'à 66% pour les médecins (19). Cette hausse, confirmée par le personnel lui-même (41), s'est semble-t-il accompagnée de la suppression des suppléments de salaires, notamment pour le personnel auxiliaire (27, 41). Les auteurs pensent qu'à terme cela pourrait conduire le personnel à s'orienter vers le secteur privé. Au Ghana, une prime de motivation par accouchement, qui peut contribuer jusqu'à 19% du revenu mensuel des sages-femmes (28), a été instaurée dans certaines régions (28, 39). Ces mesures ont pu permettre de compenser les pertes de revenu engendrées par l'exemption.

*Disponibilité du personnel soignant.* Il est souvent fait état d'une augmentation de la charge de travail du personnel soignant. En Ouganda, cela transparaît dans l'augmentation de 46.9% du nombre de consultations par soignant (27). Au Kenya, en Afrique du Sud, et au Ghana, ce sont les responsables locaux et le personnel soignant qui perçoivent cet accroissement (28, 29, 39, 42). Au Ghana, ce constat, également mesuré (43), s'accompagne d'une insuffisance de personnel médical face à l'augmentation du nombre d'accouchements (28). Les infirmières interrogées en Afrique du Sud évoquent un certain nombre d'effets négatifs sur leur pratique, comme le manque de temps pour les consultations, ou l'impossibilité de remplir certaines de leurs fonctions (29). Les études en Afrique du Sud (44) et au Ghana (40) nuancent ces tendances. Les auteurs rapportent en effet respectivement une hausse du ratio patient/soignant et la disponibilité des sages-femmes.

*Satisfaction du personnel soignant.* Loin de reconnaître unanimement que le fait de procurer des soins gratuits puisse être valorisant personnellement, elles évoquent en outre le sentiment d'être surmenées, voire exploitées face à la charge croissante de travail (29). En Ouganda, l'attitude des soignants face à leur travail semble s'être détériorée depuis l'abolition (27), tout comme leur moral (45).

### ***Information sanitaire.***

Il n'est fait mention de cet aspect que dans un seul des 32 articles. Au Ghana, Witter et ses collègues (39) indiquent ainsi qu'il n'y a que peu d'information disponible au niveau national sur le nombre et le type d'accouchements réalisés dans les formations sanitaires du pays, ainsi que sur le montant des remboursements.

### ***Médicaments et vaccins.***

*Médicaments.* De manière globale, les expériences indiquent une pénurie de médicaments, signalée par le personnel soignant en Afrique du Sud (29), au Kenya (42), et à Madagascar (18). Toutefois, cette tendance n'est pas homogène. Au Ghana, si les répondants semblent considérer majoritairement que les médicaments et les consommables sont en nombre suffisant pour répondre à l'augmentation du nombre d'accouchements (28), ce sentiment se limite à la période pendant laquelle la politique d'exemption était effectivement financée par le gouvernement (38). Parallèlement, un autre article sur le Ghana indique la disponibilité de consommables et d'équipements de base pour les soins obstétricaux d'urgence (40). En Ouganda, il existe un décalage entre les perceptions des acteurs (soignants, communautés et comités de gestion), et les données administratives. Ainsi les fiches de stocks de 85 formations sanitaires révèlent une hausse de la quantité de médicaments reçus après le début de l'abolition, tandis que les acteurs indiquent des problèmes de disponibilité, notamment les antipaludéens, et des retards de livraison attribué aux lourdeurs administratives au niveau des districts, et ce malgré la révision des procédures de commande de médicaments pour accélérer la livraison des médicaments (31, 41, 45). Cette pénurie conduirait les patients à utiliser les services privés pour l'achat de ces médicaments (41, 45).

*Vaccins.* En ce qui concerne la vaccination, seul un article aborde la question du point de vue de l'utilisation des services en Afrique du Sud (20), qui étaient déjà gratuits avant l'exemption. Dans cette étude, les auteurs constatent une brève hausse de l'utilisation après la 1<sup>ère</sup> mesure d'exemption, puis une baisse subséquente.

### **Financement du système de santé.**

Deux des trois fonctions qui constituent le système de financement des services de santé sont évoquées dans les articles : l'allocation et le paiement.

*Attribution de fonds supplémentaires.* Des fonds supplémentaires ont été débloqués dans les premiers temps pour assurer la mise en place des politiques d'exemption, allant de 2 millions de

dollars pour le Ghana (43) pour la 1ère vague, à 12.5 millions de dollars pour l'Ouganda pour l'année fiscale 2001-02 (41). D'autres sommes ont été versées pour l'achat de médicaments, à hauteur de 500 000 dollars environ en Ouganda (19, 31, 41) et de 3 millions de dollars à Madagascar (18). Au-delà de ces fonds exceptionnels mis à disposition dans les premiers temps de l'exemption, seul l'Ouganda a semble-t-il, à la lumière des écrits disponibles au moment de cette revue, sécurisé un budget annuel plus élevé pour le secteur de la santé (2, 31). Le budget de la santé est le budget ayant le plus augmenté proportionnellement dans les 2 années suivants l'abolition (19), tandis que les subventions pour les dépenses récurrentes (hors salaire) ont augmenté de 165% pour les centres de santé et de 66% dans les hôpitaux entre les années fiscales 2000-01 et 2001-02 (41). Au-delà de ces montants absolus, nous pouvons estimer que les ressources dévolues à la prise en charge des exemptions selon les modalités par pays, sont de 0,18 \$US par habitant à Madagascar, 1,89\$ US par accouchement attendu au Ghana et 0,52 \$ US en Ouganda pour la première année fiscale, le budget des médicaments correspondant à 0,02\$ US par habitant (toutes estimations sur la base du recensement US Census Bureau).

*Modalités d'allocation.* Au Ghana, la gestion des fonds est décentralisée au niveau des districts qui jouent le rôle de gestionnaires en remboursant les formations sanitaires (34). En Ouganda, on a introduit dès 2001 des mécanismes de gestion décentralisée des fonds qui transitent par le budget national selon une approche sectorielle (19, 30). Cela permet notamment de mieux harmoniser l'afflux des ressources dans le secteur de la santé.

*Modalités de paiement.* Au Ghana, les taux de remboursement sont fixés en fonction du type d'accouchement réalisé et de la structure sanitaire (34). Les structures privées ont bénéficié d'un taux plus élevé compte tenu du fait qu'elles n'ont pas de subventions publiques par ailleurs (38). En outre, le gouvernement a fixé un taux de remboursement plus élevé pour les régions les plus pauvres (39). Les formations sanitaires sont remboursées sur la base du nombre d'accouchements réalisés. Un article sur le Kenya indique de manière imprécise que les montants et types de frais exigibles auprès des patients sont hétérogènes dans les structures sanitaires (42).

*Disponibilité des fonds.* La difficulté majeure reste le sous-financement des politiques d'exemption. Ainsi, le gouvernement kenyan a dû rétablir graduellement les paiements directs deux années après la décision de supprimer le paiement (21, 46). Des expériences similaires sont rapportées au Ghana et au Kenya après la 2e politique d'exemption en 2004. Un article au Ghana rapporte ainsi que certaines formations sanitaires font de nouveau payer les soins et les médicaments pour faire face à l'insuffisance des fonds (39). En effet, les articles rapportent que les fonds versés en début d'année fiscale aux districts sont largement insuffisants pour couvrir les dépenses de l'année (38, 39), à tel

point que la politique d'exemption au Ghana est sous-financée de 34% en 2004 et de 73% en 2005 (39). Outre le retour au paiement direct, ce sous-financement a d'autres d'effets indésirables, tels qu'une crise de confiance parmi les acteurs par rapport aux institutions, la suspicion des patients sur l'utilisation des fonds, voire l'accroissement des dettes contractées par les formations sanitaires (38). Witter et ses collègues (38) proposent quelques facteurs pour expliquer l'insuffisance et l'imprédictibilité du financement, parmi lesquelles la concurrence de la politique d'assurance-maladie qui devait prendre le relais après le financement via les fonds de l'initiative PPTE et dont la mise en place tarde. Le manque d'information sur le financement de la politique par les acteurs du système, qui entraînerait une gestion inappropriée, est également évoqué. En Ouganda, malgré l'augmentation des budgets accordés, les structures sanitaires perdent leurs revenus (19, 30) et sont incapables d'assumer les dépenses récurrentes (45), ce qui a un impact négatif sur la disponibilité des médicaments, l'approvisionnement des laboratoires, la motivation et la qualification du personnel, et a contribué semble-t-il au recours aux pharmacies et laboratoires privées (30). Ces mêmes facteurs sont évoqués au Kenya pour comprendre pourquoi 14 des 20 formations sanitaires évaluées n'appliquent pas les réglementations de l'exemption (42). De même, au Sénégal, les auteurs rapportent des retards dans les délais de remboursement des interventions et l'augmentation des prix de certains actes pour compenser (25).

### ***Gouvernance et leadership.***

*Orientation politique.* Les pays ayant aboli les paiements directs des soins semblent avoir donné une orientation claire quant aux services ou aux populations auxquels s'applique l'exemption du paiement. Toutefois, ces orientations ne semblent pas s'être concrétisées dans des directives claires, comme on peut le voir en Afrique du Sud (29), au Kenya (42) et au Sénégal (25) où les acteurs du système de santé, autant au niveau des formations sanitaires que des autorités de districts, sont insuffisamment informés sur la politique. Le manque d'information porte aussi bien sur le montant des frais exigibles (les frais d'enregistrement au Kenya par exemple) que sur les populations ou les services exemptés, mais également sur les implications pratiques de la politique. En Afrique du Sud, les infirmières interrogées considèrent que la désinformation du personnel de santé constitue une barrière à la mise en œuvre de la politique (29). Au Ghana (28, 39), si les acteurs semblent avoir une compréhension relativement similaire de la politique, à l'exception des sages-femmes et accoucheuses traditionnelles, les formations sanitaires se plaignent du manque d'information. Plus précisément, c'est l'aspect lié au financement de la politique qui est abordé, notamment le système d'allocation des fonds, la durée d'utilisation des fonds ou les dates des prochains versements. D'autre part, les politiques d'exemption semblent parfois entrer en concurrence avec d'autres politiques ou programmes de santé ; c'est notamment le cas en Ouganda où les régimes communautaires d'assurance-maladie promus auparavant ont souffert face à la gratuité des soins favorisée par

l'exemption (47), tout comme le programme de lutte contre la malaria et les activités d'éducation à la santé dans les communautés (45). C'est également le cas au Ghana où la politique d'assurance-maladie a intégré le financement de l'exemption (39).

*Développement de collaboration et de coalition.* Globalement, les acteurs du système de santé ont une vision positive des politiques d'exemption, comme cela est rapporté en Afrique du Sud (29), au Ghana (38), et au Kenya (42). Cependant, l'implication des acteurs du système ne s'est apparemment pas faite à tous les étages de la pyramide sanitaire, ce que plusieurs d'entre eux déplorent, à l'instar des infirmières et des coordinateurs interrogés en Afrique du Sud (29), et des gestionnaires locaux au Ghana pour les besoins en termes de fonds requis (38). En Afrique du Sud, cela aurait créé parmi les infirmières le sentiment d'un décalage important entre les décideurs et le personnel de santé en 1ère ligne, ainsi que d'un manque de reconnaissance (29). En outre, celles-ci pensent que leur non-implication est une barrière à la mise en œuvre de la politique. Le manque de soutien ressenti par les acteurs est également à considérer ici puisqu'il a été mis en avant par les soignants et les gestionnaires en Afrique du Sud et au Ghana (29, 38, 39).

*Responsabilité des acteurs du système.* Au Ghana, en plus du manque de soutien ressenti, la difficulté de pouvoir demander des comptes aux responsables est un élément important pour les acteurs du système (38). La complexité du processus des remboursements et la multiplicité des interlocuteurs constituent autant de facteurs qui empêchent une réelle transparence du processus et la responsabilisation des acteurs aux différents échelons du système.

## **DISCUSSION**

Au-delà des limites inhérentes à une analyse qui s'est cantonnée aux articles scientifiques et à l'absence de publication des expériences récentes organisées en Afrique de l'Ouest (48), la recension des écrits montre bien, d'une part, la demi-teinte des effets des politiques d'exemption, et, d'autre part, les pressions et les chocs (résumés dans le tableau 2) que ces politiques exercent sur des systèmes de santé déjà fragiles.



**Tableau 2 – Synthèse des pressions provoquées par l’abolition du paiement des soins sur les six fonctions du système de santé**

Fonctions du système de santé	Pressions exercées sur le système de santé
<i>Prestation des services</i>	Augmentation des consultations dans les formations sanitaires.
<i>Personnels de santé</i>	Manque de temps pour les consultations. Impossibilité de remplir certaines fonctions. Détérioration du travail du personnel. Sentiment d’être exploité(e)s, frustré(e)s, surmené(e)s. Détérioration du moral du personnel.
<i>Information sanitaire</i>	Manque d’information sur le nombre et le type de prestations réalisées dans les formations sanitaires.
<i>Médicaments et vaccins</i>	Pénurie de médicaments. Retards de livraison de médicaments.
<i>Financement</i>	Sous-financement du système. Retards dans les remboursements. Difficultés pour les prestations sanitaires d’assumer leurs dépenses récurrentes. Perte du revenu des formations sanitaires et augmentation de leurs dettes. Retour du paiement des soins et des médicaments dans certaines formations sanitaires. Concurrence des politiques d’exemption avec d’autres politiques/programmes de santé.
<i>Gouvernance et leadership</i>	Sentiment d’un décalage important entre les décideurs et le personnel de santé. Sentiment d’un manque de reconnaissance et de soutien par le personnel de santé. Difficulté de pouvoir demander des comptes et d’attribuer la responsabilité des actes.

### Des limites de l’état des connaissances

Il faudrait cependant se garder de porter un jugement définitif sur les constats disponibles dans ces articles scientifiques. Non seulement il reste encore de nombreuses connaissances à mettre au jour (le tableau 2 montre aussi les limites de nos connaissances actuelles), mais en plus, beaucoup de ces articles ont été produits peu de temps après le démarrage de ces politiques. Les données concernent donc les effets à court terme. Rares sont les analyses qui portent sur des informations collectées après plusieurs années de mise en œuvre et selon des devis d’évaluation permettant de porter un jugement sur les impacts (49). Or, le processus de pérennisation, qui n’a pas encore été documenté, est central à la pérennité des effets de telles interventions (50). L’une des limites importantes d’un tel exercice de recension des écrits est qu’il subsiste un double décalage qu’il s’agit de prendre en compte. Il subsiste un premier décalage entre le moment où les politiques sont mises en œuvre et celui où les articles sont publiés, suivi d’un second décalage entre cette date de publication et



la poursuite de la mise en place de la politique. Car les politiques ne s'arrêtent pas au moment de la publication des articles. Les cas actuels de l'Ouganda, du Ghana ou du Niger, par exemple, montrent qu'il faut être prudent sur les analyses à court terme. La situation semble s'être détériorée en Ouganda alors qu'aucune étude ne l'a encore documenté<sup>6</sup>. Au Ghana, depuis les études sur l'exemption, l'assurance nationale a été mise en place en intégrant la politique d'exemption du paiement des accouchements (51). Au Niger, les remboursements se font attendre et les centres de santé sont presque tous en faillite (52). Mais ce sont des limites inhérentes à toute recension des écrits et à notre choix méthodologique. Cette situation milite peut-être pour l'organisation d'une communauté de pratique à même de partager des données en temps (presque) réel. Il faut donc lire cette analyse avec prudence, bien que cette recension des écrits permette toutefois de mettre en lumière certains aspects essentiels.

### À propos des fonctions des systèmes de santé

Sur le plan de la gouvernance, les États n'ont pas suffisamment préparé, planifié et supervisé la mise en œuvre des politiques. Cela a pu se traduire non seulement par une insuffisance des fonds alloués, au Ghana par exemple, mais également par une mauvaise information et une frustration chez les soignants et les gestionnaires, comme en Afrique du Sud ou au Kenya. On doit aussi remarquer la difficulté d'instaurer une nouvelle politique qui vient, d'une part, s'ajouter à une longue histoire de paiement direct et de politique de recouvrement des coûts (voire de mutuelles de santé), et, d'autre part, de la volonté de certains pays à augmenter les modalités de prépaiement et d'assurance nationale. Au Bénin par exemple, la décision officielle d'abolition du paiement des soins pour les enfants de moins de 5 ans n'est pas encore effective, en partie car les acteurs des mutuelles de santé résistent. Ailleurs, ces politiques d'abolition semblent pallier les difficultés de lancement des assurances nationales dont on entend parler depuis longtemps. Sans doute ont-elles aussi été utiles pour relancer le débat sur le sujet et forcer les pays à s'engager enfin dans cette voie. De ce point de vue, le cas du Ghana, où l'abolition du paiement pour les accouchements a été précurseur puis enchâssée dans la politique d'assurance nationale de santé, est exemplaire. Le Mali ou le Burkina Faso sont en train de vivre des expériences similaires : après des politiques d'exemption sectorielle, notamment pour les femmes, ces deux pays ont lancé des commissions préparatoires à la mise en place d'assurance nationale de santé. Nous croyons ainsi que les leçons tirées de ces expériences d'abolition pourront être mises à profit pour mieux définir l'organisation de ces assurances nationales via le prépaiement des soins et donc tendre vers l'accès universel aux soins. Elles pourront notamment être mobilisées pour s'assurer que les populations qui ne sont pas en mesure de payer les primes

---

<sup>6</sup> Voir le numéro spécial en préparation de Health Policy and Planning sur la mise en œuvre des politiques d'exemption en Afrique

assurantielles puissent aussi avoir accès aux soins. L'expérience du Rwanda, quoiqu'encore peu documentée, semble montrer que cela est possible.

Concernant le financement, les gouvernements n'ont pas toujours pu contrebalancer la perte de revenus liée à la suppression des frais demandés aux usagers. En effet, si des fonds supplémentaires ont parfois été alloués pour faciliter la mise en œuvre de l'exemption, la pérennité de ces subventions n'a pas été assurée, impliquant de nombreux effets indésirables. Parmi ceux-là, on peut rappeler tout simplement le retour en arrière du Kenya qui a rétabli le paiement des soins en 1992. Dans une moindre mesure, on remarque la non-adhésion de certaines formations sanitaires aux politiques d'exemption au Kenya et au Sénégal, ou le retour des dessous-de-table et paiements informels des soignants, au Ghana et en République Unie de Tanzanie. Par conséquent, les coûts des prestations même exemptées n'ont pas toujours baissé, limitant d'autant l'accès des populations démunies aux soins.

À propos des ressources humaines, certains pays ont augmenté les salaires du personnel soignant (en Ouganda) ou mis en place des primes de motivation (au Ghana) pour compenser les pertes de revenus pour ces acteurs. La persistance des pratiques des dessous-de-table dans plusieurs pays laisse à penser que ces mesures ont été insuffisantes. Le rôle de l'État est ici central pour donner l'exemple, mais également prendre des mesures lorsque de tels faits sont constatés. En outre, la charge de travail du personnel s'est accrue, du fait de l'augmentation de l'utilisation des services, et n'a pas été suivie du recrutement de nouveaux soignants. Cette situation est peut-être différente dans les pays de l'Afrique de l'Ouest où les niveaux d'utilisation sont encore très faibles. Dans un premier temps, avant de penser à l'augmentation du personnel, l'abolition permettra de répondre à des besoins jusqu'alors non couverts. Selon les soignants, la surcharge de travail aurait eu des effets négatifs sur leur pratique professionnelle et leur bien-être au travail, mais on manque de données plus objectives et d'informations de la part des patients pour confirmer cette hypothèse. D'autre part, en Ouganda, l'article de Burnham indique que les membres des comités de gestion disent ne pas voir de changement significatif dans l'attitude du personnel (27).

L'accès aux médicaments a souvent pâti à la fois du sous-financement des politiques d'exemption, comme le constatent des études au Ghana, et de la hausse de la fréquentation des services de santé. Malgré le déblocage de fonds consacrés à l'achat de médicaments, la pénurie semble toucher la très grande majorité des formations sanitaires publiques qui sont souvent dans l'obligation de rétablir le paiement des médicaments. Cette situation contribue à détériorer la qualité des soins, décrédibilise les institutions aussi bien auprès des patients que des soignants, et dégrade les relations entre le personnel et les patients qui sont insatisfaits et soupçonnent les formations sanitaires de mauvaise gestion. Cet aspect est central car les promoteurs du paiement direct affirmaient que

paiement était utile pour instaurer un lien direct avec un bien tangible qu'est le médicament. Sans un retour des médicaments au plus proche des populations, on risque de retourner à la case départ, du temps où gratuité des soins rimait avec absence d'intrants (53).

### Secteur privé et secteur public

Le rôle du secteur privé dans la santé étant de plus en plus à l'ordre du jour, il est utile de s'attarder sur les effets de la suppression du paiement sur ce secteur, ainsi que ses relations avec le secteur public. En effet, en dehors de l'Afrique de l'Ouest où la situation est différente, le secteur privé prend de l'importance dans certains pays d'Afrique (54, 55). L'exemption des paiements des soins a rarement touché ces structures, à l'exception notable du Ghana. Celles-ci bénéficient d'ailleurs d'un taux de remboursement supérieur aux structures publiques, car elles ne perçoivent pas de subventions publiques (38). Toutefois, certains prestataires privés ont refusé de participer à la politique, peut-être par manque de confiance comme cela est parfois avancé (39). Au Ghana et au Kenya, des études rapportent une baisse de l'utilisation des services du privé, soit ressentie (28), soit mesurée (46). En Ouganda, la tendance est inversée. D'une part, on note une augmentation, même modeste, des consultations dans les formations sanitaires privées (31), autant parmi les populations les plus riches que parmi les plus pauvres (2). D'autre part, les prestataires privés semblent toujours privilégiés pour le recours aux soins. Ainsi, 62,7% des répondants de l'étude menée en Ouganda (33) disent consulter les pharmacies ou prestataires privés pour leur enfant. La proximité, le coût peu élevé du traitement et la possibilité de payer à crédit sont les principales raisons évoquées. Le manque de médicaments dans les structures publiques semble également inciter les patients à se tourner vers le privé (41, 45), de même que le sous-investissement financier (30). En République Unie de Tanzanie, malgré le coût plus élevé des accouchements dans les structures religieuses, 46,5% des répondantes ayant donné naissance à leur dernier enfant dans une formation sanitaire ont fait le choix d'y accoucher (35).

### Politique d'exemption universelle *versus* catégorielle

Il subsiste de grands débats sur le choix des politiques d'exemption (56, 57). Doit-on exempter toute la population afin de simplifier la prise en charge, mais en prenant le risque que les plus pauvres ne soient pas les premiers à en bénéficier ? Ou doit-on cibler certaines catégories de population, notamment les plus vulnérables, au risque de stigmatiser certains groupes ou de ne pas obtenir l'acceptation de la population générale pour un tel ciblage ? Les enjeux éthiques et moraux sont aussi complexes que les modalités techniques de mise en œuvre. Le tableau 3 rend compte de la manière dont les pays ayant supprimé le paiement des soins ont effectué ces choix.

**Tableau 3 – Répartition des pays ayant aboli le paiement des soins par secteur et type d’abolition**

<b>Secteur</b>	<b>Universelle</b>	<b>Catégorielle</b>	<b>Mixte</b>
<b>Public</b>	Libéria Madagascar Népal Ouganda Zambie	Burkina Faso Mali Niger Sénégal Sierra Leone République Unie de Tanzanie	Afrique du Sud Kenya
<b>Public et privé</b>	Ghana	Burundi	

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

Cette situation confirme les résultats d’une étude réalisée dans six pays africains qui a montré que ces choix semblent parfois liés à l’histoire des pays et à la division entre francophones et anglophones (48). Pour le moment, il semble que les pays d’Afrique francophone aient choisi une abolition catégorielle (e.g. Mali, Niger, Burkina Faso), certainement à cause de l’histoire des politiques de recouvrement des coûts, tandis que certains pays anglophones ont opté pour des suppressions de paiement plus universelles (e.g. Ghana, Ouganda, Afrique du Sud). Le rôle des bailleurs de fonds et leur volonté de soutenir les pays dans l’atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015 n’est certainement pas sans avoir influencé les choix des pays pour l’abolition catégorielle, notamment pour les pays dont le financement de la santé dépend en partie de ces bailleurs.

## CONCLUSION

L'abolition du paiement des soins pour tous dans un système de santé financé par des taxes est souvent perçue comme contradictoire avec la volonté d'offrir un accès universel aux soins par l'intermédiaire d'un système d'assurance nationale avec prépaiement. Mais il restera toujours une certaine partie de la population qui ne pourra pas s'offrir la prime d'assurance santé. Le Ghana vient d'en faire l'expérience. Malgré la réussite de son assurance nationale qui couvre près de 40% de la population après quatre années de mise en œuvre, les plus pauvres sont largement moins assurés que les plus riches. Aussi, la suppression du paiement pour les accouchements, par exemple, qui a précédé l'assurance nationale et qui est maintenant intégrée à cette dernière, est vue comme un moyen indispensable de garantir un accès universel à certaines catégories vulnérables de la population (58). L'abolition sélective du paiement pour certaines catégories de population peut donc éventuellement être utile à la mise en place d'une assurance nationale. Ainsi, en attendant que les pays organisent leur assurance nationale, ou un financement basé sur des taxes dans un futur plus ou moins proche, l'abolition du paiement a été vue comme une politique facile à mettre en œuvre, dans le contexte des OMD et de l'échéance de 2015. L'abolition a de ce fait permis de couvrir des besoins jusqu'alors négligés et de rapprocher la demande de l'offre.

L'analyse des écrits montre également le revers de la médaille des politiques d'exemption. En effet, les différentes fonctions du système de santé sont en constante interaction et en tension continue (17). En agissant plus spécifiquement sur l'une d'entre elles – la prestation des soins, accessibles à tous – les politiques d'exemption ont concomitamment perturbé les autres fonctions des systèmes de santé des pays concernés, pourtant déjà relativement instables. Il demeure donc essentiel de tenir compte de ces interactions lors de la formulation des politiques d'exemption afin de limiter les perturbations, voire de créer la synergie permettant au système d'être performant.

## Bibliographie :

1. Chan, M. Launch of the UK Department for International Development's new health strategy. London, 2007.
2. Xu, K., Evans, D., Kadama, P., Nabyonga, J., Ogwang Ogwal, P., Nabukhonzo, P. et al. Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Soc Sci Med* 2006. 62: 866-876.
3. Whitehead, M., Dahlgren, G. & Evans, T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001. 358(9284): 833-6.
4. Kruk, M.E., Goldmann, E. & Galea, S. Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low-And Middle-Income Countries. *Health Affairs* 2009. 28(4): 1056-1066.
5. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva, 2008.
6. Meessen, B., Zhenzhong, Z., Van Damme, W., Devadasan, N., Criel, B. & Bloom, G. Iatrogenic poverty [editorial]. *Tropical Medicine & International Health* 2003. 8(7): 581-584.
7. Haddad, S. & Fournier, P. Qualité, coûts et utilisation des services de santé en pays en développement : une étude longitudinale au Zaïre. *Ruptures* 1996. 3(1): 88-105.
8. James, C., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, Y. et al. To Retain or Remove User Fees? Reflections on the current debate. New York, UNICEF, 2005, 19.
9. Yates, R. Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet - British Edition* 2009. 373(9680): 2078-2081.
10. The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. Leading by Example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis. Oslo, 2009.
11. Dujardin, B. *Politiques de santé et attentes des patients: vers un dialogue constructif*. Paris, Karthala, 2003.
12. Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
13. Witter, S. Service- and population-based exemptions: are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries? . In: D Chernichovsky & K Hanson, ed. *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies*, Emerald Group Publishing, 2009, 251-288.
14. Arksey, H. & O'Malley, L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology* 2005. 8(1): 19-32.
15. Mays, N., Roberts, E. & Popay, J. Synthesising research evidence. In: N. Fulop, P.A., A. Clarke, & N. Black, ed. *Studying the organisation and delivery of health services: Research methods*. London, Routledge, 2001.
16. Mays, N., Pope, C. & Popay, J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. *Journal of Health Services Research & Policy* 2005. 10(S1): 6-20.

17. WHO. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. In: Health Systems and Services, ed. Geneva, WHO, 2007, pp. 44.
18. Fafchamps, M. & Minten, B. Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil *J. African Economies* 2007. 16(3): 485-518.
19. Yates, J., Cooper, R. & Holland, J. Social protection and health : Experiences in Uganda. *Development Policy Review* 2006. 24(3): 339-356.
20. Wilkinson, D., Gouws, E., Sach, M. & Abdool, K. Effect of Removing User Fees on attendance for Curative and Preventive Primary Health Care Services in rural South Africa *Bull. World Health Organ.* 2001 79(7): 665-671.
21. Mwabu, G. & Wang'ombe, J. Health service pricing reforms in Kenya. *Int. J. Soc. Econ.* 1997. 24(1/2/3): 282-293.
22. Wilkinson, D., Sach, M. & Karim, S.S.A. Examination of attendance patterns before and after introduction of South Africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women *Br. Med. J.* 1997. 314.
23. Penfold, S., Harrison, E., Bell, J. & Fitzmaurice, A. Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Medical Journal* 2007. 41(3): 100-109.
24. Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A. et al. Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning* 2009. 24: 289-300.
25. Witter, S., Armar-Klemesu, M. & Dieng, T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard, F., Witter, S. and De Brouwere, V., ed. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITGPress, 2008, 167-198.
26. Deininger, K. & Mpuga, P. Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda. *J. African Economies* 2004. 14(1): 55-91.
27. Burnham, G., Pariyo, G., Galiwango, E. & Wabwire-Mangen, F. Discontinuation of Cost Sharing in Uganda. *Bull. World Health Organ.* 2004. 82(3): 187-195.
28. Witter, S., Aikins, M. & Kusi, A. Working practices and incomes of health workers: evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana. *Human resources for health* 2007. 5(2): 1-10.
29. Walker, L. & Gilson, L. "We are bitter but we are satisfied": Nurses as street-level bureaucrats in South Africa *Soc. Sci. Med.* 2004. 59: 1251-1261
30. Pariyo, G.W., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Rahman, M.H., Peterson, S., Bishai, D.M. et al. Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: are reforms benefitting the poor? *International Journal for Equity in Health* 2009. 8(39).
31. Nabyonga, J., Desmet, M., Karamagi, H., Kadama, P., Omaswa, F. & Walker, O. Abolition of Cost Sharing is Pro poor : Evidence from Uganda *Health policy and planning* 2005. 20(2): 101- 108.

32. Rutebemberwa, E., Kallander, K., Tomson, G., Peterson, S. & Pariyo, G. Determinants of delay in care-seeking for febrile children in eastern Uganda. *Trop. Med. Int. Health* 2009. 14(4): 472-479.
33. Rutebemberwa, E., Pariyo, G., Peterson, S., Tomson, G. & Kallander, K. Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda. *Malaria journal* 2009. 8: 45-45.
34. Asante, F.A., Chikwama, C., Daniels, A. & Armar-Klemesu, M. Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana Medical Journal* 2007. 41(3): 110-117.
35. Kruk, M.E., Mbaruku, G., Rockers, P.C. & Galea, S. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for free delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health* 2008. 13(12): 1442-1451.
36. Goudge, J., Gilson, L., Russell, S., Gumede, T. & Mills, A. The household costs of illness in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health* 2009. 14(4): 458-467.
37. Goudge, J., Russell, S., Gilson, L., Gumede, T., Tollman, S. & Mills, A. Illness related impoverishment in rural South Africa: why does social protection work for some households but not others. *Journal of International Development* 2009. 21(2): 231-251.
38. Witter, S. & Adjei, S. Start-stop funding, its causes and consequences: a case study of the delivery exemptions policy in Ghana *Int. J. Health Plann. Manage.* 2007. 22: 133-143.
39. Witter, S., Arhinful, D.K., Kusi, A. & Zakariah-Akoto, S. The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters* 2007. 15(30): 61-70.
40. Ansong-Tornui, J., Armar-Klemesu, M., Arhinful, D.K., Penfold, S. & Hussein, J. Hospital based maternity care in Ghana-findings of a confidential enquiry into maternal deaths. *Ghana medical journal* 2007. 41(3): 125-132.
41. Nabyonga-Orem, J., Karamagi, H., Atuyambe, L., Bagenda, F., Okuonzi, S. & Walker, O. Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study. *BMC Health Services Research* 2008. 8(1): 102.
42. Chuma, J., Musimbi, J., Okungu, V., Goodman, C. & Molyneux, C. Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *International Journal for Equity in Health* 2009. 8(15).
43. Bosu, W.K., Bell, J., Armar-Klemesu, M. & Tornui, J.A. Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the Central and Volta regions of Ghana. *Ghana Medical Journal* 2007. 41(3): 118-124.
44. Bhayat, A. & Cleaton-Jones, P. Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2003. 31(2): 105-110.
45. Kajula, P.W., Kintu, F., Barugahare, J. & Neema, S. Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *Int. J. Health Plann. Manage.* 2004. 19(S1): 133-153.



46. Mwabu, G., Mwanzia, J. & Liambila, W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning* 1995. 10(2): 164-170.
47. Basaza, R., Criel, B. & Van der Stuyft, P. Low enrollment in Ugandan Community Health Insurance schemes: underlying causes and policy implications. *BMC health services research* 2007. 7: 105-105.
48. Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Bicaba, A. et al. Removing User Fees in the Health Sector in Low-Income Countries: A Multi-Country Review. In: UNICEF, ed. *Health section working paper*. New York, 2009, 30.
49. Ridde, V. & Haddad, S. Abolishing user fees in Africa. *PLoS Med* 2009. 6(1): e1000008.
50. Ridde, V., Pluye, P. & Queuille, L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2006. 54(5): 421-431.
51. Sarpong, N., Loag, W., Fobil, J., Meyer, C.G., Adu-Sarkodie, Y., May, J. et al. National health insurance coverage and socio-economic status in a rural district of Ghana. *Tropical Medicine & International Health* 2010. 15(2): 191.
52. Ridde, V., Diarra, A., Heinmuller, R. & Mahaman, M. Analyse de la mise en oeuvre et des effets sur l'utilisation des services de l'exemption du paiement direct. Districts de Keïta et Abalak- Niger. Paris, Médecins du Monde - France, 2009.
53. Ridde, V. & Blanchet, K. Débats et défis autour de la gratuité des soins en Afrique : « retour vers le futur » ? *Cahiers d'études et de recherches francophones* 2009. 19(2): 101-106.
54. Zwi, A.B., Brugha, R. & Smith, E. Private health care in developing countries. *british medical journal (Clinical research ed.)* 2001. 323(7311): 463-464.
55. Hanson, K. & Berman, P. Review article. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. *Health Policy and Planning* 1998. 13(3): 195-211.
56. Hanson, K., Worrall, E. & Wiseman, V. Targeting services towards the poor : A review of targeting mechanisms and their effectiveness. In: Mills, A., Bennett, S. et al., eds. *Health, Economic Development and Household Poverty From Understanding to Action*, Routledge, 2007, 134-154.
57. Mkandawire, T. Targeting and universalism in poverty reduction. In: UNRISD, ed. *Social policy and Development Programme Paper*. Geneva, 2005, 24.
58. Sarpong, N., Loag, W., Fobil, J., Meyer, C.G., Adu-Sarkodie, Y., May, J. et al. National health insurance coverage and socio-economic status in a rural district of Ghana. *Tropical medicine & international health* 2010. 15(2): 191-197.

## Annexe 1 – Liste des articles sélectionnés via la stratégie de recherche (par pays)

Afrique du Sud (n=6)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bhayat, A. and P. Cleaton-Jones (2003). "Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services." <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> 31(2): 105-110.</li> <li>▪ Goudge, J., L. Gilson, et al. (2009). "The household costs of illness in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor." <i>Tropical medicine &amp; international health</i> 14(4): 458-467.</li> <li>▪ Goudge, J., S. Russell, et al. (2009). "Illness related impoverishment in rural South Africa: why does social protection work for some households but not others." <i>Journal of International Development</i> 21(2): 231-251.</li> <li>▪ Walker, L. and L. Gilson (2004). "'We are bitter but we are satisfied' : Nurses as street-level bureaucrats in South Africa " <i>Social Science &amp; Medicine</i> 59: 1251-1261</li> <li>▪ Wilkinson, D., E. Gouws, et al. (2001). "Effect of Removing User Fees on attendance for Curative and Preventive Primary Health Care Services in rural South Africa " <i>WHO</i> 79(7).</li> <li>▪ Wilkinson, D., M. Sach, et al. (1997). "Examination of attendance patterns before and after introduction of South Africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women " <i>British Medical Journal</i> 314.</li> </ul>
Ghana (n=8)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ansong-Tornui, J., M. Armar-Klemesu, et al. (2007). "Hospital based maternity care in Ghana-findings of a confidential enquiry into maternal deaths." <i>Ghana medical journal</i> 41(3): 125-132.</li> <li>▪ Asante, F. A., C. Chikwama, et al. (2007). "Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana." <i>Ghana Medical Journal</i> 41(3): 110-117.</li> <li>▪ Bosu, W. K., J. Bell, et al. (2007). "Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the Central and Volta regions of Ghana." <i>Ghana Medical Journal</i> 41(3): 118-124.</li> <li>▪ Penfold, S., E. Harrison, et al. (2007). "Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions." <i>Ghana Medical Journal</i> 41(3): 100-109.</li> <li>▪ Witter, S. and S. Adjei (2007). "Start-stop funding, its causes and consequences: a case study of the delivery exemptions policy in Ghana " <i>International Journal of Health Planning &amp; Management</i> 22: 1-143.</li> <li>▪ Witter, S., M. Aikins, et al. (2007). "Working practices and incomes of health workers: evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana." <i>Human resources for health</i> 5(2): 1-10.</li> <li>▪ Witter, S., D. K. Arhinful, et al. (2007). "The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care." <i>Reproductive Health Matters</i> 15(30): 61-70</li> <li>▪ Witter, S., M. Armar-Klemesu, et al. (2008). "Nation fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal." <i>Studies in Health Services Organisation &amp; Policy</i> 24: 167-198.</li> </ul>
Kenya (n=4)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chuma, J., J. Musimbi, et al. (2009). "Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice?" <i>International Journal for Equity in Health</i> 8(15).</li> <li>▪ Mwabu, G., J. Mwanzia, et al. (1995). "User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue." <i>Health Policy and Planning</i> 10(2): 164-170.</li> <li>▪ Mwabu, G. and J. Wang'ombe (1997). "Health service pricing reforms in Kenya." <i>International Journal of Social Economics</i> 24(1/2/3): 282-293.</li> <li>▪ Perkins, M., E. Brazier, et al. (2009). "Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries." <i>Health Policy and Planning</i> 24: 289-300.</li> </ul>
Madagascar (n=1)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fafchamps, M. and B. Minten (2007). "Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil " <i>Journal of African Economies</i> 16(3): 485-518.</li> </ul>
Ouganda (n=11)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Basaza, R., B. Criel, et al. (2007). "Low enrollment in Ugandan Community Health Insurance schemes: underlying causes and policy implications." <i>BMC health services research</i> 7: 105-105.</li> <li>▪ Burnham, G., G. Pariyo, et al. (2004). "Discontinuation of Cost Sharing in Uganda." <i>Bulletin of the World Health Organization</i> 82(3): 187-195.</li> <li>▪ Deininger, K. and P. Mpuga (2004). "Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda." <i>Journal of African Economies</i> 14(1): 55-91.</li> <li>▪ Kajula, P. W., F. Kintu, et al. (2004). "Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control." <i>International Journal of Health Planning and Management</i> 19(S1): 133-153.</li> <li>▪ Nabyonga, J., M. Desmet, et al. (2005). "Abolition of Cost Sharing is Pro poor: Evidence from Uganda " <i>Health policy and planning</i> 20(2): 101- 108.</li> <li>▪ Nabyonga-Orem, J., H. Karamagi, et al. (2008). "Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study." <i>BMC Health Services Research</i> 8(1): 102.</li> <li>▪ Pariyo, G. W., E. Ekirapa-Kiracho, et al. (2009). "Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: are reforms benefitting the poor?" <i>International Journal for Equity in Health</i> 8(39).</li> <li>▪ Rutebemberwa, E., K. Kallander, et al. (2009). "Determinants of delay in care-seeking for febrile children in eastern Uganda." <i>Tropical medicine &amp; international health</i> 14(4): 472-479.</li> <li>▪ Rutebemberwa, E., G. Pariyo, et al. (2009). "Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda." <i>Malaria journal</i> 8: 45-45.</li> <li>▪ Xu, K., D. Evans, et al. (2006). "Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda " <i>Social Science &amp; Medicine</i> 62: 866-876.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yates, J., R. Cooper, et al. (2006). "Social protection and health: Experiences in Uganda." <i>Development Policy Review</i> 24(3): 339-356.</li> </ul>
<b>Sénégal (n=1)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Witter, S., M. Armar-Klemesu, et al. (2008). National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries. F. Richard, Witter, S. and De Brouwere, V. Antwerp, ITGPress. 24: 167-198.</li> </ul>
<b>Tanzanie (n=1)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kruk, M. E., G. Mbaruku, et al. (2008). "User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for free delivery services in rural Tanzania." <i>Tropical medicine &amp; international health</i> 13(12): 1442-1451.</li> </ul>
<b>TOTAL n=32</b>

**Annexe 2 – Synthèse des détails des données probantes sur les politiques d'exemption des paiements directs des soins dans les pays à moyen et faible revenu par fonctions du système de santé<sup>7</sup>**

<b>1- Prestation des services de santé</b>	
<b>Afrique du Sud</b>	
<p>1994 : exemption du paiement des services pour les femmes enceintes et allaitantes, et pour les enfants de moins de six ans.                      1996 : exemption du paiement de l'ensemble des soins de santé primaire, y compris les soins dentaires de base.</p>	
<p>Bhayat, A. et Cleanton-Jones, P. (2003)</p>	<p><b>Méthode :</b> Données des registres de 9 cliniques communautaires (soins gratuits) et 1 hôpital (soins payants) dans un 'township', un an avant et un an après la mise en place de la politique d'exemption en 1996.</p> <p><b>Sur l'utilisation des services :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation statistiquement significative de 50% en moyenne de l'utilisation globale des services dentaires dans les cliniques publiques, contre 11% dans l'hôpital</li> <li>- Augmentation de 54% du nombre de consultations dentaires sans rendez-vous dans les cliniques publiques, contre 7% dans l'hôpital</li> <li>- Augmentation de 7% du nombre de consultations dentaires sur rendez-vous dans les cliniques publiques, contre 58% (non significative) dans l'hôpital</li> </ul>
<p>Goudge, J., L. Gilson, et al. (2009)</p>	<p><b>Méthode :</b> Données sur les épisodes de maladie, les types de traitement et les dépenses de santé issues d'une enquête transversale de 280 ménages de deux villages d'une province rurale du pays en 2004-2005.</p> <p><b>Sur les dépenses de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspect financier toujours rapporté par les populations comme une raison majeure pour ne pas consulter, surtout dans le quintile le plus pauvre (34% des répondants)</li> <li>- Barrière d'accès comptent pour 74% des cas de non-consultation dans le quintile le plus pauvre, surtout pour des raisons financières et du côté de l'offre (manque de médicaments, soins inefficaces, etc.)</li> <li>- Fardeau des coûts associés aux dépenses de santé sur les ménages faible (4.5%), comparé à d'autres études dans d'autres pays, mais plus élevée que la moyenne nationale</li> </ul> <p><b>Hôpitaux de district et cliniques de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visite à une formation sanitaire publique comme 2<sup>e</sup> action en cas de maladie (auto-traitement comme 1<sup>ère</sup> action), les quintile les plus pauvres étant les plus fréquents utilisateurs des services</li> <li>- Dans les hôpitaux, seulement 58% des patients qui pourraient prétendre à une exemption (chômeurs et bénéficiaires d'allocations sociales) ne paient finalement pas leurs soins</li> <li>- Coûts associés au transport : part significative des dépenses de santé pour une visite à l'hôpital (environ 60%)</li> <li>- Séjour à l'hôpital occasionnent un fardeau des coûts moyen de 36.3%</li> </ul> <p><b>Prestataires de soins privés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations privées occasionnent fardeau des coûts moyen de 9.5% (12.3% dans le quintile le plus pauvre), ce qui est comparable au fardeau des coûts occasionnés par les visites à l'hôpital</li> </ul> <p><b>Transport :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion importante des dépenses de santé (42% en moyenne, et 51% pour les plus pauvres)</li> </ul>
<p>Goudge, J., S. Russell, et al. (2009)</p>	<p><b>Méthode :</b> étude longitudinale de 30 ménages sur une période de 10 mois dans deux villages d'une province rurale (un proche d'une formation sanitaire et l'autre situé à plus de 5 km) en 2004-2005.</p> <p><b>Sur les dépenses de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 23% des ménages ont subi un fardeau de coûts directs associés à la maladie au-dessus de 10% de leur revenu mensuel (considéré comme le seuil au-delà duquel ces dépenses de santé sont qualifiées de catastrophiques)</li> </ul>
<p>Walker, L. et al. (2004)</p>	<p><b>Méthode :</b> perceptions de 113 infirmières travaillant dans un grand 'township' urbain, après la politique d'exemption en 1996.</p> <p><b>Sur l'utilisation des services :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de l'utilisation des services de santé primaire selon les infirmières, qui considèrent cet aspect comme le plus réussi de la politique</li> <li>- Perception que les patients ne valorisent pas les services de santé lorsqu'ils sont gratuits partagée par 74% des infirmières</li> <li>- Perception que les patients abusent des soins de santé primaire gratuits partagée par 93% des infirmières</li> </ul>

<sup>7</sup> Les résultats des études rapportés ici doivent être interprétés à la lumière de leur méthodologie, et ne sont pas toujours généralisables à l'ensemble de la population.

Wilkinson, D., E. Gouws, et al. (2001)	<p><u>Méthode</u> : Données des registres d'une clinique mobile de janvier 1992 à mars 1998.</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entre 1992 et 1998 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation soutenue et substantielle de la fréquentation totale et des nouveaux patients pour les services curatifs primaires</li> <li>- Baisse graduelle et soutenue du nombre de femmes utilisant les services prénatals</li> <li>- Baisse du nombre de nouvelles visites et de la fréquentation totale des services pour les enfants de moins de 6 ans (vaccination et suivi de croissance)</li> </ul> </li> <li>➤ Après 1996 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu d'effet de la 2<sup>nd</sup>e politique sur la tendance globale à la hausse concernant les soins curatifs primaires</li> <li>- Baisse plus rapide du nombre de femmes utilisant les services prénatals après l'implantation de la 2<sup>e</sup> politique, mais pas de preuve d'un effet de la 2<sup>e</sup> politique sur la tendance globale à la baisse</li> <li>- Pas de preuve d'un effet de la 2<sup>e</sup> politique sur la tendance globale à la baisse concernant les enfants de moins de 6 ans</li> </ul> </li> </ul>
Wilkinson, D., M. Sach, et al. (1997).	<p><u>Méthode</u> : données des registres d'une clinique mobile (30 mois avant et 18 mois après la mise en place de la politique d'exemption en 1994).</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de 77% du nombre de consultations curatives et de 45% du nombre de nouveaux patients pour les services curatifs primaires</li> <li>- Pas d'effet sur la fréquentation des services préventifs dont la couverture était déjà élevée</li> <li>- Augmentation du nombre de nouvelles visites et de la fréquentation totale des services pour les enfants de moins de 6 ans, mais chute subséquente à un rythme similaire pour les deux mesures</li> <li>- Nombre d'enregistrements de nouvelles patientes pour les consultations prénatales stable, mais enregistrement plus tôt pendant la grossesse (en moyenne à 26 semaines contre 28 auparavant)</li> <li>- Augmentation significative du nombre de consultations prénatales de 14.8%</li> </ul>
<p><b>Ghana</b></p> <p><i>1997 : exemption du paiement des services pour les enfants de moins de 5 ans</i></p> <p><i>2003-2008 : exemption du paiement de l'ensemble des services liés à l'accouchement (même dans le secteur privé), mais uniquement sur référencement dans les hôpitaux régionaux.</i></p>	
Ansong-Tornui, J., et al. (2007)	<p><u>Méthode</u> : étude avant-après l'exemption du paiement des services liés à l'accouchement réalisée sur 20 cas de femmes décédées à la suite de complications liées à leur grossesse (décès maternels) dans les hôpitaux de 2 régions (1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> vague).</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Après l'exemption : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de changement en termes d'événements favorables ou défavorables dans la prestation des soins</li> <li>- Fréquentation des services par les femmes présentant des complications moins tardive</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Sur la qualité des soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité des soins pour les complications et les interventions complexes faible, mais inchangée après l'exemption (mauvaise gestion des cas, mauvaise décision, attitude inacceptable des médecins, peu de visites post-intervention)</li> <li>- Disponibilité et formation du personnel, et communication inchangées après l'exemption</li> <li>- Mauvaise qualité de la tenue des registres sur les événements cliniques, à l'exception des informations sur la posologie</li> <li>- Cause de décès attribuable à la mauvaise qualité des soins à l'hôpital plutôt qu'à des négligences au niveau de la communauté</li> <li>- Faiblesse dans la prestation des soins de réanimation de base</li> </ul> <p><u>Autres</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Délais de référencement ou d'accès aux soins non liés aux décès</li> <li>- Pas de donnée indiquant que les délais de référencement aient contribué aux décès</li> </ul>
Asante, F. A., et al. (2007)	<p><u>Méthode</u> : données issues d'une enquête rétrospective auprès de 2250 femmes ayant accouché dans 2 régions dans les 18 mois précédant l'enquête (avant / après la 2<sup>e</sup> vague d'exemption).</p> <p><u>Sur les coûts associés aux soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse des coûts liés à l'accouchement de 28.4% pour les césariennes, et de 25.8% pour les accouchements vaginaux en centre de santé</li> </ul> <p><u>Sur les dépenses de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse des dépenses totales des ménages pour l'accouchement (transport, cadeaux pour soignants, etc.) de 21.6% pour les césariennes, et de 18.9% pour les accouchements normaux en centre de santé</li> <li>- Baisse de la part des dépenses totales pour l'accouchement, dans le revenu des ménages, surtout pour le quintile le plus riche (- 21.51% contre - 13.18% pour le quintile le plus pauvre)</li> <li>- Maintien de l'appauvrissement du aux dépenses catastrophiques (proportion de pauvres en augmentation de 1.3 points avant l'exemption, et de 2.2 points après), sauf pour les plus pauvres pour lesquels cet appauvrissement a baissé (en augmentation de 2.5 points avant l'exemption, contre 1.3 points après).</li> <li>- Baisse de l'incidence des dépenses catastrophiques (proportion des ménages dépensant plus de 2.5% de leur revenu pour l'accouchement passée de 54.54% à 46.38%)</li> </ul>

Bosu, W. K., et al. (2007)	<p><u>Méthode</u> : registres et dossiers médicaux de 21 hôpitaux publics et religieux dans une région de 1<sup>ère</sup> vague d'exemption (12 mois avant et après) et une région de 2<sup>e</sup> vague (11 mois avant et après)</p> <p><u>Sur les indicateurs de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse non significative du taux de mortalité maternelle en établissement (tout décès maternels) dans la région de la 1<sup>ère</sup> vague, mais significative dans la région de 2<sup>e</sup> vague (- 36.7%)</li> <li>- Baisse non significative du taux de mortalité maternelle en établissement (liés à l'accouchement) dans la région de la 1<sup>ère</sup> vague, mais significative limite dans la région de 2<sup>e</sup> vague</li> </ul> <p><u>Autres</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de changement dans la durée d'admission et les causes de mortalité maternelle avant et après l'exemption</li> </ul>
Penfold, S., et al. (2007)	<p><u>Méthode</u> : enquête réalisée en 2006 auprès de 2992 femmes, dont 1298 ayant accouché avant l'exemption et 1737 après l'exemption, dans une région de 1<sup>ère</sup> vague d'exemption (région du Centre) et une région de 2<sup>e</sup> vague (Volta).</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du nombre d'accouchements institutionnels (+11.9 points de pourcentage dans la région du Centre, et +5 dans la région de la Volta), surtout parmi les femmes les plus pauvres (+22.1 points de pourcentage dans le Centre pour le 2<sup>e</sup> quintile le plus pauvre, et +20.3 dans la Volta pour le quintile le plus pauvre) et les moins éduquées (+16.4 points de pourcentage dans le Centre pour les femmes non éduquées, et +10.2 dans la Volta pour les femmes ayant un niveau d'éducation primaire)</li> <li>- Forte augmentation du nombre d'accouchements dans les centres de santé de la région Centre (+8.6 points de pourcentage), par rapport aux autres types de structures, et par rapport à la région de la Volta (+2), mais hôpitaux comme formation sanitaire le plus utilisé pour l'accouchement dans les 2 régions et autant avant qu'après l'exemption</li> <li>- Augmentation de la proportion d'accouchements assistés par un professionnel de santé dans la région Centre (pas autant dans la région de la Volta), du à une augmentation des accouchements assistés par les sages-femmes (de 49% à 59.7%), avec une baisse correspondante des accouchements assistés par les accoucheuses traditionnelles</li> <li>- Augmentation progressive de l'utilisation des formations sanitaires avec le niveau d'éducation et le niveau de richesse du foyer (significatif)</li> <li>- Baisse de la différence relative du niveau d'utilisation des formations sanitaires entre les plus éduquées et les moins éduquées dans le Centre (-10.8 points de pourcentage), mais hausse dans la Volta (+8.8)</li> <li>- Stabilité de la différence relative du niveau d'utilisation des formations sanitaires entre les plus riches et les plus pauvres dans le Centre, mais baisse dans la Volta (-7.2 points de pourcentage)</li> <li>- Augmentation significative de l'utilisation des formations sanitaires pour les accouchements dans la région du Centre (OR=1.83, significatif) et de la Volta (OR=1.34), en contrôlant pour le niveau d'éducation et de richesse de la mère</li> </ul>
Witter, S. and S. Adjei (2007)	<p><u>Méthode</u> : perceptions de 65 responsables aux niveaux national, région/district et structures sanitaires, dans une région de 1<sup>ère</sup> vague d'exemption (2 ans après) et une région de 2<sup>e</sup> vague (6 mois après).</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquentation des services moins tardive par les femmes, donc plus facile de gérer complications. Effet positif sur mortalité maternelle.</li> </ul> <p><u>Sur la qualité des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception d'une amélioration de la qualité lorsque les fonds étaient disponibles dans la région de 1<sup>ère</sup> vague, mais perception d'une stabilité du niveau dans la région de la Volta</li> <li>- Colère des parturientes qui ont dû à nouveau payer dans certaines formations sanitaires, et soupçon de mauvaise gestion par le personnel</li> </ul>
Witter, S., M. Aikins, et al. (2007)	<p><u>Méthode</u> : perceptions de 374 professionnels de santé et accoucheuses traditionnelles, dans une région de 1<sup>ère</sup> vague d'exemption (2 ans après) et une région de 2<sup>e</sup> vague (6 mois après).</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse de l'activité des accoucheuses traditionnelles et des maternités privées</li> <li>- 46% sages-femmes en pratique privée et 60% accoucheuses traditionnelles pensent que exemption a réduit leur clientèle</li> </ul>
Witter, S., D. K. Arhinful, et al. (2007)	<p><u>Méthode</u> : perceptions de 65 responsables aux niveaux national, région/district et structures sanitaires, dans une région de 1<sup>ère</sup> vague d'exemption (2 ans après) et une région de 2<sup>e</sup> vague (6 mois après).</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquentation des services moins tardive par les femmes, donc gestion plus facile des complications</li> <li>- Baisse de la mortalité maternelle en établissement mentionnée pour la région de 1<sup>ère</sup> vague</li> <li>- Baisse de clientèle pour certaines sages-femmes en pratique privée</li> </ul> <p><u>Sur la qualité des soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception d'une amélioration de la qualité lorsque les fonds étaient disponibles dans la région de 1<sup>ère</sup> vague d'exemption, mais perception d'un maintien du niveau dans la région de 2<sup>e</sup> vague</li> <li>- Colère des parturientes qui ont dû à nouveau payer dans certaines formations sanitaires, et soupçon de détournement par le personnel</li> </ul> <p><u>Autres</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution des dépenses formelles et informelles des parturientes</li> <li>- Refus de certains établissements privés de participer à la politique</li> </ul>
<b>Kenya</b>	
<i>1990-1992 : exemption du paiement des services de santé</i>	

<p>1990 : exemption du paiement des services pour les enfants de moins de 5 ans  2004 : exemption du paiement des services dans les dispensaires et les centres de santé, à l'exception des frais d'enregistrement.  2007 : exemption du paiement des services liés à l'accouchement</p>	
Chuma, J., et al. (2009)	<p><u>Méthode</u> : étude mixte dans 2 districts pauvres et ruraux, réalisée en 2007, comprenant des entretiens avec le personnel en charge dans 34 formations sanitaires, des entrevues avec les patients après les soins, 12 groupes de discussions, et une étude transversale auprès de 325 ménages.</p> <p><u>Autres</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Après 2004 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Politique impopulaire auprès de la population</li> <li>- Méconnaissance par la communauté de la politique, notamment des frais d'enregistrement et des populations exemptées</li> <li>- Qualité des soins, files d'attente et pénurie de médicaments au centre des préoccupations des communautés</li> </ul> </li> </ul>
Mwabu, G., et al. (1995)	<p><u>Méthode</u> : registres de 32 structures publiques et privées pour une période couvrant 6 mois avant la mise en place du paiement des soins, les 9 mois d'application du paiement des soins, et les 7 premiers mois de l'exemption du paiement des soins (période 1990-1992).</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de 41% des consultations dans les centres de santé publics</li> <li>- Augmentation de 4% des consultations dans les dispensaires publics (toujours gratuites)</li> <li>- Baisse des consultations dans le secteur privé de 32%</li> </ul>
Mwabu, G. and J. Wang'ombe (1997)	<p><u>Méthode</u> : registres d'1 hôpital de district et de 3 centres de santé publics dans un district, pour une période couvrant 6 mois avant la mise en place du paiement des soins, les 9 mois d'application du paiement des soins, et les 7 premiers mois de l'abolition du paiement des soins (période 1990-1992)</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de l'utilisation des services déambulatoires de 30%, mais pas au niveau précédent l'instauration des paiements directs (inférieur de 20%)</li> </ul>



Perkins, M., E. Brazier, et al. (2009)	<p><b>Méthode :</b> enquête réalisée auprès de 5332 femmes en 2003 et 5371 en 2006, dont 2110 et 2221 ayant respectivement donné naissance dans les 24 mois précédents, dans 2 districts ruraux (dépenses ajustées sur l'inflation). NB : les dépenses de santé n'incluent pas les dépenses liées au transport.</p> <p>➤ En 2006 :</p> <p><b>Sur l'utilisation des services :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 33% des naissances réalisées dans une formation sanitaire, dont 42% dans les hôpitaux publics et 28% dans les formations sanitaires privées ou religieuses</li> <li>- Femmes ayant accouché à domicile significativement plus pauvres que celles ayant accouché dans une formation sanitaire (indice de richesse respectivement 2.7 et 3.5)</li> </ul> <p><b>Sur les dépenses de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 98% des femmes rapportant avoir eu des dépenses de santé dans les formations sanitaires</li> <li>- Dépenses de santé pour les accouchements avec complications représentant 35% du revenu mensuel des ménages et 17% pour les accouchements simples</li> <li>- Dépenses de santé pour les soins maternels régressives dans chaque quintile (dépenses engagées par les femmes les plus pauvres non significativement différentes de celles des femmes les plus riches), sauf pour les plus pauvres qui dépensent plus que les frais de santé moyens</li> </ul> <p><b>Sur les coûts associés aux soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coût des soins pour un accouchement normal significativement plus élevé dans les structures privées que publiques (presque 2 fois plus cher)</li> <li>- Coût des soins pour un accouchement plus élevé à l'hôpital qu'à un centre de santé ou un dispensaire</li> <li>- Coût moyen des soins pour un accouchement avec complication 2 fois plus élevé que le coût d'un accouchement normal, mais coût modérément plus élevé dans les dispensaires et centres de santé</li> <li>- Coût d'un accouchement à domicile bien moins élevé que le coût d'un accouchement institutionnel</li> <li>- Coût des services représentant 2/3 des coûts liés à l'accouchement (en 2003 et 2006)</li> </ul> <p>➤ Entre 2003 et 2006</p> <p><b>Sur l'utilisation des services :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Légère augmentation de la proportion de femmes ayant accouché dans une formation sanitaire (de 29 à 33%)</li> <li>- Différence dans les indices de richesse entre les femmes ayant accouché à domicile et les femmes ayant accouché dans une formation sanitaire non significative en 2003, mais significative en 2006</li> </ul> <p><b>Sur les dépenses de santé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse de la proportion des femmes rapportant avoir eu des dépenses de santé dans les formations sanitaires (de 69.3% à 59.1% pour les séjours à l'hôpital et de 83.1% à 74.4% pour les frais d'enregistrement)</li> <li>- Augmentation de la proportion de femmes rapportant avoir eu des dépenses de transport (30% en 2003 contre 68% en 2006)</li> </ul> <p><b>Sur les coûts associés aux soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les accouchements simples : baisse significative de 25% du coût moyen, toute formation sanitaire confondue, mais augmentation des coûts liés aux soins maternels dans les structures privées + baisse du coût des services (enregistrement, séjour, etc.) et des médicaments, mais coût des services représentant 2/3 des coûts liés à l'accouchement (en 2003 et 2006)</li> <li>- Pour les accouchements avec complication : baisse (non-significative) de 6% du coût des accouchements avec complication, toute formation sanitaire confondue, due entièrement à la baisse de 33% des coûts dans les structures publiques (augmentation très forte du coût moyen dans les structures privées) + baisse proportionnellement plus important des coûts des services et des médicaments pour les accouchements avec complication (même niveau que les interventions simples)</li> </ul>
<b>Madagascar</b>	
<i>2002-2003 : exemption temporaire des paiements pour l'ensemble des services de santé publics.</i>	
Fafchamps, M. and B. Minten (2007)	<p><b>Méthode :</b> données de 138 centres de santé de tout le pays, sur les périodes de novembre à décembre 2001, de mai à juin 2002, et de novembre à décembre 2002 (politique implantée progressivement d'août 2002 à juin 2003)</p> <p><b>Sur l'utilisation des services :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre mensuel moyen de visites multiplié par 2 sur la 2<sup>e</sup> période dans les formations sanitaires, par rapport au niveau précédent la crise politique (208 contre 117)</li> <li>- Perception d'une plus grande fréquentation des patients pauvres dans les formations sanitaires selon le personnel soignant. Raisons évoquées : réduction du coût des médicaments (45% des répondants), abolition frais de consultation (31%) (76% au total évoquent abolition)</li> <li>- Abolition associée à une augmentation de 22% du nombre de visites dans les formations sanitaires (modèle de régression), en contrôlant pour les effets de l'amélioration post-crise du côté de l'offre (proxy = frigo fonctionnel) et de la demande (proxys = proportion de pauvres dans la commune, et coût du transport)</li> </ul>
<b>Ouganda</b>	
<i>2001 : exemption des paiements pour l'ensemble des services de santé du public, à l'exception des hôpitaux qui conservent la possibilité de faire payer les patients.</i>	
Basaza, R., et al. (2007)	<p><b>Méthode :</b> étude de cas menée en 2004-2005 sur 2 types de régimes communautaires d'assurance maladie avec des entretiens auprès de 63 individus (informateurs clés et patients).</p> <p>Pas de donnée sur la prestation des services de santé (en lien avec la politique d'exemption).</p>



Burnham, G., et al. (2004)	<p><u>Méthode</u> : données des registres de 78 centres de santé dans 10 districts, pour les 12 mois après, par rapport aux 8 mois avant la mise en place de la politique d'exemption.</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des nouvelles consultations de 53.3%</li> <li>- Augmentation des nouvelles consultations pour les enfants de moins de 5 ans de 27.3%</li> <li>- Augmentation des visites de suivi de 24.3%</li> <li>- Augmentation des visites de suivi pour les enfants de moins de 5 ans de 81.3%</li> <li>- Augmentation des vaccinations pour les moins de 5 ans de 17.2%, des consultations prénatales de 25.3%, et du planning familial de 32.3% (services déjà)</li> <li>- Perception des soignants et des comités de gestion d'un meilleur accès aux services de santé, surtout pour les plus pauvres (74% des soignants et 71% des comités de gestion)</li> </ul>
Deiminger, K. and P. Mpuga (2004)	<p><u>Méthode</u> : données descriptives issues du Uganda National Health Survey de 1999 et 2002, et d'enquêtes transversales sur 10696 et 9711 ménages.</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de l'utilisation des services de santé en cas de maladie de 69 à 79%, surtout dans les 2 quintiles les plus pauvres (+12 et +14 points).</li> <li>- Baisse de l'utilisation des structures publiques de 34 à 30%</li> </ul> <p><u>Sur les coûts associés aux soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baisse de la renonciation aux soins due au coût de 50 à 35% (baisse d'env. 20 points dans trois quintiles les plus pauvres).</li> </ul> <p><u>Méthode</u> : données administratives, toutes structures du pays [dates non précisées] (tout significatif à 1%) :</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des nouvelles consultations de 18.5% pour les moins de 5 ans et de 31% pour les plus de 5 ans</li> <li>- Augmentation du référencement de 26%</li> <li>- Augmentation du pesage des enfants de 38%</li> <li>- Augmentation de la supplémentation en vitamine A pour les enfants de 61%</li> <li>- Augmentation des visites prénatales de 12% et postnatales de +34%</li> <li>- Augmentation des accouchements en milieu de soins de 28%</li> </ul> <p><u>Sur les dépenses de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution de la probabilité de rationnement des soins (significative au niveau de 1%) de 8% pour les adultes, et de 11.5% pour les enfants de moins de 14 ans (en contrôlant pour autres variables)</li> <li>- Plus d'impact significatif de la richesse des parents sur le rationnement des soins après l'abolition pour les enfants, mais seulement atténuation pour les adultes (significativement au niveau de 10%)</li> <li>- Baisse des dépenses de santé pour les ménages avec un malade pour les deux quintiles les plus pauvres (significative au niveau de 1%) et pour le second quintile le plus riche (significative au niveau de 5%)</li> </ul> <p><u>Sur les indicateurs de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de changement significatif dans l'incidence de la maladie</li> <li>- Baisse du nombre de jours de travail perdus pour maladie de 8.3 à 7</li> <li>- Stabilité de la probabilité de tomber malade pour les adultes après abolition, mais plus liée à la richesse</li> <li>- Diminution de la propension à tomber malade pour les enfants de moins de 14 ans de 4.4% et plus liée à la richesse (en contrôlant pour d'autres variables)</li> </ul> <p><u>Autres</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Légère hausse de la capacité en lits</li> <li>- Nombre d'heures d'ouverture / jour inchangé</li> </ul>
Kajula, P. W., F. Kimtu, et al. (2004)	<p><u>Méthode</u> : perceptions de 8 communautés (groupes de discussion) et de 28 informateurs (soignants ou responsables santé à différents niveaux), après la mise en place de la politique.</p> <p><u>Sur les dépenses de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cas mentionnés de paiements informels demandés par les soignants</li> </ul> <p><u>Sur la qualité des soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Long temps d'attente pour les consultations</li> <li>- Attitude désagréable du personnel</li> </ul> <p><u>Autres</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisateurs contents de l'abolition</li> </ul>
Nabyonga, J., et al. (2005)	<p><u>Méthode</u> : registres de 106 structures dans 6 districts, de 2000 à 2002.</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des consultations dans les structures de référence publiques de 25.5% en 2001 et de 55.3% en 2002, sans différence pour les groupes socio-économiques et les groupes d'âge</li> <li>- Augmentation des consultations dans les centres de santé publics de 44.2% en 2001 et de 77.1% en 2002, surtout parmi les plus pauvres et parmi les plus de 5 ans</li> <li>- Augmentations modestes des consultations dans les structures privées sans but lucratif</li> <li>- Nombre d'hospitalisations stable</li> <li>- Pas de changement majeur dans les consultations prénatales (gratuits avant abolition)</li> </ul> <p><u>Méthode</u> : perceptions des communautés (89 focus groups) et des soignants/responsables de santé locaux (603 entrevues).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de détérioration dans l'attitude et la disponibilité des soignants après l'exemption</li> <li>- pas de détérioration dans la propreté/maintenance des structures après l'exemption</li> </ul>

Nabyonga-Orem, J., et al. (2008)	<p><u>Méthode</u> : perceptions des communautés (71 focus groups), informateurs-clefs (140 soignants et autorités de santé), et 71 comités de gestion après l'abolition.</p> <p><u>Sur la qualité des soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitude des soignants bonne en majorité</li> </ul> <p><u>Sur les dépenses de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quand manque de médicaments, ceux qui ont les moyens (pas les pauvres) se tournent vers le privé</li> </ul>
Pariyo, G. W., et al. (2009)	<p><u>Méthode</u> : données issues des Uganda National Household Surveys de 2002/2003 et 2005/2006 portant sur 52 088 individus en 2002/2003 (9711 ménages) et 42 227 en 2005/2006 (7426 ménages) dans 56 districts.</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausse du comportement de non-consultation en cas de maladie (OR=1.79, significatif)</li> <li>- Longue distance rarement citée comme raison pour ne pas consulter</li> <li>- Pas de changement significatif dans la distance comme raison pour ne pas consulter parmi les plus pauvres (OR=0.87, non significatif)</li> <li>- Augmentation des taux d'utilisation des centres de santé de 57 à 128% chez les plus pauvres, et de 51 à 91% chez les ruraux</li> <li>- Baisse importante des pratiques d'automédication de 36 à 6% chez les plus pauvres, et de 33 à 8% chez les ruraux</li> <li>- Plus grande probabilité d'utiliser les structures privées sans but lucratif (RRR=2.33, significatif) et les structures publiques (RRR=1.38, significatif), par rapport aux structures privées lucratives</li> <li>- Appartenance à un quintile plus riche associée progressivement à la baisse de l'utilisation des structures publiques par rapport aux structures privées</li> <li>- Passage du temps de 2003 à 2006 comme prédicteur significatif de l'utilisation des structures privées (OR=2.15) sans but lucratif et structures publiques, par rapport aux structures privées lucratives (OR=1.31)</li> <li>- Etre une femme associé significativement à l'utilisation des structures publiques (OR=1.38)</li> </ul> <p><u>Sur les coûts associés aux soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de changement significatif dans le coût élevé des soins comme raison pour ne pas consulter ni parmi les plus pauvres (OR=0.99, non significatif), ni parmi les ruraux (OR=0.89, non significatif)</li> </ul>
Ruteberwa, E., K. Kallander, et al. (2009)	<p><u>Méthode</u> : enquête transversale réalisée auprès des personnes en charge de 9176 enfants de moins de 5 ans dans le site de surveillance démographique Iganga-Mayuge entre octobre et décembre 2006 (autre intervention : distribution gratuite d'antipaludéens).</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation sanitaire comme lieu de consultation le plus fréquemment cité par les répondants ayant consulté pour un épisode de maladie (54.2%), et la pharmacie en 2e lieu (43.3 %)</li> <li>- Consultation dans les 24 heures chez 44% des répondants ayant consulté</li> <li>- Délai de consultation plus fréquent chez les répondants qui se rendent dans une formation sanitaire, en contrôlant pour la distance</li> <li>- Délai de consultation moins fréquent chez les répondants qui perçoivent une distance de moins de 1 km jusqu'au prestataire de soin (OR=0.72, significatif)</li> <li>- Délai de consultation plus fréquent dans le quintile le plus pauvre (OR = 1.41, significatif) par rapport au quintile le plus riche</li> </ul>
Ruteberwa, E., G. Pariyo, et al. (2009)	<p><u>Méthode</u> : enquête réalisée auprès de 1078 ménages ayant un enfant de moins de 5 ans dans le site de surveillance démographique Iganga-Mayuge entre janvier et février 2007.</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation à l'extérieur du domicile par 60.1% des répondants dont l'enfant a eu un accès de fièvre, dont 62.7% dans une pharmacie ou un prestataire privé et 33.1% dans une formation sanitaire publique</li> <li>- Raisons évoquées par les répondants de consulter dans une formation sanitaire publique (parmi les répondants ayant consulté dans une formation sanitaire publique) : personnel qualifié (56.6% ; OR=14.10, significatif), proximité (45%) et expérience (43.3%)</li> <li>- Raisons évoquées par les répondants de consulter dans une pharmacie ou un prestataire privé (parmi les répondants ayant consulté dans une pharmacie ou un prestataire privé) : proximité (71.9% ; OR=0.32, significatif), coût peu élevé du traitement (30.9%), et possibilité de payer à crédit (27%)</li> <li>- Analyse multi-variée : personnel qualifié et expérimenté toujours significativement associé à l'utilisation d'une formation sanitaire publique (OR=10.32 et 1.93 respectivement)</li> </ul>

<p>Xu, K., D. Evans, et al. (2006)</p>	<p><u>Méthode</u> : données des enquêtes socio-économiques nationales de 1997, 2000 et 2003 ; enquêtes transversales auprès de 6655, 10691 et 9710 ménages.</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stabilité de l'utilisation services de santé parmi les pauvres entre 1997 et 2000, et augmentation entre 2000 et 2003 (de 23% à 33.7%) + stabilité dans toutes les périodes pour les non-pauvres</li> <li>- Augmentation de l'utilisation du privé parmi les pauvres, surtout entre 1997 et 2000, et augmentation continue chez les non-pauvres</li> </ul> <p><u>En contrôlant pour autres variables</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauvres : utilisation services publics en légère hausse entre 1997 et 2000 (mais pas significative), forte hausse entre 2000 et 2003 (OR = 2.255, significatif). Entre 2000 et 2003, hausse de utilisation services privés (OR = 1.782, significatif), avec taux d'augmentation plus élevé qu'entre 1997 et 2000.</li> <li>- Non-pauvres : utilisation services publics en hausse sur toute la période, mais moins rapidement entre 2000 et 2003.</li> <li>- Augmentation de l'utilisation des services privés à taux identique dans les 2 périodes.</li> </ul> <p><u>Sur les dépenses de santé</u> :</p> <p>Proportion de ménages avec malade, ayant des dépenses de santé catastrophiques (toutes différences entre années sont significatives au niveau de 5%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauvres : baisse 1997-2000 mais hausse 2000-2003 (de 2.35 à 3.11%) [attention, les résultats en contrôlant pour les autres variables sont différents, voir ci-dessous]</li> <li>- Non-pauvres : baisse sur toute la période</li> </ul> <p><u>En contrôlant pour autres variables</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauvres : diminution significative et substantielle de l'incidence des dépenses catastrophiques entre 1997 et 2000. Pas de réduction significative entre 2000 et 2003, mais pas non plus de hausse (contrairement aux données descriptives ci-dessus).</li> <li>- Non-pauvres : incidence des dépenses catastrophiques en baisse légère et non significative entre 1997 et 2000, relativement grande et significative entre 2000 et 2003</li> </ul>
<p>Yates, J., et al. (2006)</p>	<p><u>Méthode</u> : données administratives du Ministère de la santé.</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entre l'année fiscale 2002-2003 et l'année fiscale 2000-2001 :</li> <li>- Augmentation de 84% des consultations dans les structures sanitaires publiques et privées sans but lucratif</li> <li>- Augmentation de la proportion d'enfants recevant la 3<sup>e</sup> dose de vaccin DTP (gratuit avant abolition) (de 48 à 84%)</li> <li>- Nombre d'hospitalisations stable</li> <li>- Baisse des accouchements en milieu de soins (de 23 à 20%).</li> </ul> <p><u>Méthode</u> : Village census du Ministère des finances (2002) :</p> <p><u>Sur les dépenses de santé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paiements informels dans les structures publiques déclarés par 9 % des répondants</li> </ul> <p><u>Autres</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pauvres: préférence accrue pour les structures publiques, réduite pour les guérisseurs.</li> <li>- Riches: préférence réduite pour les structures publiques, accrue pour les structures privées sans but lucratif.</li> </ul>
<p><b>Sénégal</b></p> <p>2005 : exemption des paiements pour les actes d'accouchements et césariennes dans les formations sanitaires publiques  2006 : exemption des paiements des services pour les personnes âgées de 60 ans et plus.</p>	
<p>Witter, S., et al. (2008)</p>	<p><u>Méthode</u> : évaluation menée dans les 5 districts ayant mis en place l'exemption de 2005</p> <p><u>Sur l'utilisation des services</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation significative du nombre d'accouchements dans les formations sanitaires publiques en 2005 (44%)</li> <li>- Augmentation significative du nombre de césariennes dans les formations sanitaires publiques en 2005 (5,6%)</li> <li>- Taux de mortalité néo-natale stable, voire baisse du taux pour les femmes ayant accouché par césarienne dans certains districts</li> </ul> <p><u>Sur la qualité des soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception de la qualité des soins par la population et les acteurs inchangée</li> <li>- Pas de réduction des coûts associés à la politique, notamment parce que les formations sanitaires continuent de faire payer les services censés gratuits (afin de limiter le manque à gagner et faire face aux pénuries de consommables), à l'exception notable des césariennes</li> <li>- Augmentation des coûts pour les autres services et consommables (surtout les médicaments) rapportée par la population</li> </ul>
<p><b>Tanzanie</b></p> <p>200- (?) : Exemption des paiements pour les services maternels et infantiles dans les formations sanitaires publiques</p>	

Kruk, M. E., et al. (2008)

Méthode : étude réalisée en 2007 auprès de 1204 femmes dans un district rural.

Sur l'utilisation des services :

- 36.6% des répondantes ayant donné naissance à leur dernier enfant dans une formation sanitaire, dont 46.5% dans une structure religieuse (contexte : 55 structures publiques contre 15 structures religieuses)
- Plus de 30% des femmes ayant accouché dans une structure publique se sont rendues à l'hôpital public

Sur les coûts associés aux soins :

- Maintien des frais pour les accouchements, dont des frais médicaux informels ou des dessous-de-table demandés par le personnel de santé (rapporté par 73.3% des répondantes ayant accouché dans une formation sanitaire)
- Coût moyen de l'accouchement plus élevé dans les structures religieuses par rapport aux formations publiques

Sur les dépenses de santé :

- Dépenses pour les services plus souvent rapportées par les femmes ayant accouché dans une structure religieuse, par rapport aux femmes ayant accouché dans une structure publique (86.5% contre 62.5%)
- Dépenses pour les services rapportées plus souvent par les femmes ayant accouché dans un hôpital public, par rapport aux femmes ayant accouché dans un dispensaire public ou dans un centre de santé (respectivement 78.9%, 73% et 26.3%)
- Répartition des dépenses dans les structures publiques vs. structures religieuses : transport (53.6% contre 15.4%), frais au prestataire de soins (26.6% contre 57.1%), médicaments et services diagnostics (9.1% contre 21.8%), séjour à la maternité (8.5% contre 5.7%), consommables durant l'accouchement (2.2% contre <0.1%)
- Frais au prestataire de soins plus souvent rapportés par les femmes ayant accouché dans les dispensaires publics, par rapport aux femmes ayant accouché dans les centres de santé ou les hôpitaux publics (respectivement 84.6%, 35.7% et 30%)

Sur la qualité des soins :

- Qualité des soins perçue comme assez mauvaise dans les dispensaires, comparée à la qualité des centres de santé et des hôpitaux

<b>2- Personnels de santé</b>	
<b>Afrique du Sud</b>	
Bhayat et Cleanton-Jones (2003)	<u>Disponibilité du personnel soignant :</u> - Hausse du ratio patient / soignant
Walker, L. et al. (2004)	<u>Satisfaction du personnel soignant :</u> - Sentiment mixte des infirmières interrogées par rapport au fait que procurer des soins gratuits puisse être valorisant personnellement - Sentiment que la charge de travail s'est accrue considérablement partagé par 84% des infirmières interrogées, avec le sentiment d'impacts négatifs sur leur pratique, comme le manque d'intimité pendant la consultation, l'impossibilité de remplir certaines fonctions, le manque de temps pour les consultations, mais également à titre privé, comme le sentiment d'être exploité, surmené ou encore frustré - Sentiment mixte des infirmières interrogées par rapport à l'évolution des relations de travail - Communication satisfaisante avec les médecins et entre le personnel des cliniques selon environ 40% des infirmières interrogées, mais mauvaise communication avec le personnel non-médical
<b>Ghana</b>	
Ansong-Tormui, J., et al. (2007)	<u>Disponibilité du personnel soignant :</u> - Disponibilité des sages-femmes
Bosu, W. K., et al. (2007)	<u>Disponibilité du personnel soignant :</u> - Augmentation de la charge de travail pour le personnel
Witter, S., M. Aikins, et al. (2007)	<u>Disponibilité du personnel soignant :</u> - Insuffisance du personnel médical face à l'augmentation du nombre d'accouchements : seulement 29% (région 1 <sup>ère</sup> vague) et 19% (région 2 <sup>e</sup> vague) pensent qu'il y a assez de personnel pour faire face à la hausse du nombre d'accouchements - Augmentation de la charge de travail pour le personnel mentionnée par 61% des répondants <u>Stratégies salariales et organisationnelles :</u> - Prime de motivation reliée à la charge de travail pour accouchements, instaurée par certaines régions (pas au niveau national) : 12% des soignants (travaillant dans région 1 <sup>ère</sup> vague) reçoivent une prime reliée à charge de travail pour accouchements. Sage-femmes reçoivent prime la plus élevée - Augmentation des salaires du personnel médical, à l'exception des accoucheuses traditionnelles (19% de leur salaire de base)
Witter, S., D. K. Arhinful, et al. (2007)	<u>Disponibilité du personnel soignant :</u> - Augmentation de la charge de travail pour le personnel - Non-inclusion des accoucheuses traditionnelles, à l'exception d'une région - Pour certains soignants, perte de revenu tiré des ventes de petit matériel aux parturientes. <u>Stratégies salariales et organisationnelles :</u> - Hausse générale des salaires, liée aux réformes salariales dans le secteur public - Prime de motivation (petit paiement par accouchement pour sages-femmes et personnel de soutien) instaurée par 1 région étudiée (pas mesure nationale)
<b>Kenya</b>	
Chuma, J., et al. (2009)	<u>Disponibilité du personnel soignant</u> ➤ Après 2004 : - Augmentation de la charge de travail du personnel
<b>Ouganda</b>	
Burnham, G., et al. (2004)	<u>Méthode :</u> perceptions de 73 soignants et 78 comités de gestion, une année après l'abolition <u>Stratégies salariales et organisationnelles :</u> -Recentralisation du paiement des salaires du personnel de santé <u>Disponibilité du personnel soignant :</u> - Nombre moyen de consultations par soignant : + 46.9% (tous), +19.5% (<5 ans). - Réduction voire arrêt de l'activité des comités de gestion. <u>Satisfaction du personnel soignant :</u> - Attitude négative du personnel face à son travail depuis abolition - Perte des suppléments de salaire pour personnel
Kajula, P. W., et al. (2004)	<u>Satisfaction du personnel soignant :</u> - Baisse de moral des soignants

<p>Nabyonga-Orem, J., et al. (2008)</p>	<p><u>Stratégies salariales et organisationnelles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausse des salaires mentionnés par les soignants juste après abolition, de moins en moins par la suite</li> <li>- Disparition des primes de motivation financière suite à l'abolition pour beaucoup de soignants</li> </ul>
<p>Yates, J., et al. (2006)</p>	<p><u>Stratégies salariales et organisationnelles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausse du salaire des médecins (+ 66%)</li> <li>- Accélération de la réforme de gestion de la masse salariale</li> <li>- Amélioration du système de paiement des salaires</li> <li>- Efforts de recrutement accéléré de personnel</li> </ul>

### 3- Information sanitaire

#### Ghana

Witter, S., D.  
K. Arhinful,  
et al. (2007)

- Pas d'information disponible au niveau central sur le nombre et le type d'accouchements réalisés, ainsi que sur le montant des remboursements

<b>4- Médicaments et vaccins</b>	
<b>Afrique du Sud</b>	
Walker, L. et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentiment que les médicaments essentiels ne sont pas disponibles en temps partagé par 80% des infirmières</li> <li>- Pénurie de médicaments et de consommables citée par les infirmières interrogées comme une barrière importante de l'implantation de la politique et comme un problème majeur dans leur relation avec les patients</li> </ul>
<b>Ghana</b>	
Ansong-Tornui, J., et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des consommables et équipements de base pour les soins obstétricaux d'urgence</li> </ul>
Witter, S., M. Aikins, et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 76% (région 1e vague) et 59% (région 2e vague) pensent qu'il y a assez de médicaments et consommables pour le nombre accru d'accouchements mais seulement quand la politique était financée</li> </ul>
<b>Kenya</b>	
Chuma, J., et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Après 2004 :</li> <li>- Pénurie des médicaments avant la fin du ravitaillement ou inadéquation par rapport aux besoins, incitant les formations sanitaires à faire payer les médicaments</li> </ul>
<b>Madagascar</b>	
Fafchamps, M. and B. Minten (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Index de disponibilité des médicaments : 72% contre 73% pendant la crise précédant l'abolition, et 86% avant la crise</li> <li>- Problèmes de disponibilité post-crise attribués à la hausse du nombre de consultations résultant de l'abolition, et à la mauvaise organisation de la distribution des médicaments gratuits</li> <li>- 3 millions US\$ de médicaments achetés par le centre gouvernemental de distribution de médicaments après crise, pour distribution gratuite (commencée seulement fin décembre 2002)</li> </ul>
<b>Ouganda</b>	
Burnham, G., et al. (2004)	<p><u>Méthode</u> : Perceptions de 73 soignants et 78 comités de gestion, une année après l'abolition.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur disponibilité médicaments, contrasté mais plus de réponses positives</li> <li>- Stocks additionnels de médicaments fournis lors de l'abolition épuisés 7 mois plus tard</li> </ul>
Deininger, K. and P. Mpuga (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité médicaments en légère baisse (significative au niveau de 1%)</li> </ul>
Kajula, P. W., et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes de disponibilité des médicaments, incluant antipaludéens.</li> <li>- Report vers le privé pour l'achat de médicaments</li> <li>- Nombreux cas de prescriptions incomplètes pour le paludisme</li> </ul>
Nabyonga, J., et al. (2005)	<p><u>Méthode</u> : Fiches de stocks de 2000 (avant abolition) à 2002.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du nombre de jours de ruptures de stocks en 2001 par rapport à 2000, puis baisse en 2002 (mais aucune différence significative)</li> <li>- Révision des procédures de commande de médicaments pour accélérer les livraisons</li> </ul>
Nabyonga-Orem, J., et al. (2008)	<p><u>Méthode</u> : Fiches de stocks de 85 structures dans 5 districts, années 2000 (avant abolition) à 2003.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantité de médicaments reçue en hausse après l'abolition dans les structures publiques (mais selon les régressions, l'abolition n'est pas un facteur significatif)</li> <li>- Augmentation du nombre de jours de rupture de stocks peu après l'abolition, puis réduction</li> </ul> <p><u>Méthode</u> : Perceptions communautés (71 focus groups), informateurs-clefs (140 soignants et autorités de santé) et 71 comités de gestion après l'abolition.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation progressive de la disponibilité des médicaments dans les années suivant l'abolition</li> <li>- Malgré les améliorations, la moitié des communautés et 1/4 des comités de gestion disent que certains patients ne reçoivent pas médicaments à cause de problèmes de disponibilité</li> <li>- 80% soignants déclarent retards de livraison des médicaments, surtout dans l'année suivant l'abolition, attribué aux lourdeurs de bureaucratie au niveau du district</li> <li>- Libération immédiate de 526 000 US\$, du Ministère des Finances vers les districts, pour l'achat de médicaments (hausse de 22% du budget médicaments)</li> </ul>



<p>Yates, J., et al. (2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des allocations budgétaires pour les médicaments, surtout pour les structures de santé primaire rurales (ex : 500 000 US\$ attribués par le gouvernement aux districts pour des commandes de médicaments juste après l'abolition)</li> </ul>
<p><b>Sénégal</b></p>	
<p>Witter, S., et al. (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retard dans la distribution des kits d'accouchements</li> <li>- Répartition géographique des kits d'accouchements hétérogène</li> <li>- Sous-distribution des kits d'accouchement</li> </ul>

## 5- Financement du système de santé

### Ghana

*Politique financée par le fonds d'annulation de la dette pour les pays pauvres très endettés (PPTE). Centres de santé remboursés sur la base d'un tarif national, en fonction du nombre et du type de prestations fournies.*

Asante, F. A., et al. (2007)	<p><u>Modalités d'allocation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décentralisation des fonds (et de la responsabilité d'application de la politique) aux districts, dans une collaboration entre le secteur santé, et les District Assemblies qui agissent comme gestionnaire de fonds.</li> <li>- Structures sanitaires exemptent les parturientes puis l'administration sanitaire de district fait le lien avec les District Assemblies pour faire rembourser les structures sanitaires</li> </ul> <p><u>Modalités de paiement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de remboursement fixé par le Ministère de la Santé selon le type d'accouchement et de structure sanitaire</li> </ul>
Witter, S., D. K. Arhinful, et al. (2007)	<p><u>Modalités de paiement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon la réglementation nationale de 2004, pour régions, allocation en fonction du nombre d'accouchements prestés avec un taux unitaire plus élevé pour les régions plus pauvres. Mais dans 1 région étudiée, allocation aux districts selon le nombre de structures sanitaires</li> <li>- Taux fixes de remboursement approuvés par le Ministère Santé selon le type d'accouchement et de structure sanitaire. Mais dans 2 régions étudiées, taux de remboursement variables, plus ou moins élevés que les coûts réels.</li> <li>- Flexibilité entre les hôpitaux et les centres de santé pour le remboursement des frais en cas de référence, devant l'absence de réglementation</li> </ul> <p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Source : fonds d'allègement de la dette (PPTE); mais difficile pour Ministère Santé d'argumenter pour poursuite financement, à cause de l'implantation de l'assurance-santé nationale depuis fin 2005.</li> <li>- Pendant la 1<sup>ère</sup> vague, pas de financement prévu pour le surplus de clientes venant des régions non exemptées</li> <li>- Financement difficilement prévisible, insuffisant et discontinu, impliquant un retour au paiement des soins dans certains districts, une crise de confiance parmi les acteurs du public et du privé, la suspicion des patients sur l'utilisation des fonds, et parfois l'accroissement de dettes par les établissements de santé</li> <li>- Mesure sous-financée de 34% en 2004, de 73% en 2005 quand toutes les régions sont couvertes.</li> <li>- Fonds versés en début d'année fiscale, mais insuffisants pour l'année</li> <li>- Plainte que pas de financement additionnel pour le coût d'administration du mécanisme</li> </ul>
Witter, S. and S. Adjei (2007)	<p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au début, financement avec fonds de l'initiative PPTE (contrôlés par Ministère Finances). Mais supprimé en 2005 : perception que la nouvelle assurance-santé nationale prendrait le relais (mais en fait, son implantation est plus lente que prévu). Bailleurs interrogés disent que niveau central n'a pas sollicité d'autres financements.</li> <li>- Financement difficilement insuffisant et discontinu, impliquant une crise de confiance parmi les acteurs du public et du privé, la suspicion des patients sur l'utilisation des fonds, et parfois l'accroissement de dettes par les établissements de santé</li> </ul> <p>Facteurs d'explication :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Imprédictibilité de l'environnement financier</li> <li>➢ Plusieurs politiques concurrentielles, notamment l'assurance-maladie au Ghana</li> <li>➢ Intérêts et perspectives différents selon les acteurs du système (au niveau national, les décideurs ont intérêt à prendre des risques sur le plan politique, mais ne se préoccupent pas de la gestion)</li> <li>➢ Manque d'information (horizontale et verticale) sur le financement de la politique, conduisant à une gestion inappropriée</li> <li>➢ Multiplicité des acteurs impliqués, conduisant à un manque de responsabilisation et de supervision</li> </ul> <p><u>Modalités d'allocation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonds envoyés aux districts (d'abord aux autorités politiques locales, puis via l'administration sanitaire) pour rembourser les structures sanitaires selon le nombre d'accouchements</li> <li>- Pas de plan fixant durée et coût du programme, provenance des fonds</li> </ul> <p><u>Modalités de paiement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixation de taux de remboursement selon le type d'accouchement et de structure sanitaire (taux de remboursement supérieur pour les structures privées puisqu'elles ne reçoivent pas de subventions publiques)</li> </ul>
Witter, S., M. Aikins, et al. (2007)	<p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement avec fonds d'allègement de la dette (PPTE)</li> <li>- Niveau national dit ne pas avoir été informé du 2<sup>e</sup> versement (2005), donc n'a pas donné d'instructions d'utilisation.</li> </ul> <p><u>Modalités d'allocation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonds envoyés aux districts pour rembourser structures sanitaires selon nombre d'accouchements</li> </ul> <p><u>Modalités de paiement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux fixes de remboursement approuvés par Ministère Santé, selon type d'accouchement et de structure sanitaire</li> </ul>
Bosu, W. K., et al. (2007)	<p><u>Débloccage de fonds supplémentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Environ 2 millions US\$ "voted" pour l'exemption dans les 4 premières régions</li> </ul>

### Kenya

Chuma, J., et al. (2009)	<p>➤ Après 2004 :</p> <p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte de revenu pour les formations sanitaires au centre des préoccupations du personnel soignant</li> <li>- Pas d'homogénéité des montants et types de frais demandés aux patients entre les formations sanitaires</li> <li>- Faible adhésion des formations sanitaires à la politique (non-adhésion de 14 formations sanitaires sur 20), sauf parmi les dispensaires</li> </ul> <p>Facteurs influençant la non-adhésion des formations sanitaires à la politique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pénurie de médicaments ou médicaments non adaptés aux besoins</li> <li>➤ Nécessité de maintenir la prestation des soins, face à l'insuffisance des allocations budgétaires octroyées par le gouvernement et au faible coût des frais d'enregistrement</li> <li>➤ Nécessité de payer le personnel de soutien et les services des laboratoires (souvent privés)</li> <li>➤ Offre de services large, voire soins hospitaliers</li> </ul>
Mwabu, G., et al. (1995)	<p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de fonds du gouvernement pour poursuivre la politique d'exemption, donc rétablissement graduels des paiements des soins en avril 1992</li> </ul>
<b>Madagascar</b>	
Fafchamps, M. and B. Minten (2007)	<p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incertitudes sur la faisabilité financière de maintenir l'exemption dans le temps, tout en préservant qualité des services (dépend probablement en grande partie de l'engagement des bailleurs de fonds dans les secteurs de la santé et de l'éducation)</li> </ul>
<b>Ouganda</b>	
Burnham, G., et al. (2004)	<p><u>Débloqué de fonds supplémentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subvention du Ministère de la Santé de 5.5 millions US\$ [chiffre erroné ? pas cohérent avec chiffres dans autres articles], tiré du District Health Services Project financé par la Banque Mondiale (= augmentation de 22% du budget des médicaments du Ministère pour 2001)</li> </ul>
Kajula, P. W., et al. (2004)	<p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité des structures sanitaires d'assumer les dépenses récurrentes (achat médicaments, recrutement et motivation du personnel)</li> </ul> <p><u>Modalités d'allocation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décision abrupte n'a pas permis la mise en place à temps d'arrangements viables (notamment de réformer le déboursement de fonds et les systèmes de gestion)</li> </ul>
Nabyonga, J., et al. (2005)	<p><u>Débloqué de fonds supplémentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du budget du secteur santé pour compenser perte des revenus liée à l'exemption</li> </ul> <p><u>Modalités d'allocation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexibilité accrue d'utilisation des fonds par districts, pour diriger fonds vers domaines auparavant financés par les paiements des usagers</li> </ul>
Nabyonga-Orem, J., et al. (2008)	<p><u>Débloqué de fonds supplémentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Libération immédiate de 526 000 US\$ du Ministère des Finances vers les districts, pour l'achat de médicaments (= hausse de 22% du budget médicaments).</li> <li>- Augmentation du budget de la santé de 12.5 millions US\$ pour l'année fiscale débutant 4 mois après l'abolition, pour couvrir la perte du revenu liées à l'exemption</li> <li>- Augmentation des subventions pour les dépenses récurrentes (hors salaires) entre 2000/01 et 2002/03, de 165% pour centres de santé et de 66% pour hôpitaux</li> </ul> <p><u>Modalités d'allocation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexibilité accrue d'utilisation fonds par districts, pour diriger fonds vers domaines auparavant financés par les paiements des usagers</li> </ul>
Pariyo, G. W., et al. (2009)	<p><u>Modalités d'allocation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduction de mécanismes de gestion des fonds avec les subventions des bailleurs transitant par le budget national, dans une approche sectoriel, pour réduire les problèmes posés par des approches importées par les bailleurs de fonds et mieux harmoniser l'afflux de ressources dans le secteur de la santé</li> </ul> <p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sous-investissement dans le secteur de la santé pour délivrer les soins de santé de base, qui conduit à la pénurie de médicaments, laboratoires non fonctionnels, personnel non qualifié, non supervisé et pas motivé et qui ont contribué à l'utilisation des pharmacies et laboratoires privés</li> </ul>

Yates, J., et al. (2006)	<p><u>Débloccage de fonds supplémentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allocations budgétaires accrues pour les médicaments, surtout pour les structures de santé primaire rurales. Par ex, juste après abolition, gouvernement a fourni 500 000 US\$ aux districts pour commandes de médicaments.</li> <li>- Dans les 2 ans suivant l'abolition, dans les allocations par le Ministère des Finances, le budget du secteur santé est celui qui a le plus augmenté proportionnellement</li> </ul> <p><u>Modalités d'allocation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réformes facilitées par le passage du financement par projets au financement via le budget gouvernemental à partir de 2001-2002</li> </ul> <p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puisque pas d'introduction graduelle de financement alternatif, pertes de revenu pour les structures sanitaires</li> <li>- Décision soudaine, donc plan du Ministère Santé pour introduction graduelle de financement alternatif n'a pas pu être suivi.</li> </ul>
Xu, K., et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de son financement par le gouvernement pour les services de santé de district, pour compenser la perte de revenu liée à l'exemption (les paiements directs finançaient environ 5% des dépenses totales au niveau des structures sanitaires)</li> </ul>
<b>Sénégal</b>	
Witter, S., et al. (2008)	<p>➤ Après 2005 :</p> <p><u>Disponibilité des fonds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retard dans les remboursements</li> <li>- Sous-distribution de kits d'accouchement, mais sur-financement des césariennes (de 18% en 2005 et 30% en 2006)</li> </ul>

<b>6- Gouvernance et leadership</b>	
<b>Afrique du Sud</b>	
Walker, L. et al. (2004)	<p><u>Développement de collaboration et de coalition :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception positive de la politique par les infirmières</li> <li>- Facteurs cités le plus fréquemment comme barrière importante à l'implantation de la politique : pas d'implication des infirmières dans le processus, communauté insuffisamment informée, manque de planification, manque de personnel supplémentaire, personnel insuffisamment informé</li> <li>- Frustration des infirmières de ne pas avoir été consultées dans le cadre de la politique, créant le sentiment d'un large gouffre entre les décideurs et le personnel de santé en 1<sup>ère</sup> ligne, et d'un manque de reconnaissance</li> <li>- Frustration de 2 coordinateurs sur 3 par rapport au fait de ne pas avoir été impliqués dans le processus d'implantation de la politique</li> </ul>
<b>Ghana</b>	
Witter, S. and S. Adjei (2007)	<p><u>Développement de collaboration et de coalition :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception positive de la politique par les acteurs du système</li> <li>- Régions pas consultées pour estimer les fonds requis, pas informées sur durée d'utilisation des fonds versés, sur date du versement suivant</li> </ul> <p><u>Orientation politique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guidelines d'implantation publiées par Ministère Santé en 2004, mais très peu de soutien/supervision de l'implantation</li> </ul>
Witter, S., D. K. Arhinful, et al. (2007)	<p><u>Orientation politique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compréhension relativement similaire de la politique par les acteurs du système de santé</li> <li>- Administration du système d'exemption gérable</li> <li>- Perception que les communautés sont bien informées et enthousiastes</li> <li>- Manque d'information sur le financement du système et le système d'allocation des fonds</li> </ul> <p><u>Développement de collaboration et de coalition :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de suivi et de responsabilité vis-à-vis de la politique du à la complexité du processus et à la multiplicité des acteurs</li> <li>- Faible supervision</li> <li>- Problèmes de compréhension parmi certaines sages-femmes</li> </ul>
Witter, S., M. Aikins, et al. (2007)	<p><u>Développement de collaboration et de coalition :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestionnaires locaux pas consultés sur les besoins, pas informés du calcul des versements, de la période couverte, de la date du prochain versement</li> </ul> <p><u>Orientation politique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure publicisée par les réunions avec les leaders traditionnels, TV/radiodiffusion, réunions publiques, mais pas toujours bien comprise par communautés.</li> <li>- Plupart des soignants interrogés ont été informés de l'exemption par canaux officiels ou par circulaires</li> <li>- Personnel médical informé de la politique, à l'exception des accoucheuses traditionnelles non incluses dans la politique</li> </ul>
<b>Kenya</b>	
Chuma, J., et al. (2009)	<p><u>Orientation politique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méconnaissance de la politique, et notamment des exemptions et des montants à percevoir, par le personnel soignant, et les autorités de district</li> <li>- Perception positive de la politique par le personnel soignant</li> </ul>
<b>Madagascar</b>	
Fafchamps, M. and B. Minten (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décalage entre l'implantation de la politique à Antananarivo et son implantation dans les zones rurales (93% des formations sanitaires mettant en place l'exemption dans la province d'Antananarivo contre 74% des formations sanitaires rurales incluses dans l'étude), du à la difficulté du gouvernement d'asseoir son autorité sur l'ensemble des provinces</li> </ul>
<b>Ouganda</b>	
Basaza, R., et al. (2007)	<p><u>Orientation politique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflit entre la promotion des régimes communautaires d'assurance maladie, qui ne bénéficie plus de l'impulsion politique, et l'abolition des paiements directs</li> </ul>
Deiminger, K. and P. Mputa (2004)	<p><u>Orientation politique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abolition fait partie d'un plan stratégique plus large pour le secteur santé, impliquant réorientation vers les services de santé de base, augmentation (modeste) du financement total, passage des bailleurs d'un financement par projets à un financement sectoriel</li> </ul>
Kajula, P. W., et al. (2004)	<p><u>Orientation politique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventions environnementales (lutte contre les vecteurs du paludisme) affectées par la politique</li> <li>- Réduction des activités d'éducation à la santé dans les communautés à certains endroits</li> </ul>

	<b>Sénégal</b>
Witter, S., et al. (2008)	<u>Orientation politique :</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Connaissances de la politique hétérogènes et méconnaissance de ses implications pratiques</li><li>- Différences de gestion dans les formations sanitaires, notamment sur les types de services payants</li></ul>