

## CHAPITRE 7

# Politiques contemporaines de gratuité des soins en Afrique<sup>1</sup>

*Valéry Ridde, Florence Morestin et Loubna Belaid*

La gratuité des soins est devenue un sujet d'actualité en Afrique. Pour être plus précis, nous devrions dire qu'elle est redevenue d'actualité car nombres d'Africains se souviennent des politiques de santé quelques années après les indépendances où les soins étaient gratuits... , mais les médicaments absents des hôpitaux. Mais ce n'est pas de cela que nous allons traiter dans ce chapitre car notre perspective est exclusivement contemporaine. Avant de traiter du contexte actuel, il nous faut, d'emblée et contre les habitudes, remettre en question le titre et la première phrase de notre chapitre. L'usage du mot « gratuité » doit être prise ici comme une convenance rédactionnelle pour annoncer de manière plus explicite les propos tenus dans ce chapitre (il faut bien attirer le lecteur!). Si les acteurs de terrain et les populations évoquent souvent le terme de « gratuité des soins », il doit bien être clair ici que les soins ne sont jamais gratuits, comme nous l'entendons souvent dire par les infirmiers des dispensaires africains : « il y a toujours quelqu'un qui paye quelque part ». On le verra dans la suite du chapitre, même lorsque le paiement des soins n'est plus réclamé au patient qui vient consulter, ce

---

1. Le présent chapitre est une version remaniée d'un document de travail (Ridde et Morestin, 2009) qui concernait les articles scientifiques publiés jusqu'en juillet 2008 ; il a permis d'intégrer 14 articles supplémentaires. Ce texte a été écrit dans le double contexte de l'équipe interdisciplinaire de recherche sur la vulnérabilité et l'équité en santé en Afrique (Teasdale-Corti <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/index.htm>) et d'un programme de recherches opérationnelles organisé pour le compte de l'ONG allemande HELP financée par ECHO (bureau de l'aide humanitaire de la commission européenne). V. Ridde dispose d'une bourse de recherche du Fonds pour la recherche en santé du Québec (FRSQ).

dernier aura toujours déboursé quelques francs CFA pour se déplacer ou pour pourvoir à l'alimentation de ses accompagnants par exemple. Ainsi, même en l'absence de paiement direct, les soins ne sont pas gratuits, d'une part, et cette suppression du paiement doit être compensée par une nouvelle source de revenu, d'autre part. Mais par commodité de langage, il nous a semblé utile de titrer « gratuité des soins » ce chapitre consacré aux politiques contemporaines de suppression du paiement direct. Mais revenons rapidement sur l'histoire du financement de la santé.

## CONTEXTE CONTEMPORAIN

Dans les années 1980, la quasi-totalité des pays africains ont instauré le paiement direct des soins par les usagers (*user fees*) comme principale modalité de financement de leur système de santé. Ces orientations s'inscrivaient dans la logique des recommandations de l'initiative de Bamako et visait à garantir un niveau de financement suffisant des services de santé de première ligne (Ridde, 2008). Ce choix des pouvoirs publics et des organisations internationales les soutenant était toutefois contesté par une partie de la société civile et de la communauté scientifique (UNICEF, HAI *et al.*, 1989; Green, 1999). Ainsi, dès 1990, l'Association canadienne de santé publique (ACSP), s'alarmait et déclarait : « les ressources financières nécessaires pour disposer de façon durable des soins de santé primaires ne doivent pas être collectées par l'imposition d'un fardeau financier supplémentaire sur les plus pauvres et les plus vulnérables de la société [...] » (CPHA, 1990 : 7). De nombreuses études en Afrique (Mwabu, Mwanzia *et al.*, 1995; Creese et Kutzin, 1997; Gertler et Hammer, 1997; Sakho et Yonli, 1997; Kipp, Kamugisha *et al.*, 2001; Ridde, 2003), notamment nos propres recherches au Burkina Faso, au Mali et ailleurs (Ridde, 2003; Haddad, Nougata *et al.*, 2004; Ridde, Bonhoure *et al.*, 2004; Ridde et Girard, 2004), ont confirmé ces appréhensions et montré que, s'il a amélioré l'accès aux médicaments, le paiement direct a contraint l'accès des populations vulnérables aux services, conduisant à une réduction de l'utilisation des services (Nolan et Turbat, 1995; Palmer, Mueller *et al.*, 2004; James, Hanson *et al.*, 2006; Lagarde et Palmer, 2006), notamment par les femmes (Nanda, 2002) et par les plus pauvres (Stierle, Kaddar *et al.*, 1999; Ridde et Girard, 2004; Gilson et Intyre, 2007). Or, dans un contexte général de pauvreté, d'état de santé particulièrement mauvais et de volonté d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (United Nations, 2006), l'accès au système de santé est un déterminant majeur, comme vient de nouveau de le rappeler la

Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé (Gilson, Doherty *et al.*, 2007 ; Gilson et Intyre, 2007).

L'une des solutions envisagées dès le début de l'instauration du paiement direct a été l'exemption du paiement pour les personnes qui ne disposent pas des capacités financières. Mais, d'une part, très peu de pays ont réellement mis en place de tels systèmes d'exemptions (Gilson, Kalyalya *et al.*, 2001 ; Ridde, 2008), et, d'autre part, les rares expériences ont été inefficaces pour protéger les plus pauvres (Leighton et Diop, 1995). Face à ces difficultés, la solution envisagée est maintenant d'abolir le paiement pour tous, ou à tout le moins pour des catégories de personnes ou de services facilement identifiables. Aussi, une étude a estimé que l'abolition du paiement des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans 20 pays d'Afrique subsaharienne pourrait sauver de 150 000 à 300 000 vies (James, Morris *et al.*, 2005). De fait, plusieurs pays ont dès les années 1990 commencé à subventionner ou à supprimer le paiement direct pour certains groupes populationnels ou pour le traitement de certaines pathologies (Gilson et McIntyre, 2005). Les principales agences de coopération et les organismes de soutien au développement se sont aussi progressivement rangés à cette approche (Poletti et Sondrop, 2004 ; Richard, 2004 ; Save the Children et Witter, 2005). Depuis 2006-2007, la Banque mondiale, les coopérations anglaise et danoise se sont engagées à soutenir les pays abolissant les frais aux usagers (DFID, 2006 ; World Bank, 2007).

La directrice générale de l'OMS a récemment déclaré : « if you want to reduce poverty, it makes sense to help governments abolish user fees » (Chan, 2007). Cependant, après 20 ans de mise en place des frais aux usagers, de nombreux pays africains rechignent encore à supprimer cette modalité de financement. Cela est surtout vrai en Afrique de l'Ouest où les sommes collectées restent à l'échelle locale. Elles sont souvent thésaurisées et parfois utilisées pour certaines activités médicales, mais pas pour exempter de paiement les pauvres, comme le stipulait le principe 7 de l'initiative de Bamako. Les réticences de ces pays ne s'expliquent pas simplement par des raisons idéologiques concernant le paiement direct. Les décideurs veulent aussi savoir si la suppression du paiement des soins est efficace et comment la mettre en place. Voilà pourquoi, face à la recrudescence des expériences et aux demandes répétées des décideurs de disposer de l'état des connaissances sur le sujet, nous avons entrepris de réaliser une recension des écrits scientifiques. L'objectif de ce chapitre est donc de dresser l'état des connaissances publiées dans les revues scientifiques concernant l'abolition du paiement direct en Afrique. Il s'agit ensuite de relever les leçons apprises de ces expériences nationales ainsi que de mettre au jour les besoins de recherche.

## MÉTHODES

La recension des écrits a porté exclusivement sur les articles scientifiques publiés dans des revues à comité de lecture.

### Critères d'inclusion des études

Premièrement, pour être retenue, une étude devait avoir pour sujet central la suppression des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique subsaharienne. Dans les écrits, différents termes (avec différentes définitions) sont utilisés pour désigner de telles expériences: abolition des frais, exemption, subvention, gratuité... Peu importe la terminologie employée, nous avons retenu uniquement les études portant sur des mesures de grande envergure, applicables à des groupes entiers de population à l'échelle nationale (par opposition aux études sur la suppression du paiement au cas par cas, par exemple pour les pauvres). Ce choix s'explique par le fait que les données issues de projets pilotes ne représentent pas les difficultés d'une application nationale, car ils sont souvent très contrôlés et soutenus par une assistance technique importante.

Le second critère d'inclusion, et compte tenu du temps et des ressources dévolues à cette recension, délimitait le type d'étude admissible: les études de cas, publiées dans des périodiques avec comité de révision par les pairs. La révision par les pairs est le critère de qualité des études incluses dans cette recension, étant donné la difficulté à appliquer d'autres critères. En effet, parce que l'évaluation des interventions populationnelles soulève de grands défis, la Cochrane Collaboration admet qu'on considère même les études basées sur des devis moins robustes. Elle recommande d'effectuer une *scoping study* préliminaire pour identifier les types de devis utilisés pour étudier l'intervention, avant de prendre une décision quant à ceux à retenir (Gilson et Intyre, 2007; Cochrane, 2008). Nous avons procédé à une telle *scoping study* sur l'abolition des frais aux usagers, sous la forme d'un *literature mapping* (Anderson, Allen *et al.*, 2008) et d'une étude préliminaire du contenu. Nous avons constaté que les publications révisées par les pairs sont peu nombreuses, recourent à toute une gamme de devis, et que, malgré des imperfections méthodologiques, elles sont globalement de meilleure qualité que la vaste littérature grise sur le sujet (nombreux rapports d'ONG, de consultants ou d'agences de coopération internationale, à la validité et à l'objectivité variables). Nous avons donc préféré retenir la révision par les pairs des revues scientifiques comme critère de qualité minimale.

## Méthodes d'identification des études

La période considérée pour la recherche d'articles débute en 1988 (limite minimale, correspondant à l'introduction généralisée des frais aux usagers en Afrique subsaharienne), et s'étend jusqu'à juin 2009 inclus. Premièrement, les bases de données Ovid Medline, Web of Knowledge, Cinahl et AJOL (African Journals On Line) ont été explorées à l'aide de plusieurs combinaisons de mots clés (et de leur troncature) : [« 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 »]. La base de données Cinahl a été explorée à l'aide du thésaurus. Nous avons utilisé les mots clés suivants : « 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 combiné l'ensemble de ces mots clés avec ceux cités précédemment. Les résumés des articles ainsi identifiés ont été passés en revue. Deuxièmement, nous avons systématiquement exploré trois sites Internet offrant de nombreuses ressources documentaires sur le financement de la santé (Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale, et le portail de ressources sur le développement Eldis). Troisièmement, nous avons examiné les articles sous presse (en date de fin juillet 2008) sur les sites Web de trois périodiques publiant régulièrement des articles sur le financement de la santé dans les pays en développement (*Health Policy and Planning* ; *Bulletin of the WHO* ; *Social Science and Medicine*). Quatrièmement, nous avons passé en revue la bibliographie de toutes les études identifiées aux étapes précédentes. Cette combinaison de stratégies de recherche a permis d'atteindre un point de saturation au-delà duquel nous ne trouvions plus de nouvelles références. Enfin, la liste finale d'études pour la recension a été validée par deux experts de l'abolition des frais aux usagers.

## Méthodes de collecte et d'analyse des données

En raison des caractéristiques de la littérature sur l'abolition des frais aux usagers (décrites dans la section sur les critères d'inclusion), cette recension prend la forme d'une *scoping study* : les études incluses ne sont pas discriminées selon la robustesse de leur devis, et on ne prétend pas attribuer un « poids » relatif aux différentes données qui en sont tirées (Arksey et O'Malley, 2005).

Le contenu des articles a été extrait et synthétisé selon une méthode descriptive analytique, en appliquant un cadre d'analyse tiré de l'étude des politiques publiques (Ridde, à paraître). En effet, le paiement des soins peut être compris comme un instrument (Howlett et Ramesh, 1995) des politiques publiques de santé. Le processus des politiques publiques peut être compris comme étant composé de plusieurs sous-processus. Depuis les propositions de Lasswell dans les années 1950, de multiples auteurs ont suggéré des dénominations variées de ces « étapes » (deLeon, 1999). L'objet de cet article n'est pas de revenir sur ces débats auxquels nos propres travaux contribuent (Ridde, Delormier *et al.*, 2007). Nous cherchons plutôt un découpage heuristique (une *textbook approach* (Nakamura, 1987)) pour comprendre le processus de mise en œuvre de la suppression du paiement. Aussi, nous retiendrons dans cet article l'existence de trois sous-processus récurrents et parfois concomitants : l'émergence, la formulation et la mise en œuvre de l'abolition du paiement. L'ensemble de ce processus vise à produire des effets, en particulier (mais pas seulement) améliorer l'accès au système de santé ; nous séparerons les effets sur l'utilisation des services de santé, des autres effets constatés dans les écrits. Pour chacune des quatre dimensions (émergence, formulation, mise en œuvre, effets), l'analyse du contenu présenté dans les articles a permis d'identifier certaines sous-dimensions inductives.

## RÉSULTATS

### Description des études

La stratégie de recherche a permis d'identifier 34 études répondant aux critères d'inclusion, dont une (publiée dans un périodique africain) n'a pas pu être obtenue (Netshandama, Nemathaga *et al.*, 2005). Le tableau 13 montre la répartition des 34 articles analysés selon le pays étudié, l'année de publication, l'année de démarrage de l'abolition des frais aux usagers et son champ d'application. Tous les articles concernent des pays d'Afrique anglophones, sauf un sur Madagascar. Les publications sont concentrées dans les six dernières années (30 articles sur 34, publiés depuis 2003).

**TABLEAU 13**  
Pays, date et articles concernés par l'abolition

		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ouganda	Tous services dans secteur public, sauf dans hôpitaux pour patients capables de payer												X			2	2	2	1	1	2	10
Ghana	Tous services reliés à l'accouchement, dans secteurs public et privé														X		X		6		1	7
Afrique du Sud	Dans secteur public : • 1994 : Tous services pour enfants < 6 ans et femmes enceintes et allaitantes • 1996 : Tous soins primaires					X		X	1				1		1	1			1		3	8
Kenya	Tous services dans secteur public, sauf services diagnostics (laboratoire)	X					1		1										1	1	3	7
Niger	Tous services reliés à l'accouchement et les consultations de moins de cinq ans dans le secteur public																		X		1	1
Madagascar	Services dans centres de santé publics													X								1
Total							1		2				1		1	3	2	2	10	2	10	34

X : Date de l'abolition

## Émergence de l'abolition

La plupart des articles n'évoquent que brièvement, et seulement pour mettre leur étude en contexte, les conditions d'émergence de l'abolition des frais aux usagers. Des quelques informations disponibles, on peut retenir les éléments suivants.

*Preneur de décision* : L'abolition est décidée aux plus hauts niveaux du gouvernement ; dans certains cas (Ouganda, Afrique du Sud, Madagascar), elle est directement attribuée au Président. Le rôle du ministère de la Santé est mentionné pour l'Ouganda ; il envisageait l'abolition depuis déjà plusieurs mois (Yates, Cooper *et al.*, 2006) mais aurait manqué de poids politique pour imposer la décision (Kajula, Kintu *et al.*, 2004). Au Kenya, son rôle a été d'annoncer officiellement les changements mais aucune donnée sur sa participation dans le processus de la mise en place de la réforme n'a été mentionnée. (Chuma *et al.*, 2009) Les bailleurs de fonds sont parfois évoqués comme ayant un intérêt pour l'abolition (Ghana) (Witter et Adjei, 2007), ou indirectement, comme en Ouganda où ils avaient décidé avec le gouvernement, depuis plusieurs années, que le nombre de consultations dans les structures sanitaires serait un indicateur de lutte contre la pauvreté (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005). Un article (Kajula, Kintu *et al.*, 2004) signale des réticences des bailleurs de fonds face à l'abolition en Ouganda

(crainte de conséquences négatives sur le financement du secteur de la santé), mais en se basant sur les commentaires d'un seul informateur.

*Contexte:* Dans plusieurs cas, l'abolition des frais aux usagers a été décidée soudainement et dans un contexte très politisé (pré- ou post-électoral). En Afrique du Sud, il s'agissait d'une des premières décisions du premier gouvernement post-Apartheid, à forte valeur symbolique en termes de justice sociale (Walker et Gilson, 2004). En Ouganda, le Président sortant a pris la décision en pleine campagne électorale, en réaction à son principal opposant qui faisait campagne sur la réforme des services sociaux (Kajula, Kintu *et al.*, 2004). À Madagascar, la suppression des frais visait à réparer les conséquences de la crise politique et économique majeure qui a suivi les élections présidentielles contestées de décembre 2001. Au Niger, une ONG allemande (HELP) qui intervenait déjà depuis 2005 dans le contexte de la crise alimentaire a été incité par le bureau d'aide humanitaire de la commission européenne (ECHO) à améliorer l'accès aux soins en abolissant le paiement direct pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans dans deux districts sanitaires (Ridde et Diarra, 2009). En 2007, la mise en œuvre de l'abolition de paiement par l'ONG a eu un effet déclencheur dans l'extension de cette politique à l'ensemble du pays (Ridde et Diarra, 2009).

*Justifications:* Au-delà des enjeux contextuels immédiats, les raisons invoquées pour abolir les frais aux usagers sont: leurs effets négatifs sur l'utilisation des services de santé et l'état de santé de la population (Ouganda, Kenya, Ghana, avec, pour ce pays, l'objectif spécifique de réduire la mortalité maternelle); leur incapacité à rapporter des revenus substantiels et à améliorer la qualité des services (Ouganda, Kenya); la lutte contre la pauvreté (Madagascar, Ghana, Ouganda); et le mécontentement populaire envers les frais (manifesté en Ouganda, entre autres lors du National Participatory Poverty Assessment de 1997 (Nabyonga-Orem, Karamagi *et al.*, 2008)).

## Formulation

En ce qui concerne la formulation des politiques d'abolition, les articles se bornent à délimiter (souvent de manière plutôt vague) leur champ d'application.

*Abolition axée sur des services:* Le choix le plus répandu parmi les pays étudiés est d'abolir le paiement pour certains services de santé, quels qu'en soient les usagers. La gratuité s'applique en Ouganda à tous les services, au Kenya aussi à l'exception des services de diagnostic (laboratoire, médicaments), en Afrique du Sud (2<sup>e</sup> mesure d'abolition, en 1996) aux soins



primaires incluant les soins dentaires de base, et au Ghana, à tous les services reliés à l'accouchement.

*Abolition axée sur des groupes de population*: Parmi les pays étudiés, l'Afrique du Sud (lors de la 1<sup>re</sup> mesure d'abolition en 1994) et le Niger (2007) ont fait ce choix, rendant tous les services gratuits pour les enfants de moins de 5-6 ans et les femmes enceintes et allaitantes

*Structures sanitaires*: L'abolition des frais aux usagers peut être restreinte par niveau de soins, comme en Ouganda où les hôpitaux peuvent continuer à faire payer « ceux qui en ont les moyens » (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005), et au Ghana où l'accouchement dans les hôpitaux régionaux n'est gratuit que si la femme y a été référée par d'autres structures sanitaires. Une autre particularité du Ghana est d'avoir rendu l'accouchement gratuit même dans les structures sanitaires privées. Les politiques des autres pays s'appliquent seulement au secteur public. Au Niger, l'abolition a été instaurée dans l'ensemble des centres de santé intégrés (CSI) (Ridde et Diarra, 2009). Au Kenya, elle concernait aussi les services dans les centres de santé. Néanmoins, les frais d'enregistrement (*registration fee*) ont été maintenus. Ces frais ont été estimés à 0,2 \$US en 2008 (Chuma *et al.*, 2009).

*Durée de l'abolition*: À Madagascar, la suppression du paiement était planifiée comme une mesure temporaire, applicable jusqu'à ce que le pays surmonte la crise politico-économique de 2002. Au Kenya, les frais aux usagers n'ont été suspendus que pendant 18 mois, ce qui semble résulter de l'incapacité du gouvernement à financer cette politique, et pas d'une volonté délibérée (Mwabu et Wang'ombe, 1997). Pour les autres pays, la durée d'abolition est en principe non limitée, mais le Ghana a connu des problèmes de financement menaçant le maintien de cette politique (Witter et Adjei, 2007).

## Mise en œuvre

Sur 34 articles, seulement 6 ont la planification et la mise en œuvre de l'abolition des frais aux usagers comme sujet central (sur le Ghana (Witter et Adjei, 2007; Witter, Arhinful *et al.*, 2007)) ou comme sujet important (sur l'Afrique du Sud (Walker et Gilson, 2004)), le Niger (Ridde et Diarra, 2009) et le Kenya (Chuma *et al.*, 2009). Les autres articles mentionnent des informations éparses, principalement pour décrire le contexte de leur étude ou interpréter ses résultats. Cinq éléments de mise en œuvre sont abordés dans les articles: le déploiement de l'abolition; son financement; ses modes de gestion; la communication (au sens large) entourant l'abolition; et les mesures d'accompagnement.

*Déploiement*: La majorité des articles se bornent à mentionner la date officielle de suppression des frais aux usagers. Mais quelques-uns donnent des indications sur l'application réelle de la mesure, laissant voir que celle-ci s'écarte souvent de la date officielle (jusqu'à 6 mois plus tard pour certains districts ghanéens (Asante, Chikwama *et al.*, 2007), 10 mois pour certaines provinces de Madagascar (Fafchamps et Minten, 2007)) et que dans certains cas, comme au Ghana, elle a été intermittente: lorsque le financement manquait, certaines structures sanitaires rétablissaient temporairement les frais aux usagers (Penfold, Harrison *et al.*, 2007; Witter et Adjei, 2007). D'autres articles soulignent que le déploiement a été précipité. En Ouganda, un plan de mise en œuvre graduelle existait, mais n'a pas été suivi, car l'abolition immédiate était un enjeu électoral majeur (Yates, Cooper *et al.*, 2006). En Afrique du Sud, les soignants dénoncent le manque de planification de l'abolition (Walker et Gilson, 2004). Au Ghana, la mise en œuvre s'est faite en deux temps (première vague dans la moitié des régions, deuxième vague dans les autres régions 18 mois plus tard); mais l'élargissement a eu lieu alors que la première vague d'exemption n'était pas évaluée, et que le financement manquait (Witter, Arhinful *et al.*, 2007). Au Niger et au Kenya, la mise en œuvre s'est également faite en deux temps. Au Niger, dans un premier temps, l'abolition a été déployée dans tous les centres de santé intégrés (CSI) dans deux districts sanitaires sous la direction d'une ONG. Dans un deuxième temps, le gouvernement a généralisé cette réforme dans l'ensemble du pays en 2007 (Ridde et Diarra, 2009). Au Kenya, en 2004, les services (sauf pour les services de laboratoire et les médicaments) dans les dispensaires sont devenus gratuits. Puis en juillet 2007, les services d'accouchement dans les centres de santé ont été couverts par la politique (Chuma *et al.*, 2009).

*Financement*: L'abolition des frais aux usagers occasionne une perte de revenus pour les structures sanitaires, qu'il faut compenser pour assurer le maintien des services. Il n'est donc pas surprenant que le financement soit l'élément de mise en œuvre le plus fréquemment mentionné dans 15 articles sur 34, portant sur le Ghana, l'Ouganda, le Niger et Madagascar (les articles sur le Kenya se limitent à évoquer le manque de fonds qui a finalement conduit le gouvernement à rétablir les frais aux usagers). L'élément commun aux trois pays (Ghana, Ouganda, Madagascar) est le dégagement de fonds supplémentaires pour mettre en œuvre la politique d'abolition; mais la rapidité de mise à disposition de ces fonds et leur pérennité ont varié. En Ouganda, 526 000 \$US ont été dégagés immédiatement pour l'achat de médicaments à distribuer gratuitement; le budget du secteur santé a augmenté de 12,5 millions \$US dans l'année suivant l'abolition et continué

à croître les années suivantes (Yates, Cooper *et al.*, 2006 ; Nabyonga-Orem, Karamagi *et al.*, 2008). En revanche, à Madagascar il s'est écoulé plusieurs mois entre l'annonce de l'abolition et la mise à disposition de 3 millions \$US de médicaments gratuits (Fafchamps et Minten, 2007).

Au Ghana, 2 millions \$US auraient été alloués aux régions de la première vague d'abolition (Bosu, Bell *et al.*, 2007), mais selon Witter et Adjei (Witter et Adjei, 2007), le financement additionnel a été supprimé quelques mois après l'extension de l'abolition aux autres régions. Seuls des articles sur le Ghana fournissent quelques informations sur le calcul des fonds consacrés à la mesure d'abolition. Dans ce pays, le niveau central a calculé les allocations aux régions en fonction de leur population, avec un taux *per capita* plus élevé pour les régions les plus pauvres, et non pas en fonction du nombre prévu d'accouchements. Dans les faits, les versements du niveau central se sont avérés très insuffisants par rapport au niveau d'activité des structures sanitaires (Witter, Arhinful *et al.*, 2007). En fait, aucun plan fixant la durée et le coût total du programme d'abolition n'avaient été établi (Witter et Adjei, 2007). Au Niger, l'ONG qui s'est chargée de mettre en place la réforme avec les équipes du gouvernement a alloué des ressources dans 43 CSI des deux districts ciblés. Il s'agissait d'un montant mensuel estimé à 110 \$US pour compenser la perte de revenus que l'abolition du paiement provoquait (Ridde et Diarra, 2009). Pour finir sur le sujet du financement, on note le rôle de deux acteurs face auxquels les ministères de la Santé ont eu peu de marge de manœuvre. D'une part, les fonds proviennent de financements externes (Banque mondiale en Ouganda, fonds d'allègement de la dette au Ghana, à Madagascar, au Kenya l'agence Direct Facility Funding (DFF) soutenue par l'Agence de développement international danoise a octroyé des fonds dans certains centres de santé (Fafchamps et Minten, 2007) (Chuma *et al.*, 2009)), ce qui renforce la nécessité exprimée d'un soutien des bailleurs de fonds pour maintenir la gratuité des soins. Par exemple, d'après une évaluation réalisée au Kenya, certains centres de santé n'auraient jamais appliqué cette réforme en raison d'un manque important de ressources financières et matérielles (Chuma *et al.*, 2009).

D'autre part, les ministères des Finances ont le premier rôle dans les décisions d'allocation budgétaire. En Ouganda, ces décisions ont avantagé le secteur de la santé ; mais au Ghana, le ministère des Finances a fini par retirer le financement du programme de gratuité des accouchements, en partie semble-t-il à cause de la « concurrence » d'un autre programme émergent, l'assurance santé nationale (Witter et Adjei, 2007 ; Witter, Arhinful *et al.*, 2007).

*Mode de gestion*: La gestion des fonds consacrés à l'abolition est restée centralisée à Madagascar (achat de médicaments par la centrale nationale), tandis qu'elle était décentralisée en Ouganda et au Ghana. Le gouvernement ougandais a même assoupli les règles d'utilisation des fonds par les districts sanitaires, pour qu'ils puissent orienter les fonds vers des postes de dépenses auparavant financés par les frais aux usagers (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005). Au Ghana, le niveau central a versé les fonds aux districts sanitaires. Ceux-ci étaient chargés de rembourser les structures sanitaires *a posteriori*, selon le nombre d'accouchements réalisés. Les lignes directrices produites par le ministère de la Santé fixaient un prix forfaitaire pour chaque type d'accouchement (plus ou moins compliqué) et de structure sanitaire (publique ou privée). Mais, au moins dans certains cas, les structures sanitaires ont été remboursées à des prix forfaitaires différents de ceux-là (Witter, Arhinful *et al.*, 2007).

Au Niger, le système de l'abolition s'est juxtaposé à celui du recouvrement des coûts, ce qui a entraîné des problèmes de gestion (Ridde et Diarra, 2009). Au Kenya, les centres de santé qui ont bénéficié de l'appui de l'agence DFF devaient ouvrir un compte bancaire où les fonds ont été transférés directement. Les décisions concernant les dépenses à partir de ces fonds sont cependant prises au niveau du centre de santé. Néanmoins, certaines règles étaient imposées. Par exemple, un maximum de 30 % pour chaque centre de santé pouvait être dépensé pour des indemnités (*allowances*), mais les fonds ne pouvaient pas servir à l'achat des médicaments ou pour payer les services de laboratoires alors que, dans le contexte kenyan, le problème fondamental de la réforme est l'indisponibilité des médicaments dans l'ensemble des formations sanitaires (Chuma *et al.*, 2009).

*Communication*: Cet aspect est évoqué dans seulement un article sur l'Ouganda (Kajula, Kintu *et al.*, 2004), un sur l'Afrique du Sud (Walker et Gilson, 2004), trois sur le Ghana (Witter et Adjei, 2007 ; Witter, Aikins *et al.*, 2007 ; Witter, Arhinful *et al.*, 2007), un sur le Niger (Ridde et Diarra, 2009) et un sur le Kenya (Chuma *et al.*, 2009). Tous expriment les plaintes de soignants et gestionnaires locaux, pour n'avoir pas été consultés durant le processus de décision et de planification de l'abolition des frais aux usagers. Au Niger, cependant, l'ONG a organisé une campagne d'information à l'aide des autorités locales et traditionnelles pour informer les populations. Néanmoins, la qualité de l'information a été parfois perçue comme faible ou incomplète (Ridde et Diarra, 2009). Des incompréhensions sur le type de services gratuits ont été soulevées (Ridde et Diarra, 2009). Des problèmes de même nature ont été constatés au Kenya (Chuma *et al.*, 2009).

Le manque d'information est un autre problème rapporté. En Afrique du Sud et au Ghana, les soignants et les gestionnaires se plaignent de manquer de soutien pour implanter la politique d'abolition (Walker et Gilson, 2004; Witter et Adjei, 2007; Witter, Arhinful *et al.*, 2007). Au Ghana, il semble que les communautés n'aient pas bien compris la mesure d'abolition, malgré la publicité faite par différents moyens (Witter, Arhinful *et al.*, 2007). La communication en sens inverse s'est aussi avérée problématique au Ghana. Les structures et autorités sanitaires locales n'ont pas rendu compte au niveau central de l'utilisation des fonds reçus (Witter et Adjei, 2007; Witter, Arhinful *et al.*, 2007).

*Mesures d'accompagnement*: Ces mesures ne sont pas directement liées à l'abolition du paiement, mais elles ont été prises simultanément et ont pu faciliter sa mise en œuvre en motivant le personnel de santé ou en améliorant le fonctionnement du système. Au Ghana, les salaires de tous les professionnels de santé ont été augmentés, et certaines régions ont instauré une prime de motivation pour chaque accouchement réalisé (mais il ne s'agit pas d'une mesure nationale) (Witter, Aikins *et al.*, 2007; Witter, Arhinful *et al.*, 2007). Au Niger, un bonus mensuel (45 \$US) a été ajouté par l'ONG aux salaires des professionnels de santé pour la surcharge de travail administratif et clinique occasionnée (Ridde et Diarra, 2009). Un système d'évacuation des femmes dans les centres de référence a été organisé afin d'éliminer le coût du transport et de favoriser l'abolition du paiement au point de service. De plus, une formation sur les aspects clinique et administratif a été réalisée pour les agents de santé. La formation était particulièrement centrée sur la rationalité de la prescription médicale (Ridde et Diarra, 2009).

En Ouganda, les salaires ont augmenté de 14 à 63 % selon les professions et le système de paiement a été amélioré (Nabyonga-Orem, Karamagi *et al.*, 2008); le système d'approvisionnement en médicaments a été réorganisé (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005; Yates, Cooper *et al.*, 2006); et le financement du secteur de la santé est devenu plus efficace grâce à l'évolution de l'aide internationale, passant d'un financement par projets, à un financement sectoriel (Deininger et Mpuga, 2004; Yates, Cooper *et al.*, 2006). Un article mentionne aussi, mais sans précisions, un effort de recrutement accéléré de personnel. En Afrique du Sud, plusieurs réformes ont suivi celle de l'abolition du paiement. Sur le plan financier, une politique visant à redistribuer les ressources publiques en faveur des soins de santé primaires et au niveau des provinces a été instaurée. En 2005, des allocations ont été offertes aux femmes de plus de 60 ans et aux hommes de plus de 65 ans. Il s'agit d'une pension mensuelle estimée à 74 \$US. Deux autres pensions ont été offertes :

l'une pour les personnes souffrant de la tuberculose (74 \$US par mois) et l'autre pour les enfants de moins de 11 ans (17 \$US) (Goudge, Russell *et al.*, 2009). Plusieurs cliniques ont été construites dans des régions éloignées. En 1995, le salaire des médecins et des infirmières travaillant dans le secteur public a été augmenté. Une indemnité supplémentaire a été versée aux professionnels de la santé qui travaillent dans les milieux ruraux.

D'autres réformes visant à améliorer la qualité du service ont été mises en œuvre, telles que la charte du droit du patient et la politique Batho Pele qui souhaite mettre les patients au cœur du système (Gilson et Intyre, 2007).

### **Effets sur l'utilisation des services de santé**

Les effets de l'abolition des frais aux usagers sur l'utilisation des services de santé sont le point d'intérêt principal des études publiées : 23 sur 34 abordent cet aspect. Le tableau 14 présente, pour chaque étude, les données utilisées (source, échantillon, période, ...) et les résultats. Les données proviennent soit des données administratives du système de santé, soit d'enquêtes dans les ménages, soit d'enquêtes auprès d'acteurs du système de santé. La majorité des articles exploitent des données quantitatives, mais quelques-uns (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004 ; Walker et Gilson, 2004 ; Yates, Cooper *et al.*, 2006 ; Fafchamps et Minten, 2007 ; Witter et Adjei, 2007 ; Witter, Aikins *et al.*, 2007 ; Witter, Arhinful *et al.*, 2007 ; Chuma *et al.*, 2009 ; Ridde et Diarra, 2009) présentent aussi des données qualitatives. À noter, les résultats présentés doivent être considérés prudemment, en raison de faiblesses méthodologiques fréquentes dans les devis, la collecte de données et les analyses statistiques. Cinq thèmes apparaissent dans les articles : l'effet de l'abolition des frais aux usagers sur les consultations curatives en première ligne ; sur les hospitalisations et accouchements ; sur les services déjà gratuits avant l'abolition ; sur ceux qui restent payants ; et les effets par catégorie socio-économique.

*Consultations curatives en première ligne* : C'est l'effet le plus souvent étudié (sauf par les articles sur le Ghana, où l'abolition ne s'applique qu'aux accouchements). Toutes les études témoignent d'une augmentation du nombre de consultations après l'abolition, par rapport à la période avant : de +17 % à Madagascar (Fafchamps et Minten, 2007), jusqu'à plus de 80 % en Ouganda (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004 ; Yates, Cooper *et al.*, 2006), les données des autres articles se situant entre ces deux extrêmes. On note cependant quelques limites. Au Kenya, l'augmentation du nombre de consultations n'a pas été assez élevée pour revenir au niveau d'utilisation

qui existait *avant* l'instauration des frais aux usagers (Mwabu et Wang'ombe, 1997). D'après une autre étude récente sur ce pays, l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé devrait être interprétée avec beaucoup de prudence dans la mesure où les auteurs ont constaté que les individus fréquentaient les services de santé à plusieurs reprises pour un même épisode de maladie. Selon Chuma et ses collaborateurs, ce constat permet d'émettre l'hypothèse que les individus se rendent plusieurs fois au centre de santé, car ils ne reçoivent pas les médicaments appropriés lors de leur première visite (Chuma *et al.*, 2009). En Afrique du Sud, le nombre de consultations a rapidement augmenté après la première mesure d'abolition en faveur des enfants et des femmes enceintes, mais l'extension de l'abolition à toute la population quelques années plus tard a eu peu d'effets sur les tendances préexistantes (Wilkinson, Gouws *et al.*, 2001). À l'inverse de ces observations qui semblent désigner les enfants comme bénéficiaires majeurs de l'abolition en Afrique du Sud, trois articles montrent qu'en Ouganda l'augmentation du nombre de consultations a beaucoup moins concerné les jeunes enfants que les autres patients (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004 ; Deininger et Mpuga, 2004 ; Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005). Selon certains auteurs, les consultations pour les enfants étaient déjà à tarif réduit avant l'abolition, c'est pourquoi elle aurait eu un effet moindre sur eux (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005). Au Ghana, un essai clinique randomisé a montré une augmentation modeste du taux d'utilisation des services de santé pour les enfants de moins de cinq ans à la suite de l'abolition de paiement. Le ratio est estimé à 1,12 [1,04-1,20 ;  $p = 0,001$ ] (Ansah, Narh-Bana *et al.*, 2009).

*Hospitalisations et accouchements* : Ces aspects sont abordés dans certains articles sur l'Ouganda, le Ghana, le Kenya et l'Afrique du Sud. Le nombre d'hospitalisations est resté stable en Ouganda après l'abolition des frais aux usagers (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005 ; Yates, Cooper *et al.*, 2006) ; pourtant, le nombre de patients référés vers les hôpitaux aurait augmenté de 26 % (Deininger et Mpuga, 2004). Cela indique peut-être les limites des capacités d'accueil des hôpitaux, ou la renonciation aux soins hospitaliers à cause des incertitudes de prix, puisque les frais hospitaliers sont maintenus pour « ceux qui en ont les moyens » (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005). Pour les accouchements, les résultats en Ouganda sont discordants. Deux articles (Deininger et Mpuga, 2004 ; Yates, Cooper *et al.*, 2006) mentionnent une hausse de 28 % du nombre d'accouchements en établissement de soins après l'abolition, mais un autre (Yates, Cooper *et al.*, 2006) indique que la proportion d'accouchements en établissement (sur le total des accouchements) a diminué de trois points de pourcentage. Au Kenya, une augmentation assez faible a été observée concernant les taux d'accouchement dans les services

de santé publics. Le taux est passé de 29 % en 2003 à 33 % en 2006 (Perkins, Brazier *et al.*, 2009). Pour le Ghana, toutes les études témoignent d'une hausse du nombre d'accouchements en établissement après l'abolition des frais, allant de +10 % à +36 % selon les études. Les interventions complexes (et coûteuses) comme les césariennes seraient également en hausse (Witter, Arhinful *et al.*, 2007). Inversement, lorsque les frais pour les accouchements ont été temporairement rétablis, le nombre d'accouchements en établissement a diminué (Witter, Arhinful *et al.*, 2007).

*Services déjà gratuits avant l'abolition*: Il s'agit généralement des services préventifs: vaccination, consultations pré- et post-natales, planification familiale... On dispose de données sur ces services pour l'Ouganda, l'Afrique du Sud, et de manière anecdotique pour le Ghana. Au Ghana, les professionnels de santé perçoivent que la couverture post-natale est meilleure depuis que les accouchements sont gratuits (Witter et Adjei, 2007). En Ouganda, plusieurs articles rapportent des hausses d'utilisation des services préventifs (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004; Deininger et Mpuga, 2004; Yates, Cooper *et al.*, 2006), tandis qu'un autre indique l'absence de changement majeur pour les consultations prénatales (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005). Néanmoins, la proportion d'enfants recevant leur troisième DPT est passée de 48 % à 84 % entre 2000 et 2001. Cette augmentation a conduit à une amélioration de la couverture vaccinale. Dans un tel cas, l'abolition du paiement a stimulé l'utilisation des services préventifs (Yates, Cooper *et al.*, 2006).

En Afrique du Sud, les tendances sont moins claires. L'utilisation des services gratuits (vaccination et suivi de croissance des enfants), déjà en baisse avant la première mesure d'abolition, a augmenté temporairement juste après, mais a recommencé à baisser ensuite (Wilkinson, Gouws *et al.*, 2001). Ces situations variables reflètent les impacts possibles de l'abolition des frais sur les services déjà gratuits: stabilité, hausse (grâce à l'utilisation accrue des services curatifs, qui permet de sensibiliser ou de référer les patients vers les services préventifs (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004)), ou baisse (si l'utilisation accrue des services curatifs accapare le temps du personnel de santé au détriment des services préventifs (Wilkinson, Gouws *et al.*, 2001)).

*Services restant payants après l'abolition*: On s'attend logiquement à ce que la clientèle se tourne vers les services nouvellement gratuits. Ainsi, au Kenya, le nombre de consultations dans le secteur privé a diminué de 32 % pendant la période de gratuité des services publics (Mwabu, Mwanzia *et al.*, 1995). Les accoucheuses traditionnelles du Ghana ont vu leur clientèle baisser (Penfold, Harrison *et al.*, 2007; Witter, Aikins *et al.*, 2007). Mais des tendances inattendues se sont produites ailleurs. En Ouganda, l'utilisation



des services de santé privés était déjà en hausse avant l'abolition et a poursuivi sa croissance après (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005 ; Xu, Evans *et al.*, 2006 ; Yates, Cooper *et al.*, 2006). En Afrique du Sud, dans un hôpital public (non concerné par l'abolition des frais qui s'appliquaient seulement aux structures de première ligne), le nombre de consultations dentaires sur rendez-vous a augmenté de 58 % après l'abolition, contre 9 % seulement dans les cliniques dentaires de première ligne offrant des soins gratuits – dans lesquelles, en revanche, le nombre de consultations *d'urgence* était en forte hausse (Bhayat et Cleaton-Jones, 2003). Plusieurs auteurs suggèrent que les services nouvellement gratuits peinent à répondre à la demande qu'ils suscitent, et que les patients qui en ont les moyens s'en détournent pour utiliser des services payants (Deininger et Mpuga, 2004 ; Xu, Evans *et al.*, 2006).

*Utilisation des services de santé, par catégorie socio-économique* : En Ouganda (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004), au Ghana (Witter, Aikins *et al.*, 2007) et en Afrique du Sud (Walker et Gilson, 2004), les soignants jugent que l'abolition des frais aux usagers a bénéficié en particulier aux pauvres. Quelques articles présentent aussi des données chiffrées.

Pour le Ghana, la proportion d'accouchements en établissement a augmenté dans tous les quintiles de richesse, mais, dans les régions étudiées, les deux quintiles les plus pauvres ont connu les plus fortes hausses (Penfold, Harrison *et al.*, 2007). En Afrique du Sud, les données sont contradictoires. Alors qu'un article (Walker et Gilson, 2004) mentionne que cette réforme aurait bénéficié aux plus pauvres, deux autres rapportent le contraire (Gilson et Intyre, 2007) (Goudge, Russell *et al.*, 2009). Les auteurs ont observé des différences considérables entre les groupes socio-économiques dans l'utilisation des services de santé. Les données rapportées dans ces deux études ne montrent pas une augmentation significative du taux d'utilisation des services de santé par les groupes socio-économiques les plus défavorisés, excepté dans les provinces rurales où l'utilisation des services de santé primaire a connu une forte augmentation. Ainsi, 48,7 % des individus n'ont pas perçu de changement dans leurs accès aux soins et 17,3 % ont même perçu une détérioration (Gilson et Intyre, 2007). Toujours dans la même étude, les individus se situant dans le quintile des plus riches fréquentent 2,3 fois plus les services de santé comparativement aux individus se situant dans le quintile des plus pauvres (Gilson et Intyre, 2007). D'après une étude menée par l'OMS, les interventions liées à l'abolition ont eu beaucoup plus de succès que les interventions visant à protéger les indigents. Ceci s'expliquerait par la difficulté de les identifier et le manque de critères efficaces pour les repérer (McIntyre, Garshong *et al.*, 2008).

*A contrario*, en Ouganda, les plus fortes hausses d'utilisation des services de santé après l'abolition se sont produites parmi les pauvres (Deininger et Mpuga, 2004; Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005); mais, de manière inattendue, les pauvres ont aussi augmenté fortement leur utilisation de services de santé privés (Xu, Evans *et al.*, 2006). En ce qui concerne les Ougandais non pauvres, après l'abolition, ils tendent à se détourner des structures sanitaires publiques, préférant les structures privées (Xu, Evans *et al.*, 2006; Yates, Cooper *et al.*, 2006). Une étude en Afrique du Sud indique également une préférence dans l'utilisation des prestataires privés et des guérisseurs traditionnels. De manière plus globale, l'utilisation du secteur privé est plus élevée que celui du secteur public (Gilson et Intyre, 2007). De plus, la détention d'une assurance privée semble stimuler l'utilisation des services de santé. Un individu ayant une assurance tend à consulter un médecin au moins sept fois durant l'année. L'écart entre les personnes qui possèdent une assurance et ceux qui n'en possèdent pas tend à augmenter avec le temps. Le taux d'utilisation est passé de 14 à 21 % en 1995 et de 9 à 18 % en 2003 (Gilson et Intyre, 2007).

## **D'autres effets de l'abolition du paiement**

Sur les 34 études analysées, 23 présentent des données sur d'autres effets, souhaités ou non, des politiques d'abolition des frais aux usagers. Ici, le mot « effets » ne désigne pas un lien de causalité établi, mais plutôt une relation logique entre l'abolition et d'autres phénomènes (que nous présentons en ordre décroissant, du plus souvent au moins souvent traité dans les articles) : qualité des services de santé, revenus aux différents niveaux du système de santé, dépenses de santé par les patients, charge de travail pour le personnel de santé, satisfaction face à la mesure d'abolition, résultats de santé.

**Qualité des services :** Elle est abordée dans 13 articles, essentiellement sous l'aspect de la disponibilité des médicaments – enjeu majeur puisque, avec l'abolition, non seulement ils deviennent gratuits, mais en plus le nombre de patients augmente. Tous les pays ont connu des problèmes dans ce domaine, mais à des périodes différentes, ce qui reflète la façon dont chacun a mis en œuvre la mesure d'abolition des frais. Le personnel soignant signale un manque de médicaments à la suite de l'abolition ; en Afrique du Sud, ce sont notamment les provinces rurales pauvres que des ruptures de stock de médicaments importantes ont été constatées (Gilson et Intyre, 2007). Au Kenya, la mauvaise planification des stocks a conduit plusieurs centres de santé à ne pas appliquer la réforme et à exiger un coût supplémentaire aux populations. De plus, le gouvernement était dans l'incapacité

de fournir des kits de médicaments correspondant aux besoins des populations locales. Par exemple, la région de Kwale était marquée par une forte prévalence de la typhoïde. Or, les kits confectionnés par le gouvernement ne contiennent pas de médicaments pour traiter cette maladie. Par conséquent, les centres de santé achetaient ces médicaments et faisaient payer les patients (Chuma *et al.*, 2009) (Walker et Gilson, 2004). De même, à Madagascar, la distribution des médicaments a été tardive et mal organisée (Fafchamps et Minten, 2007). En revanche, au Niger, la disponibilité des médicaments et l'augmentation des ressources humaines semblent avoir été bien organisées, notamment parce qu'elles étaient sous le contrôle d'une ONG (Ridde et Diarra, 2009). Les acteurs du système de santé ghanéen estiment que la disponibilité améliorée des fonds pour l'achat de médicaments *au début* de l'application de la politique de gratuité a permis d'améliorer la qualité des services – mais cette situation n'a pas duré (Witter et Adjei, 2007 ; Witter, Arhinful *et al.*, 2007).

L'Ouganda, probablement grâce à de meilleurs moyens de mise en œuvre de la politique d'abolition, semble s'en sortir mieux. Les ruptures des stocks de médicaments ont augmenté dans l'année suivant l'abolition, mais de l'avis des soignants et communautés, la situation s'est améliorée par la suite, malgré certains problèmes persistants (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004 ; Deininger et Mpuga, 2004 ; Kajula, Kintu *et al.*, 2004 ; Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005 ; Nabyonga-Orem, Karamagi *et al.*, 2008). Quelques articles mentionnent d'autres aspects de la qualité des services. En Afrique du Sud, la forte augmentation du nombre de consultations affecterait leur déroulement : réduction du temps consacré à chaque patient, manque d'intimité (Walker et Gilson, 2004). Pour l'Ouganda, des articles utilisant des sources de données similaires (enquêtes auprès des communautés et acteurs du système de santé), mais dans différentes régions, arrivent à des conclusions différentes : détérioration de la propreté des structures sanitaires (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004), longs temps d'attente, personnel désagréable envers les patients (Kajula, Kintu *et al.*, 2004), selon les uns ; propreté des structures et attitude des soignants inchangés, selon les autres (Nabyonga, Desmet *et al.*, 2005 ; Nabyonga-Orem, Karamagi *et al.*, 2008).

*Perception de la maladie et utilisation des services de santé* : Malgré l'abolition du paiement, plusieurs articles mentionnent que la perception des symptômes, de leur gravité et le délai d'attente sont des facteurs qui entravent toujours l'utilisation des services de santé, notamment dans les groupes sociaux à faibles ressources. Les groupes socio-économiques défavorisés ont tendance à ne pas utiliser les services de santé à temps (Gilson et Intyre, 2007). En Ouganda, une étude a montré que les familles qui tardent à

fréquenter les services de santé sont les groupes sociaux se situant dans le quintile le plus pauvre (OR = 1,45) (Rutebemberwa, Pariyo *et al.*, 2009).

*Revenus pour le système de santé*: 8 articles, consacrés à l'Ouganda et au Ghana, discutent de cet effet. Au niveau sociétal, la perte de revenus pour le système de santé ougandais est estimée à 3,4 millions \$US par an mais serait largement compensée par les gains économiques générés par l'abolition des frais. Permettant un meilleur accès aux soins, l'abolition aurait considérablement réduit, surtout pour les pauvres, les pertes de revenus de travail pour cause de maladie (Deininger et Mpuga, 2004). Au niveau des structures sanitaires, l'abolition soudaine des frais aux usagers en Ouganda a initialement causé une perte de revenu les mettant en difficulté pour assumer leurs dépenses récurrentes, jusqu'à ce que le financement compensatoire soit dégagé (Kajula, Kintu *et al.*, 2004; Yates, Cooper *et al.*, 2006). Au Ghana, la compensation des revenus auparavant tirés des frais aux usagers était cruciale, car les accouchements sont des services coûteux. Lorsque ces fonds compensatoires étaient encore disponibles, les responsables de structures sanitaires les ont préférés au financement par les usagers, qui les obligeait à poursuivre les parturientes ayant des difficultés de paiement. Mais cette compensation insuffisante a conduit les structures sanitaires à s'endetter, jusqu'au point où certaines ont dû rétablir les frais aux usagers (Witter et Adjei, 2007; Witter, Arhinful *et al.*, 2007). Au niveau du personnel de santé, l'abolition a entraîné des pertes de revenu plus ou moins compensées par d'autres mesures. En Ouganda, les primes de motivation financées grâce aux frais aux usagers ont disparu, et le personnel a vite « oublié » les augmentations de salaires accordées par le gouvernement (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004; Nabyonga-Orem, Karamagi *et al.*, 2008). Au Ghana, la suppression des frais pour les accouchements a mis un terme aux ventes (officieuses) de petit matériel aux parturientes (Witter, Arhinful *et al.*, 2007), et seulement certaines régions ont instauré une prime reliée au nombre d'accouchements réalisés; mais les soignants semblent bien reconnaître qu'ils ont bénéficié de hausses de salaire (Witter, Aikins *et al.*, 2007).

*Dépenses de santé*: 12 articles donnent des indications sur les dépenses qui restent assumées par les patients en Ouganda, au Ghana, au Kenya, en Afrique du Sud et au Niger. D'une part, certains soignants continuent ou commencent à exiger des paiements informels – 9 % des répondants ougandais y ont été confrontés (Kajula, Kintu *et al.*, 2004; Yates, Cooper *et al.*, 2006; Witter, Arhinful *et al.*, 2007). D'autre part, lorsque le secteur public manque de ressources (médicaments en particulier), ceux qui le peuvent se tournent vers les services payants (Kajula, Kintu *et al.*, 2004; Nabyonga-Orem, Karamagi *et al.*, 2008). Enfin, certains frais (transport vers les

structures sanitaires, par exemple) sont exclus des politiques d'abolition. Ces éléments aident à comprendre des situations inattendues. En Afrique du Sud, le coût du transport reste une barrière très importante pour accéder aux soins de santé (Goudge, Gilson *et al.*, 2009). Une recherche indique que la proportion du coût du transport dans les dépenses en santé pour le quintile le plus pauvre s'élève à 51 % (Goudge, Gilson *et al.*, 2009). Une recherche effectuée sur la gratuité des traitements antirétroviraux (ARV) indique aussi que le coût du transport réduit l'adhérence optimale au traitement (Souteyrand, Collard *et al.*, 2008). L'étude indique que la perception de l'existence de difficultés de paiement s'est accrue beaucoup plus chez les plus pauvres que les plus riches (passant de 67 % en 1994 à 84 % en 1998 pour le quintile le plus pauvre alors que pour les riches elle est passée de 35 % et 40 % pour le quintile le plus riche (Gilson et Intyre, 2007)). Les dépenses de santé des ménages ougandais ont légèrement augmenté depuis l'abolition (Deininger et Mpuga, 2004). De plus, certaines familles préfèrent encore amener leurs enfants malades dans les pharmacies privées (Rutebemberwa, Kallander *et al.*, 2009; Rutebemberwa, Pariyo *et al.*, 2009). Au Niger, certains centres de santé doivent trouver les moyens de payer le gardien qui n'est pas fonctionnaire; un faible montant est ainsi demandé aux patients, entraînant un coût supplémentaire pour les familles (Ridde et Diarra, 2009). Au Kenya, des frais d'enregistrement ont été maintenus malgré l'exemption (Chuma *et al.*, 2009). Dans une autre recherche menée dans ce pays, 98 % des femmes ont rapporté avoir payé des frais malgré l'abolition (Perkins, Brazier *et al.*, 2009) et les femmes se situant dans le quintile le plus pauvre paraissent déboursier autant pour la maternité que celles se situant dans le quintile le plus riche. De même qu'au Ghana, les dépenses d'accouchement ont diminué mais n'ont pas disparu et il y aurait davantage de ménages qui passent sous le seuil de pauvreté à cause des dépenses d'accouchement; en revanche, la situation serait meilleure pour ce qui est de passer sous le seuil d'*extrême* pauvreté (Asante, Chikwama *et al.*, 2007). Quand on décompose les dépenses par catégories socio-économiques, certains effets sont ceux attendus: baisse des dépenses de santé dans les deux quintiles les plus pauvres en Ouganda (Deininger et Mpuga, 2004), moins de dépenses catastrophiques (dépenses excédant un pourcentage substantiel du revenu) pour les accouchements dans les quintiles les plus pauvres au Ghana (Asante, Chikwama *et al.*, 2007). D'autres effets sont surprenants. Au Ghana, la proportion des dépenses d'accouchement dans le revenu total des ménages a baissé pour les quintiles pauvres après l'abolition, mais la baisse est encore plus forte pour le quintile le plus riche (Asante, Chikwama *et al.*, 2007). En Ouganda, le second quintile le plus riche est celui dont les dépenses de santé ont le plus diminué après

l'abolition (Deininger et Mpuga, 2004). Les dépenses catastrophiques auraient diminué pour les non-pauvres après l'abolition des frais aux usagers mais pas pour les pauvres (Xu, Evans *et al.*, 2006). En Afrique du Sud, le total de dépenses en santé en 2001-2002 pour les individus se situant dans le quintile le plus pauvre a été estimé à 70 % de leur revenu comparativement à 20 % pour les individus qui se situent dans le quintile le plus riche (Gilson et Intyre, 2007). Au Kenya, le coût moyen de l'accouchement a légèrement diminué et aucune différence n'a été notée concernant les coûts relatifs à l'accouchement entre les quintiles des ménages les plus riches et les plus pauvres (Perkins, Brazier *et al.*, 2009).

*Charge de travail*: Huit articles témoignent d'une augmentation de la charge de travail en Ouganda (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004 ; Kajula, Kintu *et al.*, 2004), au Ghana (Witter, Aikins *et al.*, 2007 ; Witter, Arhinful *et al.*, 2007), au Kenya (Chuma *et al.*, 2009), au Niger (Ridde et Diarra, 2009), en Afrique du Sud (Bhayat et Cleaton-Jones, 2003 ; Walker et Gilson, 2004), dont un qui la chiffre à +47 % de consultations par soignant (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004). La capacité à faire face varie. Des activités de promotion de la santé seraient sacrifiées en Ouganda et en Afrique du Sud (Kajula, Kintu *et al.*, 2004 ; Walker et Gilson, 2004). Au Niger, les chercheurs ont noté une divergence entre les propos des agents de santé qui se plaignent d'une charge de travail supplémentaire et les observations qu'ils ont menées sur place (Ridde et Diarra, 2009). Au Ghana, les responsables du système de santé estiment que les soignants arrivent à assumer une surcharge de travail (Witter, Arhinful *et al.*, 2007), mais les intéressés sont majoritairement en désaccord (Witter, Aikins *et al.*, 2007). Les gestionnaires se plaignent de la surcharge de travail créée par le programme d'abolition, avec ses nouveaux canaux de financement et de reddition de comptes (Witter, Arhinful *et al.*, 2007). Inversement, d'autres acteurs du système de santé voient leurs tâches disparaître : en Ouganda, les comités de gestion qui se consacraient principalement à la gestion des revenus tirés des frais aux usagers (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004), et les mutuelles de santé associées aux structures sanitaires publiques (Nabyonga-Orem, Karamagi *et al.*, 2008).

*Satisfaction*: Huit articles en font mention. Comme attendu, les utilisateurs des services de santé sont satisfaits des politiques d'abolition des frais (Kajula, Kintu *et al.*, 2004) et manifestent de la colère lorsque celles-ci sont suspendues ou inopérantes (par exemple, par manque de médicaments), ce qui se solde par des relations tendues avec le personnel de santé (Walker et Gilson, 2004 ; Witter et Adjei, 2007 ; Witter, Arhinful *et al.*, 2007 ; Ridde et Diarra, 2009). Du côté du personnel, le tableau est contrasté. Au Kenya, les professionnels de la santé ne semblent pas enthousiastes face à cette mesure

en raison de la surcharge de travail, des problèmes de ressources, de la disponibilité de médicaments, et des salaires bas (Chuma *et al.*, 2009). Deux articles sur l'Ouganda mentionnent une démotivation professionnelle (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004; Kajula, Kintu *et al.*, 2004). Au Ghana, les acteurs du système de santé apprécient l'abolition des frais pour les accouchements, notamment parce qu'elle supprime les difficultés liées au recouvrement des coûts (Witter, Arhinful *et al.*, 2007); mais les effets sur leur satisfaction professionnelle sont très variables (Witter, Aikins *et al.*, 2007).

Walker et Gilson (Walker et Gilson, 2004) montrent qu'en Afrique du Sud la réaction des infirmières interrogées est ambivalente. D'un côté, elles se sentent plus accomplies professionnellement parce que la gratuité des soins leur permet de contribuer à la santé de plus de patients; mais de l'autre, elles expriment une série de frustrations envers les décideurs qui les ont négligées dans la mise en œuvre de l'abolition des frais, et envers les patients qui, selon elles, abusent de la gratuité. Les conséquences sont graves, puisque 70 à 80 % de ces infirmières attribuent à la mesure de gratuité le fait de se sentir exploitées, surmenées ou de penser à démissionner. L'augmentation du salaire des professionnels de la santé qui a suivi l'abolition a entraîné une réduction du personnel de santé et une démotivation plus importante (Gilson et Intyre, 2007). Au Niger, la satisfaction de cette réforme sanitaire dépend des acteurs interrogés. Pour les responsables et les autorités locales, des craintes ont été manifestées concernant la pérennité du système d'abolition d'abord mis en place par une ONG en appui aux autorités sanitaires de deux districts. Pour les agents de santé, la perception de cette politique est assez mitigée. Certains sont satisfaits et d'autres auraient préféré une réduction du prix du médicament au détriment de la gratuité de certains services (Ridde et Diarra, 2009).

*Attitude des soignants et pratiques informelles:* En Afrique du Sud, la perception de la qualité du service, notamment l'attitude des soignants, influence l'utilisation. Une enquête effectuée en 1998 montre que la qualité du service s'est détériorée depuis 1994. Malgré l'introduction de la charte sur le droit du patient et la politique de Batho Pele, la rigidité et l'hostilité du personnel soignant dans les services publics de santé semblent persister notamment dans les services de santé maternels (Gilson et Intyre, 2007). Au Niger, la relation entre agent de santé et population semble s'être détériorée aussi avec cette nouvelle réforme. Il s'agit principalement de problèmes relationnels et d'incompréhensions. Les agents de santé ressentent un manque de respect à leurs égards. L'introduction de cette nouvelle réforme a entraîné des effets inattendus concernant le comportement des agents de santé et des populations bénéficiaires. Quelques informations concernant

ces pratiques informelles sont disponibles pour le Niger (Ridde et Diarra, 2009). Certains agents de santé plastifient les carnets de santé afin de vendre cet acte et générer un revenu supplémentaire. Ils effectuent également une revente des médicaments et font payer certains services qui sont pourtant gratuits. Quant aux populations, ils déploient aussi des stratégies. Les mères essaient d'accumuler le plus possible des médicaments en se rendant au centre de santé. Pour les auteurs, il est nécessaire de prêter une attention particulière à ces pratiques informelles et de trouver des solutions afin d'éviter tout abus du système (Ridde et Diarra, 2009).

*Résultats sur la santé*: Sept articles s'intéressent à cet effet. Trois d'entre eux rapportent simplement l'opinion des acteurs du système de santé. Au Ghana, ils croient voir un effet positif sur la mortalité maternelle (Witter et Adjei, 2007 ; Witter, Arhinful *et al.*, 2007).

En Afrique du Sud, l'abolition est jugée bénéfique pour la santé des patients (Walker et Gilson, 2004). Les chiffres confirment que le nombre de décès parmi les femmes accouchant en établissement de soins a diminué au Ghana, mais pas de manière significative (Bosu, Bell *et al.*, 2007). Une autre étude sur l'effet de l'abolition indique qu'elle n'a pas eu d'effet sur la santé, mais seulement sur le taux d'utilisation des services (Korkor, Solomon *et al.*, 2009)<sup>2</sup>.

En ce qui concerne l'Ouganda, selon Deininger et Mpuga (Deininger et Mpuga, 2004) le nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie a légèrement diminué à la suite de l'abolition des frais aux usagers. De plus, la propension à tomber malade a un peu diminué pour les enfants (moins de 14 ans) et, pour les adultes comme pour les enfants, n'est plus liée au niveau de richesse.

## DISCUSSION

### Des limites de notre étude et des écrits analysés

Les résultats de la présente recension des écrits doivent être analysés avec prudence compte tenu des contraintes méthodologiques que nous nous sommes données. Compte tenu des faiblesses méthodologiques des rapports d'expertises et d'ONG que nous avons consultés, et de notre critère

---

2. Néanmoins cette étude a été remise en cause par une équipe de chercheurs (Ridde et Haddad, 2009). La recherche se serait appuyée sur une théorie du programme qui ne correspondrait pas à la théorie de l'intervention sous-jacente à l'abolition du paiement. Une confusion entre les extrants et les effets ultimes a été soulevée.



d'inclusion central reposant sur la révision par les pairs dans des revues scientifiques, le nombre d'articles étudiés reste limité et il est clair que ces articles ne couvrent pas toutes les expériences d'abolition existantes. La faible production quantitative d'études sur l'abolition du paiement peut s'expliquer en grande partie par le caractère récent des politiques nationales à ce sujet. Tout comme pour les études concernant l'introduction du paiement des soins dans les années 1980, il faudra certainement attendre encore quelques années pour disposer de données sur d'autres pays d'Afrique. La Zambie, le Niger ou encore le Mali, où des politiques d'abolition ont récemment été adoptées, sauront certainement nous fournir des éléments intéressants.

En termes de contenu, le tableau 13 met en lumière les lacunes des articles que nous avons recensés. Les biais de publication sont à prendre en compte. Pour être publiés, les chercheurs sont souvent contraints de réduire les descriptions des contextes de leurs études, et les longues descriptions qui sont nécessaires à l'étude des processus trouvent rarement leur place dans les revues scientifiques où le nombre de mots est très limité. Les chercheurs ont aussi tendance à « découper » leurs études en plusieurs articles, ce qui limite la vision holistique de la politique étudiée. Tout cela participe à l'explication de la rareté des données disponibles dans les articles que nous avons recueillis concernant les contextes et les modalités de mise en œuvre.

**TABLEAU 14**  
Répartition des données empiriques selon le cadre d'analyse

	Émergence	Formulation	Mise en œuvre	Effets utilisation	Autres effets
Ouganda	++	+	++	+++	+++
Ghana	+	++	+++	++++	++++
Afrique du Sud	++	+	++	++	++
Kenya	++	++	++	++	-
Madagascar	++	+	++	+	+
Niger	++	++	+++	-	+

--: Aucune information; + à ++++: Quantité d'information disponible.

Au plan méthodologique, tout comme d'autres l'avaient constaté sur quelques-uns de ces écrits ou sur ceux concernant l'introduction du paiement (James, Hanson *et al.*, 2006; Lagarde et Palmer, 2006), cette recension met au jour la faiblesse de la qualité des données probantes disponibles. Très peu d'études utilisent des données populationnelles pour évaluer les effets de l'abolition des frais aux usagers, et celles qui ont analysé les données

d'utilisation des services se limitent à des échelles temporelles courtes. Rares sont les études robustes qui concernent les résultats de santé, qui usent de mixtes ou qui disposent de séries temporelles sur une longue période avec un groupe de comparaison, ce qui pourtant permet de compenser les déficiences que l'on constate dans de tels contextes. Ainsi, il devient urgent que des évidences plus solides soient construites à l'aide de devis d'évaluation permettant d'établir des liens de causalité plus forts (Gilson et McIntyre, 2005 ; James, Hanson *et al.*, 2006 ; Lagarde et Palmer, 2006). Par ailleurs, il faut se préoccuper de mieux rendre compte des processus au moyen de méthodes plus qualitatives et anthropologiques. Cela étant dit, notre recension des écrits montre parfaitement que l'on dispose de données utiles pour les prises de décisions.

### **Ce que l'on apprend : de quelques leçons apprises**

Si l'on sait que la volonté politique est importante dans ce type de décision, cette revue de littérature montre combien les responsables politiques au plus haut niveau ont joué la plupart du temps un rôle d'entrepreneurs politiques dans la prise de décision. Si l'on se réfère à la fameuse théorie des courants des politiques publiques (Kingdon, 1995 ; Ridde, à paraître), on constate que les fenêtres d'opportunité (les élections, les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté) ont bien souvent été saisies par des entrepreneurs politiques pour que l'abolition des frais aux usagers émerge comme une solution à l'exclusion des soins. Dans certains cas, des bailleurs de fonds ont certainement joué le rôle de courtiers politiques (*policy brokers*) en faveur de cette mesure, mais les articles ne nous le disent pas aussi clairement que notre connaissance du terrain nous l'apprend. Le fait que l'abolition concerne des services ou populations facilement identifiables (par exemple, accouchements, consultations pour les enfants) et non pas des personnes à identifier au cas par cas comme les indigents (Gilson, Kalyalya *et al.*, 2000 ; Ridde, 2008) a certainement facilité ces décisions. De surcroît, on découvre l'importance de la création d'alliances stratégiques et le rôle des ministères des Finances paraît dans certains cas essentiel au succès de la décision.

Mais la volonté politique ne suffit pas. La phase de préparation de la mise en œuvre semble avoir souvent manqué, bien que le temps entre la prise de décision et son démarrage réel soit parfois très long. C'est comme si les décideurs pensaient que leur décision suffit pour qu'elle soit implantée. Or, la littérature sur les politiques publiques est claire sur le besoin de bien préparer les décisions (Chalmers et Davis, 2001). L'information de l'ensemble des parties prenantes semble aussi avoir manqué dans de nombreux

cas. Plus les personnes sont loin des centres de décision, moins elles paraissent avoir été informées de la mesure d'abolition et de ses détails. Ce qui nous semble aussi frappant, dans ces écrits recensés, est combien la mise en œuvre a été du haut vers le bas, jamais du bas vers le haut. C'est comme si une décision émanant des plus hautes instances politiques ne pouvait suivre qu'un processus technocratique et administratif, et aucunement participatif et communautaire. Pourtant, dans de nombreux pays, le discours de la participation communautaire dans les soins de santé primaires perdure. Les articles que nous avons recensés montrent que ce processus rigide ne semble pas avoir été du goût des agents de santé. Cela dit, comme nous n'avons trouvé aucun cas mettant en scène un processus participatif, on ne peut pas supputer de son efficacité dans le contexte de l'abolition du paiement. Le peu d'informations sur les ressources financières et humaines nous ont montré qu'elles ont souvent fait défaut. Cela rappelle l'importance de planifier adéquatement la mise en œuvre : non seulement il faut remplacer les revenus qui étaient tirés des frais aux usagers, mais il faut aussi anticiper la croissance de la demande de services, et mobiliser davantage de ressources pour y répondre.

Le rôle du médicament, source tangible de l'accès aux soins pour les populations (Van Der Geest, Macwan'gi *et al.*, 2000), est central dans la politique d'abolition du paiement. Mais les écrits sur l'abolition nous en apprennent peu au sujet de la qualité des services perçue par la population. Ce qui est clair, c'est que le manque de ressources provoque des frustrations certaines. Les populations se détournent du secteur public, gratuit mais sans ressources pour faire face à la demande, pour finalement dépenser leur argent dans le secteur privé. Les agents de santé, face aux ressources insuffisantes, remettent parfois en place le paiement. La pression contradictoire de la demande accrue et de ressources insuffisantes peut aussi les démotiver, avec le risque qu'ils adoptent ou reviennent à des pratiques informelles. Pourtant, l'expérience du Ghana ou de l'Afrique du Sud montre que les agents de première ligne adhèrent aux mesures d'abolition, à condition de recevoir des ressources adéquates pour les mettre en œuvre. Parce qu'ils sont au premier plan, il faut vraiment considérer de leur accorder des mesures incitatives (financières ou non) à l'action, comme dans toutes les réformes sanitaires (Mathauer et Imhoff, 2006).

En ce qui concerne les effets, les données montrent clairement que l'abolition favorise l'utilisation des services. Cela ne fait aucun doute. Cependant, on constate aussi que cet accroissement n'est pas si univoque. L'hétérogénéité des effets est parfois grande et quelques effets délétères ont même été parfois constatés, notamment pour les services préventifs. Une

partie de cette hétérogénéité peut s'expliquer par des différences méthodologiques entre les études, comme c'est notamment le cas en Ouganda.

*Leçons apprises/recommandations :*

- Faire naître une volonté politique non seulement affirmée mais qui s'assure que la décision peut être mise en place ;
- Créer des alliances entre ministère de la Santé et ministère des Finances ;
- Organiser des processus d'information et de consultation adaptés aux réalités locales ;
- Planifier l'ensemble du processus de manière détaillée ;
- Prévoir l'ensemble des ressources nécessaires (humaines, financières, médicaments) pour faire face à l'accroissement de la demande ;
- Organiser des mesures de contrôle de l'utilisation de ces ressources et de prévention de mécanismes de paiements informels ;
- Prévoir des incitatifs pour favoriser l'adhésion des agents de santé ;
- Suivre l'utilisation des services de santé ciblés par l'abolition, et des autres services.

### **Ce que l'on ne sait pas encore : de quelques pistes de recherche**

Cette revue des écrits scientifiques nous a appris certains éléments importants, mais il faut bien reconnaître qu'ils restent limités. Certainement pour des raisons liées aux biais de publication, très peu d'écrits nous renseignent sur les processus qu'il faut mettre en œuvre. Les écrits nous montrent assez clairement que la suppression du paiement est une solution utile pour augmenter la demande de soins. Les décideurs sont donc maintenant rassurés, si tant est qu'il était nécessaire de le faire tant les théories économiques prédisent cet effet. Mais, maintenant, nous voulons savoir comment faire. Or, les publications scientifiques sont encore trop muettes sur ce sujet. Il faut donc que les chercheurs s'attellent à cette tâche et que les revues scientifiques laissent plus de place (et plus de mots) pour que ces connaissances soient mises au jour. On veut savoir quelles procédures de gestion mettre en place, trouver une réponse à des questions telles que : Faut-il pré-financer les centres de santé ? Sur quelle base ? Faut-il les rembourser sur la base de la consommation de services ? Les fonds doivent-ils être décentralisés ou centralisés ?

L'afflux de nombreux patients, qui pour certains se rendent peut-être aux centres de santé pour la première fois (demande auparavant non

satisfaite), a des conséquences sur les pratiques professionnelles et sur la relation soignants/soignés. Mais ces sujets ne sont que peu explorés.

Les responsables politiques qui n'ont pas encore pris la décision d'abolir les frais aux usagers cherchent des informations pour bien la préparer et savoir combien cela va coûter à l'État. Or, il faut bien reconnaître que l'on ne sait rien du coût réel de cette mesure.

Du côté des populations, il est nécessaire d'étudier davantage les dépenses de santé restant à la charge des ménages. Comme le rappellent certains articles de notre recension ainsi que d'autres auteurs (Meessen, Van Damme *et al.*, 2006), ces dépenses peuvent être élevées et continuer à dissuader l'utilisation des services de santé. Abolir certains frais aux usagers ne doit pas laisser croire que tous les problèmes d'accessibilité financière sont résolus.

Dans les contextes de l'Afrique de l'Ouest où l'initiative de Bamako et les comités de gestion locaux permettent aux centres de santé de retenir les revenus tirés des frais aux usagers et d'en disposer localement, la question de l'abolition des frais soulève des enjeux supplémentaires. C'est également le cas dans les pays faisant la promotion des mutuelles de santé depuis quinze ans avec encore bien peu de succès. Le cas de l'Ouganda (Burnham, Pariyo *et al.*, 2004) montre qu'il faut rapidement étudier les effets de l'abolition sur les systèmes de financement communautaire, notamment en Afrique de l'Ouest où l'abolition démarre (comme au Niger depuis 2007).

En ce qui concerne les effets sur l'utilisation des services, certes, nous savons que cela a été bénéfique; mais la faiblesse de la plupart des devis mérite que d'autres études plus contrôlées s'organisent. De nouvelles études permettraient aussi d'examiner les effets à plus long terme, soit plusieurs années après l'introduction de l'abolition. Ces études pourraient aussi être utiles pour vérifier que cet instrument politique ne profite pas aux moins pauvres, selon la fameuse « *inverse equity hypothesis* » (Victora, Vaughan *et al.*, 2000). Les données disponibles ne sont pas si claires que cela sur les différences d'utilisation entre les sous-groupes de population provoquées par l'abolition du paiement. Enfin, dans la mesure où cela sera possible dans les contextes d'intervention, il faudra s'interroger sur les effets pour la santé des populations.

#### *Pistes de recherche:*

- Analyser les processus de mise en œuvre;
- Décrire et comparer les différentes modalités de gestion de l'abolition;

- Comprendre les effets sur les pratiques professionnelles et la relation soignants/soignés ;
- Calculer le coût réel des politiques d'abolition des frais ;
- Étudier les dépenses de santé restant à la charge des ménages ;
- Décrire les effets et l'articulation entre l'abolition du paiement et les systèmes de financement communautaire (initiative de Bamako et mutuelles) ;
- Vérifier si ce sont vraiment les plus pauvres qui bénéficient de l'abolition du paiement ;
- Vérifier les effets à plus long terme.

## CONCLUSION

Il y a quinze ans, l'Afrique du Sud a commencé à abolir le paiement de certains soins. Puis, de nombreux pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe ont emboîté le pas. Nombre de bailleurs de fonds commencent à vouloir appuyer les pays qui souhaitent prendre la même décision. Alors que les décideurs de l'Afrique de l'Ouest s'interrogent à leur tour sur la pertinence d'une telle mesure et, surtout, sur la manière de l'organiser, cette recension des écrits devrait leur être utile. Elle montre que l'abolition a eu des effets globalement positifs sur la demande de soins mais, en même temps, elle rappelle toute l'importance des processus de mise en œuvre et le manque flagrant de connaissances que nous avons à ce sujet.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, S., Allen, P. *et al.* (2008). « Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation et delivery of health services ». *Health Research Policy et Systems*, 6 (7).
- Ansah, E.K., Narh-Bana, S. *et al.* (2009). « Effect of removing direct payment for health care on utilization et health outcomes in Ghanaian children: A randomised controllet trial ». *PLOS Medicine*, 6 (1) : 48-58.
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). « Scoping studies: Towards a methodological framework ». *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1) : 19-32.
- Asante, F.A., Chikwama, C. *et al.* (2007). « Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana ». *Ghana Medical Journal*, 41 (3) : 110-117.

- Bhayat, A. et Cleaton-Jones, P. (2003). «Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before et after the introduction of free primary dental health services». *Community Dentistry et Oral Epidemiology*, 31 (2): 105-110.
- Bosu, W.K., Bell, J. *et al.* (2007). «Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the Central et Volta regions of Ghana». *Ghana Medical Journal*, 41 (3): 118-124.
- Burnham, G., Pariyo, G. *et al.* (2004). «Discontinuation of Cost Sharing in Uganda». *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (3): 187-195.
- Chalmers, J. et Davis, G. (2001). «Rediscovering Implementation: Public Sector Contracting et Human Services». *Australian Journal of Public Administration*, 60 (2): 74-85.
- Chan, M. (2007). «Launch of the UK Department for International Development's new health strategy». En ligne: [http://www.who.int/dg/speeches/2007/050607\\_DFID/en/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2007/050607_DFID/en/index.html) (consulté le 4 février 2008).
- Chuma, J., Janet, M. *et al.* (2009). «Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice?». *International Journal for Equity in Health*, 8 (15).
- Cochrane (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. J. Higgins et S. Green, The Cochrane Collaboration.
- CPHA (1990). *Position Paper 1990, Sustainability and Equity: Primary Health Care in Developing Countries*, p. 8.
- Creese, A. et Kutzin, J. (1997). *Lessons from cost recovery in health. Marketizing education et health in developing countries, miracle or mirage?* C. Colclough. Oxford: Clarendon Press, p. 37-62.
- Deininger, K. et Mpuga, P. (2004). «Economic et welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda». *Journal of African Economies*, 14 (1): 55-91.
- deLeon, P. (1999). *The stages approach to policy process: what has it done? Where is it going? Theories of the policy process. Theoretical lenses on public policy*. P.A. Sabatier. Boulder, Colo.: Westview Press, p. 19-32.
- DFID (2006). *Eliminating world poverty making governance work for the poor. A White Paper on International Development*. London, p. 130.
- Fafchamps, M. et Minten, B. (2007). «Public Service Provision, User Fees et Political Turmoil». *Journal of African Economies*, 16 (3): 485-518.
- Gertler, P.J. et Hammer, J.S. (1997). «Strategies for pricing publicly provided health services. Innovations in Health Care Financing». *World Bank Conference*, 10-11 mars 1997, World Bank.
- Gilson, L., Doherty, J. *et al.* (2007). «Challenging inequity through health systems. Final report Knowledge Network on Health Systems». WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Equinet*. CHP. LSHTM, p. 49.
- Gilson, L. et Intyre, D.M. (2007). «Post-Apartheid challenges: Household access et use of health care in South Africa». *International Journal of Health Services*, 37 (4): 673-691.

- Gilson, L., Kalyalya, D. *et al.* (2000). « The equity impacts of community financing activities in three African countries ». *International Journal of Health Planning et Management*, 15 : 291-317.
- Gilson, L., Kalyalya, D. *et al.* (2001). « Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries ». *Health Policy*, 58 (1) : 37-67.
- Gilson, L. et McIntyre, D.M. (2005). « Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action ». *British Medical Journal*, 331 : 762-765.
- Goudge, J., Gilson, L. *et al.* (2009). « The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care et hospital exemptions for the poor ». *Tropical Medicine et International Health*, 14 (4) : 458-467.
- Goudge, J., Russell, S. *et al.* (2009). « Illness-related impoverishment in rural South Africa: Why does social protection work for some households but not others? » *Journal of International Development*, 21 : 231-251.
- Green, A. (1999). *An Introduction to health planning in developing countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Haddad, S., Nougara, A. *et al.* (2004). « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso ». *Santé, Société et Solidarité*, 2 : 199-210.
- Howlett, M. et Ramesh, M. (1995). *Studying Public Policy*. Toronto: Oxford University Press.
- James, C., Hanson, K. *et al.* (2006). « To Retain or Remove User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- et Middle-Income Countries ». *Appl Health Econ Health Policy*, 5 (3) : 137-153.
- James, C., Morris, S.S. *et al.* (2005). « Impact on child mortality of removing user fees: simulation model ». *British Medical Journal*, 331 (7519) : 747-749.
- Kajula, P.W., Kintu, F. *et al.* (2004). « Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy et conséquences on service delivery for malaria control ». *International Journal of Health Planning et Management*, 19 (S1) : 133-153.
- Kingdon, J.W. (1995). *Agendas, Alternatives et Public Policies*. New York: Harper Collins.
- Kipp, W., Kamugisha, J. *et al.* (2001). « User fees, health staff incentives, et service utilization in Kabarole District, Uganda ». *Bull World Health Organ*, 79 (11) : 1032-1037.
- Korkor, E., Solomon, A.N.-B. *et al.* (2009). « Effect of Removing Direct Payment for Health Care on Utilisation et Health Outcomes in Ghanaian Children: A Randomised Controlled Trial ». *PLOS Medicine*, 6 (1) : 48-58.
- Lagarde, M. et Palmer, N. (2006). *Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people*. Genève: The Alliance for Health Policy et Systems Research 67.
- Leighton, C. et Diop, F. (1995). *Protecting the poor in Africa: impact of means testing on equity in the health sector in Burkina Faso, Niger, et Senegal?* Bethesda, MD, Health Financing et Sustainability (HFS) Project. Abt Associates Inc., p. 29.
- Mathauer, I. et Imhoff, I. (2006). « Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives et human resource management tools ». *Hum Resour Health*, 4 : 24.



- McIntyre, D., Garshong, B. *et al.* (2008). « Beyond fragmentation et towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa et the United Republic of Tanzania ». *WHO*, 86: 871-876.
- Meessen, B., Van Damme, W. *et al.* (2006). « Poverty et User Fees for Public Health care in low-income Countries: Lessons from Uganda et Cambodia ». *The Lancet*, 368 (9554): 2253-2257.
- Mwabu, G., Mwanzia, J. *et al.* (1995). « User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance et revenue ». *Health Policy et Planning*, 10 (2): 164-170.
- Mwabu, G. et Wang'ombe, J. (1997). « Health service pricing reforms in Kenya ». *International Journal of Social Economics*, 24 (1-2-3): 282-293.
- Nabyonga, J., Desmet, M. *et al.* (2005). « Abolition of Cost Sharing is Pro poor: Evidence from Uganda ». *Health policy et planning*, 20 (2): 101-108.
- Nabyonga-Orem, J., Karamagi, H. *et al.* (2008). « Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study ». *BMC Health Services Research*, 8 (1): 102.
- Nakamura, R.T. (1987). « The Textbook Policy Process et Implementation Research ». *Policy Studies Review*, 7 (1): 142-154.
- Nanda, P. (2002). « Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care ». *Reproductive Health Matters*, 10 (20): 127-134.
- Netshandama, V.O., Nemathaga, L. *et al.* (2005). « Experiences of primary health care nurses regarding the provision of free health care services in the northern region of the Limpopo Province ». *Curationis*, 28 (1): 59-68.
- Nolan, B. et Turbat, V. (1995). *Cost recovery in public health services in Sub-saharian Africa*. Washington D.C.: World Bank.
- Palmer, N., Mueller, D.H. *et al.* (2004). « Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? » *Lancet*, 364: 1365-1370.
- Penfold, S., Harrison, E. *et al.* (2007). « Evaluation of the Delivery Fee Exemption Policy in Ghana: Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions ». *Ghana Medical Journal*, 41 (3): 100-109.
- Perkins, M., Brazier, E. *et al.* (2009). « Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries ». *Health Policy and Planning*, 24: 289-300.
- Poletti, T. et Sondrop, E. (2004). « Cost-recovery in the health sector: an inappropriate policy in complex emergencies ». *Humanitarian Exchange*, 26 mars: 19-21.
- Richard, H. (2004). « Cost recovery in humanitarian healthcare programmes: a donor's perspective ». *Humanitarian exchange*, 28 novembre: 37-39.
- Ridde, V. (2003). « Fees-for-services, cost recovery, et equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative ». *Bulletin of World Health Organization*, 81 (7): 532-538.
- Ridde, V. (2008). « The problem of the worst-off is dealt with after all other issues: The equity et health policy implementation gap in Burkina Faso ». *Social Science and Medicine*, 66: 1368-1378.
- Ridde, V. (à paraître). « Policy implementation in an African State: an extension of the Kingdon's multiple-streams approach ». *Public Administration*.

- Ridde, V., Bonhoure, P. *et al.* (2004). « User fees et hospital health care utilization in Afghanistan : lessons learned from a participative evaluation ». *Journal of Afghanistan Studies*, 2 : 93-109.
- Ridde, V., Delormier, T. *et al.* (2007). « Evaluation of Empowerment et Effectiveness : Universal Concepts? Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness ». Vol. I, D.V. McQueen et C.M. Jones. New York: Springer Science & Business Media, p. 389-403.
- Ridde, V. et Diarra, A. (2009). « A process evaluation of user fees abolition for pregnant women et children under five years in two districts in Niger (West Africa) ». *BMC Health Services Research*, 9 (89).
- Ridde, V. et Girard, J.E. (2004). « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains ». *Santé publique*, 15 (1) : 37-51.
- Rutebemberwa, E., Kallander, K. *et al.* (2009). « Determinants of delay in care seeking for febrile children in eastern Uganda ». *Tropical Medicine and International Health*, 14 (4) : 472-479.
- Rutebemberwa, E., Pariyo, G. *et al.* (2009). « Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda ». *Malaria Journal*, 8 (45) : 1-9.
- Sakho, M. et Yonli, L. (1997). *Backstopping sur le recouvrement des coûts dans la région sanitaire de Kaya*. Ouagadougou : Ministère de la Santé, SCPB, p. 28.
- Save the Children et Witter, S. (2005). « An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries ». *The Save the Children Fund*, 33.
- Souteyrand, Y.P., Collard, V. *et al.* (2008). « Free care at the point of service delivery : a key component for reaching universal access to HIV/AIDS treatment in developing countries ». *AIDS*, 22 (suppl. 1) : S161-S168.
- Stierle, F., Kaddar, M. *et al.* (1999). « Indigence et access to health care in sub-saharan Africa ». *International journal of health planning et management*, 14 : 81-105.
- UNICEF, HAI *et al.* (1989). *Report on the international study conference on community financing in primary health care*. Cape Sierra Hotel, Freetown, Sierra Leone.
- United Nations (2006). *The Millennium Development Goals Report 2006*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. DESA – juin 2006, p. 28.
- Van Der Geest, S., Macwan'gi, M. *et al.* (2000). « User Fees et Drugs : What did the Health Reforms in Zambia achieve? » *Health Policy and Planning*, 15 (1) : 59-65.
- Victora, C.G., Vaughan, J.P. *et al.* (2000). « Explaining trends in inequities : evidence from Brazilian child health studies ». *Lancet*, 356 (9235) : 1093-1098.
- Walker, L. et Gilson, L. (2004). « We are bitter but we are satisfied : Nurses as street-level bureaucrats in South Africa ». *Social Science and Medicine*, 59 : 1251-1261.
- Wilkinson, D., Gouws, E. *et al.* (2001). « Effect of Removing User Fees on attendance for Curative et Preventive Primary Health Care Services in rural South Africa ». *WHO*, 79 (7).

- Witter, S. et Adjei, S. (2007). « Start-Stop funding, its Causes and Consequences: A Case Study of the Delivery Exemptions policy in Ghana ». *International Journal of Health Planning and Management*, 22: 133-143.
- Witter, S., Aikins, M. *et al.* (2007). « Working practices et Incomes of health workers: Evidence from an Evaluation of a Delivery Fee Exemption scheme in Ghana ». *Human Resources for Health*, 5 (2): 1-10.
- Witter, S., Arhinful, D.K. *et al.* (2007). « The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care ». *Reproductive Health Matters*, 15 (30): 61-70.
- World Bank (2007). *Healthy Development. The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results*. Washington: World Bank, p. 193.
- Xu, K., Evans, D. *et al.* (2006). « Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization et catastrophic health expenditures in Uganda ». *Social Science and Medicine*, 62: 866-876.
- Yates, J., Cooper, R. *et al.* (2006). « Social protection et health: Experiences in Uganda ». *Development Policy Review*, 24 (3): 339-356.

