

CIRDIS

**Centre interdisciplinaire de recherche
en développement international
et société**

UQÀM



**Les paiements directs des
soins dans les pays à faible
et moyen revenu ne font plus
l'unanimité au sein de la
communauté internationale**

Une analyse documentaire

**Emilie Robert
Valéry Ridde**

www.cirdis.uqam.ca

**LES CAHIERS DU CIRDIS
COLLECTION RECHERCHE
No 2012-03**

**Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus
l'unanimité au sein de la communauté internationale**

Une analyse documentaire

**Les Cahiers du CIRDIS – Collection recherche
No 2012-03**

**Emilie Robert
Valéry Ridde**

■ Emilie ROBERT

Emilie Robert est étudiante au Ph.D. santé publique de l'Université de Montréal (Québec). Elle est stagiaire senior du Programme de formation interuniversitaire de formation en recherche en santé mondiale (Santé-Cap) et boursière du Fonds de recherche du Québec – Nature et Technologie.

■ Valéry RIDDE

Valéry Ridde est professeur agrégé au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal. Il est chercheur au Centre de recherche du CHUM. Il a obtenu une bourse salariale pour nouveau chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada.

Les Cahiers du CIRDIS
Collection Recherche — no 2012-03

Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus l'unanimité au sein de la communauté internationale

Une analyse documentaire

Robert, Ridde

ISSN : 1929-1027
Dépôt légal : octobre 2012
Bibliothèque nationale du Québec

Centre interdisciplinaire de recherche en développement international et société

Département de science politique
Université du Québec à Montréal (UQAM)
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal, Québec, Canada
H3C 3P8

www.cirdis.uqam.ca
cirdis@uqam.ca

Remerciements

Les auteurs remercient le groupe étudiant de réflexion sur les politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest de l'Université de Montréal, et particulièrement Michèle Boileau-Falardeau et Oumar Malla Samb pour leur aide au cours de l'analyse.

Résumé

Depuis l'avènement des paiements directs des soins dans les années 1980 dans les pays à faible et moyen revenu, le discours des acteurs de la santé mondiale a évolué en défaveur de ce mode de financement de la santé. L'objectif de l'étude est de déterminer et d'analyser la position des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les paiements directs.

Nous avons mené une recherche documentaire à partir de l'analyse des documents publiés et officiellement attribués aux acteurs de la santé mondiale entre 2005 et 2011. Nous avons catégorisé les acteurs en quatre groupes : les organisations intergouvernementales, les organisations internationales non gouvernementales, les agences gouvernementales de coopération, et les réseaux et groupes de travail transnationaux. Nous avons ensuite classé chaque acteur selon sa position par rapport à l'abolition des paiements directs. Nous avons enfin mené une analyse thématique des discours pour comprendre les arguments utilisés par chaque acteur pour défendre sa position.

Nous avons répertorié 50 acteurs de la santé mondiale pour lesquels nous avons retenu 120 documents. Parmi eux, 59% sont en faveur de l'abolition des paiements directs des soins ou de la gratuité des soins au point de service. Si aucun acteur ne se prononce plus en faveur des paiements directs, 29% ne prennent pas position. Seule la Banque Mondiale s'exprime à la fois en faveur des paiements directs et en faveur de la gratuité des soins au point de service. Les acteurs circonscrivent généralement leur position positive à certaines populations (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, etc.) ou à certains soins (soins primaires, de base, essentiels). Trois types d'arguments sont utilisés par les acteurs pour défendre leur position : économique, moral/éthique et pragmatique.

Le principe de l'utilisateur-payeur semble avoir fait long feu. Les données scientifiques et certains réseaux d'acteurs ont sans doute contribué à ce changement de discours. Pour autant, les acteurs de la santé mondiale qui ont maintenant trouvé un consensus ne doivent plus se contenter de prendre position. Ils doivent transformer leurs paroles en actes et soutenir tant techniquement que financièrement les pays qui ont choisi de mettre en place des mesures d'exemption, parfois sous leur influence.

Liste des abréviations

AG	Agence gouvernementale
AMS	Assemblée mondiale de la santé
ASM	Acteur de la santé mondiale
ECHO	Office humanitaire de la Communauté européenne
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
R/GT	Réseau / Groupe de travail transnational
IB	Initiative de Bamako
OOAS	Organisation ouest africaine de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OING	Organisation internationale non gouvernementale
OIG	Organisation intergouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
P4H	Providing for Health
PFMR	Pays à faible et moyen revenu
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Introduction

La couverture médicale universelle est le nouvel objectif de la décennie [1] et plusieurs pays à faible et moyen revenu (PFMR), comme l'Inde ou le Ghana, tentent désormais l'expérience de la mutualisation pour limiter les risques financiers liés à la maladie. Ils sont toutefois encore peu nombreux [2], les paiements demandés aux patients restant un mode de financement privilégié dans ces pays.

La question de l'abolition de ces frais demandés aux patients a fait l'objet de débats vivaces depuis leur avènement avec l'Initiative de Bamako en 1987. Présentés initialement comme un moyen de participation communautaire et d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins [3], ces frais ne semblent plus faire l'unanimité. En effet, dans un contexte où les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) sont encore loin d'être atteints notamment dans les pays d'Afrique [4], ils constituent une barrière majeure à l'accès aux soins des populations les plus vulnérables [5].

Plus de quinze ans se sont écoulés depuis que l'Afrique du Sud a pris le parti de rendre les soins de santé gratuits pour une certaine partie de sa population en 1994. Le pays ouvrait la voie à ses voisins. Aujourd'hui une vingtaine de PFMR ont suivi l'exemple sud-africain [6], soutenus par plusieurs bailleurs de fonds internationaux. Certains évoquent l'idée d'un consensus sur la nécessité d'abolir ces frais [7, 8] : « *Un consensus se dégage sur le fait que les frais d'utilisation ne sont pas un mécanisme de financement approprié pour les services de santé dans les pays en développement* » [7]. L'éditorial du Lancet de septembre 2012 qui lance sans détour que les paiements directs « *doivent être abandonnés* » [9] semble confirmer cette opinion grandissante sur la scène de la santé mondiale.

A travers cette étude, nous avons voulu voir dans quelle mesure un consensus existait entre les différents acteurs de la santé mondiale (ASM) sur la question des paiements directs dans les PFMR. Il s'agit donc de déterminer et d'analyser la position des ASM dans le débat, qu'il s'agisse d'organisations internationales, gouvernementales ou non.

Méthode

Stratégie de recherche

Dans le cadre d'une étude portant sur un débat supranational, collecter des données primaires auprès des parties prenantes est difficilement faisable. Il est donc possible de baser l'étude sur des données secondaires, comme l'expliquent Varvasovsky et Brugha [10] : « *Une analyse supranationale, impliquant des acteurs internationaux, est susceptible de s'appuyer davantage sur un examen des documents de politique, des rapports et des données existantes* » (p.340). Nous avons donc mené une recherche documentaire, facilitée par l'abondance des documents publiés par les ASM et leur accessibilité. Ce type d'étude présente par ailleurs l'intérêt de limiter l'influence du chercheur sur le matériel à l'étude [11].

Identification des parties prenantes dans le débat

Selon Varvasovsky et Brugha [10], les parties prenantes sont des « *acteurs qui ont un intérêt dans la question à l'étude, qui sont touchés par le problème, ou qui - en raison de leur position -*

ont ou pourraient avoir une influence active ou passive sur le processus de prise de décision ». Nous avons classé les différents types de ASM en nous basant initialement sur la catégorisation proposée par Evans et collègues [12]. Ils distinguent : 1) les organisations intergouvernementales (OIG), composées principalement d'Etats membres et établies par des traités leur donnant un statut international légal ; et 2) les organisations internationales non gouvernementales (OING), associations volontaires composées d'individus ou d'organisations dans le cadre d'une action internationale. Afin de tenir compte des nouveaux ASM [13], nous avons également intégré : 3) les agences gouvernementales (AG), c'est-à-dire les agences nationales de coopération qui interviennent dans le cadre d'accords bilatéraux impliquant généralement les pays à haut revenu ; et 4) les réseaux et groupes de travail transnationaux (R/GT). La mondialisation des échanges s'est en effet accompagnée de l'apparition d'une nouvelle catégorie d'acteurs, dont la voix sur la scène de la santé mondiale prend progressivement de l'ampleur. De nature hétérogène, ces acteurs peuvent être soit des groupes de travail formels constitués par des experts internationaux ou des représentants d'organisations dans un objectif précis ou une mission particulière (p. ex. le Task Force on Global Action for Health System Strengthening, appelé aussi Takemi Working Group), soit des réseaux transnationaux qui se forment à partir d'un intérêt commun (p. ex. le MDG Africa Steering Group, un regroupement des leaders d'OIG). Ces acteurs se développent rapidement et produisent de nombreux rapports diffusés à grande échelle.

Pour chaque catégorie, une liste des ASM majeurs été établie, puis complétée de manière itérative (Tableau 1).

Tableau 1 - Catégorisation des acteurs de la santé mondiale

Organisations intergouvernementales (OIG)	Gouvernements et leurs agences (AG)	Organisations internationales non gouvernementales (OING)	Réseaux et groupes de travail transnationaux		
			Réseaux OING	Réseaux AG et d'OIG	Autres
Assemblée générale des Nations Unies	Allemagne (GIZ)	Fondation Bill et Melinda Gates	Action for Global Health	Commission pour l'Afrique G8	Countdown to 2015
Assemblée mondiale de la santé (AMS)	Canada (CIDA)	Médecins du monde	Action mondiale contre la pauvreté (AMCP-F)	MDG Africa Steering Group	Global Health Council
Banque africaine de développement*	Danemark (DANIDA)	Médecins sans frontières	Coordination Sud	The Global Campaign for health MDGs	People's Health Movement (PHM)
Banque mondiale	Etats-Unis (USAID)	Merlin	Global Health Watch	ONUSIDA	Task Force on Global Action for Health System Strengthening
Commission européenne	France (AFD)	Oxfam	InterAction		Taskforce on innovative international financing for health systems (IIFHS)
Conseil de l'Europe	Japon (JICA)	Save the Children	The Global Call to Action Against Poverty		The Global Coalition on Women and AIDS
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	Pays-Bas	Vision Mondiale			UN Millenium Project
Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)	Norvège				P4H
Office humanitaire de la Communauté européenne (ECHO)	Royaume-Uni (DFID)				
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)					
Organisation mondiale de la santé (OMS)					
Organisation ouest africaine de la santé (OOAS)					
Parlement européen			n = 6	n = 5	n = 8
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)					
Union africaine					
n = 15	n = 9	n = 7	n = 19		

* *Aucun document n'a été trouvé pour cet ASM.*

Collecte des données

Les sites Internet officiels des organisations répertoriées ont été consultés de manière systématique et exhaustive afin de trouver les documents officiels publics produits par les ASM. Pour être inclus dans l'étude, un document devait : 1) être en français ou en anglais ; 2) être publié entre 2005 et août 2011 ; 3) être publié par un ASM ; 4) aborder le domaine du développement ou de la pauvreté dans les PFMR ; 5) être publié par et officiellement attribué à l'ASM (les documents portant les mentions « *les opinions exprimées dans ce document n'engagent que les auteurs* » et similaires ont été exclus) ; 6) présenter un point de vue, une stratégie, une prise de position, un appel, un plan d'action, et non seulement un compte-rendu d'activités.

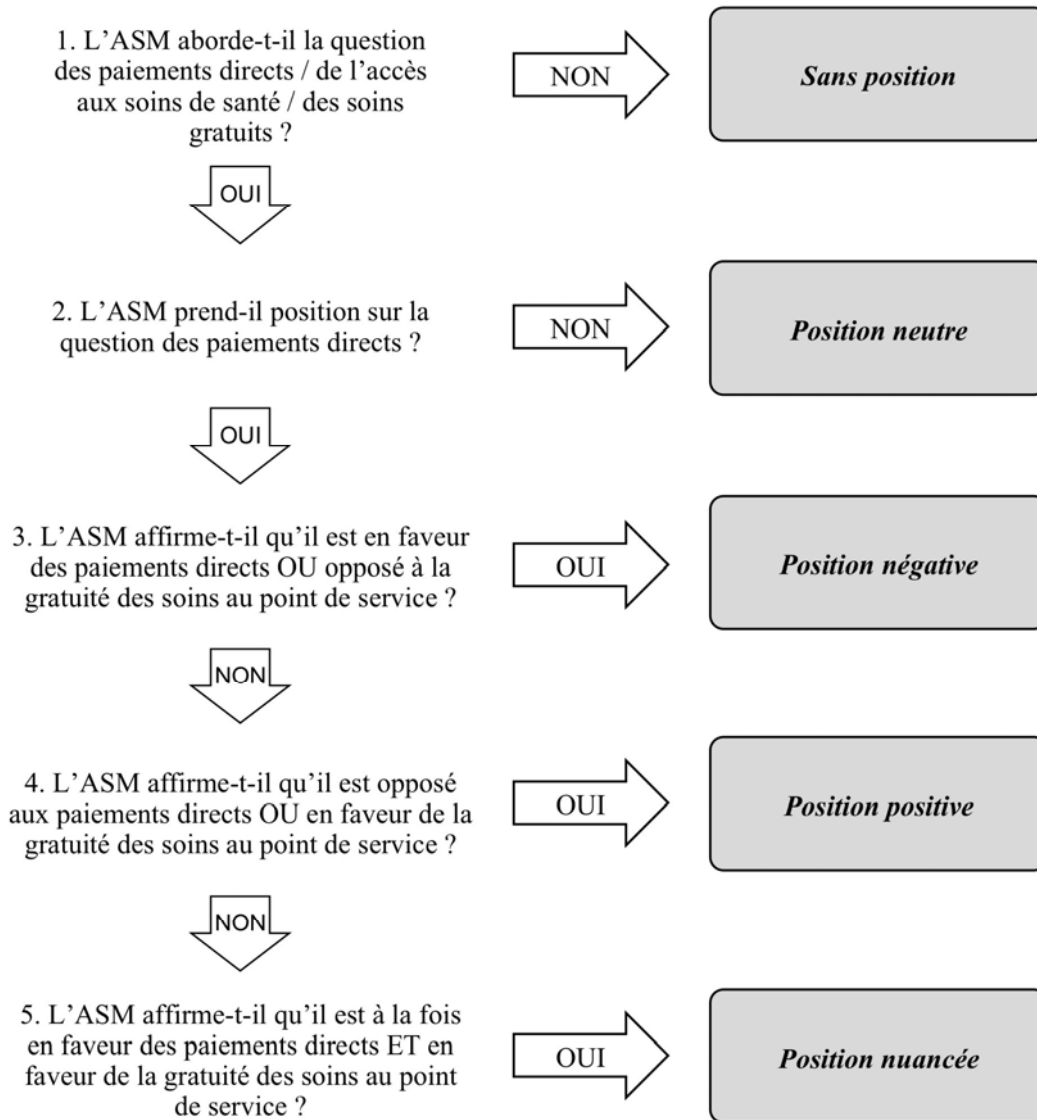
Afin d'avoir une vision la plus complète possible des positions des ASM concernés, la technique « *boule de neige* » a été appliquée aux documents retenus. Cette technique nous a permis de prendre en considération de nouveaux acteurs qui ont été progressivement ajoutés à la liste des parties prenantes. Des informateurs clés, dont les intérêts de recherche portent sur les questions du financement des systèmes de santé dans les PFMR, de l'accès aux soins des populations vulnérables et de l'équité, ont par ailleurs été contactés. Ces personnes ressources nous ont orientés sur la documentation disponible dans le cadre de conférences ou de rencontres internationales.

Analyse des données

Dans un premier temps, nous avons réalisé une cartographie du positionnement des acteurs dans le débat sur l'abolition des paiements directs. Pour ce faire, nous avons emprunté à l'analyse des parties prenantes. Ce type d'analyse est utilisé pour comprendre le rôle des acteurs dans le processus de prise de décision politique. Cela permet de mieux comprendre les parties prenantes à une politique, leurs intérêts et leurs relations [10]. La position des parties prenantes par rapport à un thème de politique de santé est un des aspects que cette analyse permet d'étudier [14]. Ces études ont ainsi été récemment menées dans les PFMR au sujet de la couverture maladie universelle en Tanzanie [15] et de l'influence de la recherche sur les systèmes de santé dans le processus d'élaboration des politiques [16].

Un arbre de décision (Figure 1) a guidé la classification des ASM selon leur position par rapport à la question des paiements directs. Il classe les acteurs internationaux en cinq groupes : sans position, position neutre, position négative, position positive et position nuancée. Lorsque plusieurs documents sont attribués à un ASM, le document qui permet de déterminer sa position est celui qui est le plus récent et dans lequel une position est identifiée.

Figure 1 - Arbre de décision pour la cartographie du positionnement des ASM



Les passages d'intérêt des documents ont été retranscrits dans une matrice du logiciel Microsoft Excel pour faciliter leur traitement. L'auteure principale a appliqué l'arbre de décision à l'ensemble des passages d'intérêt. Une agente de recherche a appliqué l'item 2 « L'ASM prend-il position sur la question des paiements directs ? » sur les passages d'intérêt, à l'exception de ceux déjà catégorisés "sans avis". Cet item est en effet le plus sujet à l'interprétation. Ce processus a été réalisé à l'aveugle, c'est-à-dire sans connaissance des ASM auteurs des passages d'intérêt. Un accord inter-juge a été calculé pour l'item 2 en utilisant le coefficient Kappa de Cohen. Le coefficient obtenu est de 92.1%. Les désaccords ont été résolus par consensus.

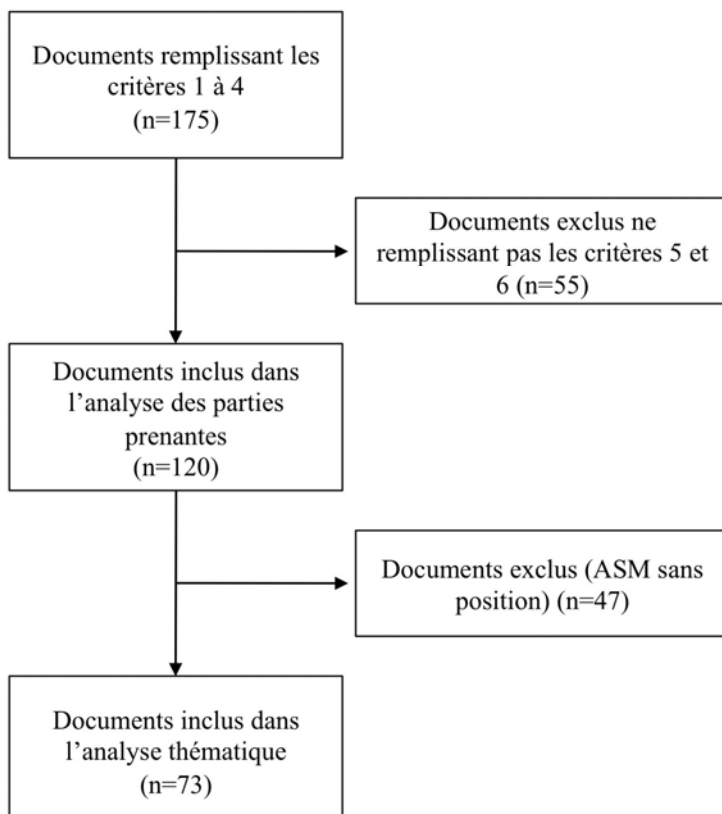
Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse thématique des discours produits par les ASM afin d'identifier quels arguments étaient utilisés pour justifier leur position. Cette analyse a été réalisée par l'auteure principale. Le processus de cartographie de la position des ASM a d'abord permis de développer de manière inductive une grille de codes. Cette grille a par la suite été appliquée sur les passages d'intérêt compilés dans une matrice Microsoft Excel, et sur l'ensemble du document lorsque nécessaire. Elle a été complétée de manière itérative, avant d'être stabilisée.

Résultats

Description des ASM et des documents identifiés

Nous avons répertorié 50 ASM dont 15 OIG, 9 AG, 7 OING et 19 R/GT. Nous avons présélectionné 175 documents répondant aux critères d'inclusion 1 à 4 pour l'ensemble des ASM, à l'exception de la Banque africaine de développement pour laquelle nous n'avons trouvé aucun document d'intérêt. Parmi ces documents, 55 ont été exclus (Figure 2) car ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion 5 et 6.

Figure 2 - Processus de sélection des documents publiés par les ASM



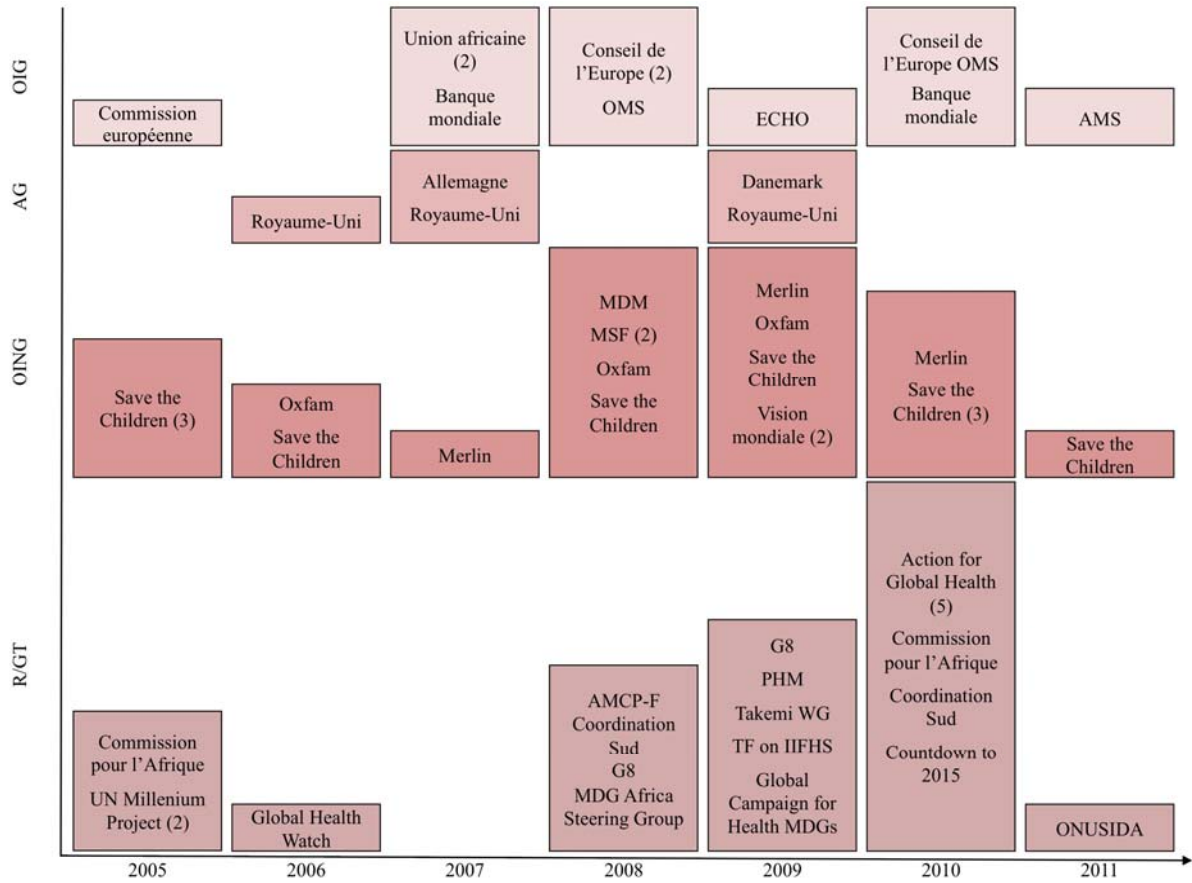
L'analyse des parties prenantes a été réalisée à partir des 120 documents restants. Parmi eux, 26 ont été publiés par les OIG, 26 par les AG, 27 par les OING et 41 par les R/GT. L'analyse thématique des discours a été réalisée sur les 73 documents appartenant aux ASM ayant exprimé une position dans le débat. Le tableau 2 décrit la nature des documents.

Tableau 2 - Description des documents inclus dans l'étude

	OIG	AG	OING	R/GT	TOTAL
<i>Nombre total de documents sélectionnés</i>	26	26	27	41	120
<i>Nombre total inclus dans l'analyse thématique</i>	15	6	26	26	73
<i>Nature des documents</i>					
Plan d'action / stratégie	7	6	0	2	15
Appel à l'action / document de plaidoyer	1	0	23	15	41
Prise de position / déclaration de principes	5	0	2	3	10
Rapport	2	0	1	6	9
<i>Thème des documents</i>					
Santé (général)	6	3	1	3	14
OMD	2	0	0	7	9
Paiements directs / accès aux soins	1	0	9	0	10
Pauvreté / développement	2	2	2	7	14
Santé (thème spécifique)	3	1	14	9	27
Autre	1	0	0	0	1

Les documents dans lesquels les ASM se sont positionnés en faveur de la gratuité des soins ou de l'abolition des paiements directs sont plus nombreux entre 2008 et 2010 (figure 3). Entre 2005 et 2007, 17 documents (28%) ont été publiés dont six par les OING (35%), tandis que 40 (67%) ont été publiés entre 2008 et 2010.

Figure 3 - Chronologie de la publication des documents des ASM ayant une "position positive"*



*La hauteur des barres est proportionnelle au nombre de documents publiés chaque année par type d'ASM. Lorsqu'un ASM a publié deux documents ou plus, le nombre total de documents publiés est inscrit entre parenthèse.

Comment les ASM se positionnent-ils dans le débat sur les paiements directs ?

Les ASM qui se sont exprimés dans le débat sont pour la majorité en faveur de l'abolition des paiements directs des soins ou de la gratuité des soins au point de service. En effet, 29 d'entre eux (59%) se classent dans la catégorie « position positive » (tableau 3). Aucun ASM ne se prononce en faveur des paiements directs ou contre la gratuité des soins au point de service. Toutefois, 39% des ASM restent encore discrets sur la question, soit qu'ils n'abordent pas le sujet (29%), soit qu'ils l'évoquent de manière neutre (10%). C'est le cas par exemple de l'ONUSIDA, un partenariat des Nations Unies consacré à la problématique du VIH/SIDA, qui décrit les paiements directs comme une barrière à l'accès aux soins, sans pour autant prendre position :

« Les coûts d'accès aux services, y compris les frais de visite et les coûts de transport, peuvent également constituer un obstacle important, surtout chez les personnes souffrant d'insécurité alimentaire. » (p.38) [17]

Un seul des ASM, la Banque Mondiale, s'exprime à la fois en faveur des paiements directs et en faveur de la gratuité des soins au point de service (tableau 3) :

« [...] les frais d'utilisation ont un rôle à jouer en tant que co-paiement lorsqu'il existe des preuves d'une demande excédentaire. [...] A la demande des pays clients, la Banque est prête à soutenir les pays qui veulent éliminer les frais d'utilisation des formations sanitaires publiques [...] » (p.50) [18]

Tableau 3 - Répartition des ASM selon leur position face à l'abolition des paiements directs des soins

	Sans position	Position neutre	Position négative	Position positive	Position nuancée
	n=14 (29%)	n=5 (10%)	n=0	n=29 (59%)	n=1 (2%)
OIG	Assemblée générale des Nations Unies FNUAP PNUD UNICEF	Parlement européen OCDE OOAS		Assemblée mondiale de la santé ECHO Commission européenne Conseil de l'Europe OMS Union africaine	Banque mondiale
AG	Canada Etats-Unis France Japon Norvège Pays-Bas			Allemagne Danemark Royaume-Uni	
OING	Fondation Gates			Médecins du monde Merlin Médecins sans frontières Oxfam International Save the Children Vision Mondiale	
R/GT					
<i>AG et OIG</i>				Commission pour l'Afrique G8 MDG Africa Steering Group The Global Campaign for the Health MDGs ONUSIDA	
<i>OING</i>	InterAction The Global Call to Action Against Poverty			Action for Global Health Action mondiale contre la pauvreté Coordination Sud Global Health Watch	
<i>Autre</i>	Global Health Council	The Global Coalition on Women and AIDS P4H		Countdown to 2015 People' Health Movement Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Task Force on Global Action for Health System Strengthening UN Millenium Project	

Les OING sont proportionnellement plus nombreuses (86%) à se prononcer en faveur des soins de santé gratuits, contre respectivement 40 et 33% pour les OIG et les AG. De même, ce sont les AG qui sont proportionnellement les plus nombreuses à se ranger dans les catégories « sans position » ou « position neutre », soit 67%. Une seule des OING (14%) se classe dans ces mêmes catégories.

Qu'est-ce qui caractérise la « position positive » des ASM ?

De manière générale, parmi ceux qui se sont prononcés pour la gratuité des soins ou l'abolition des paiements directs, les ASM précisent les populations ou les services pour lesquels elles sont en faveur de la gratuité des soins au point de service. Le plus souvent, les documents dans lesquels les ASM expriment une position portent sur la santé de la mère et de l'enfant [18-20]. Certains documents portent également sur l'une ou l'autre de ces populations [17, 21, 22] ou encore sur les populations pauvres et vulnérables [23-25].

Concernant les soins de santé dont il est question dans les documents inclus, on recense les soins de santé de base [26-29], les soins de santé essentiels [30-32] ou encore les soins de santé primaire [25, 33, 34]. Les ASM parlent également de la prévention, du traitement et des soins liés au VIH/SIDA [35, 36] et de la malaria [37]. L'Action Mondiale contre la Pauvreté - France mentionne tout particulièrement les maladies de long terme [38]. Enfin, certains ASM soutiennent la gratuité des soins pour une combinaison de populations et de services, comme les soins de santé de base pour les enfants de moins de 5 ans [39, 40].

Quelques ASM conditionnent parfois leur soutien à la gratuité des soins : la Banque Mondiale [18, 41], ECHO - la branche d'aide humanitaire de la Commission Européenne - [42], Vision Mondiale [19], Merlin [21], le G8 [39, 43]. ECHO indique par exemple que la gratuité des soins de santé doit être garantie dans les contextes d'urgence [42]. De son côté, la Banque Mondiale précise trois conditions :

« [...] (a) que la perte des revenus provenant des paiements directs puisse être remplacée par des ressources qui atteignent les formations sanitaires en temps opportun et qui sont financièrement viables à long terme ; (b) que des systèmes publics de gestion financière efficaces permettent que ces nouvelles ressources financières atteignent efficacement les formations sanitaires qui en ont le plus besoin et dans le contexte d'un cadre incitatif approprié pour la prestation de services aux pauvres, et (c) que ces nouvelles ressources soient utilisées pour assurer la prestation de services de qualité efficaces pour les pauvres dans les formations sanitaires [...] » (p.50) [18]

En outre, tous les ASM ne formulent pas leur position de manière aussi directe que Save the Children ou d'autres OING qui n'hésitent pas à réclamer l'abolition des paiements directs : « *Afin de sauver la vie des enfants et de permettre aux familles les plus pauvres d'obtenir les soins dont ils ont besoin, les paiements directs doivent être abolis [...] » (p.3) [44].* Ainsi la coopération danoise, tout en étant en faveur de la gratuité des soins au point de service, insiste sur la nécessité de favoriser d'autres mécanismes de financement :

« Une stratégie importante pour améliorer la couverture et l'accès universel aux services de santé est de réduire les frais complémentaires

et d'assurer une protection sociale contre les dépenses de santé catastrophiques. La combinaison de différents mécanismes de financement est nécessaire dans la plupart des pays pour atteindre cet objectif. [...] L'abolition des paiements directs est une stratégie qui ne peut garantir la qualité des services et ne peut donc être une stratégie unique. » (p.15) [45]

Les documents produits par les OIG sont ceux qui mentionnent le plus souvent cette idée que les paiements directs doivent être évités, tout en suggérant d'autres mécanismes de financement, plutôt que leur suppression pure et simple. C'est notamment le cas de l'Union africaine [46], du Conseil de l'Union Européenne [47], de l'Assemblée mondiale de la santé [48] et l'Organisation mondiale de la santé [33, 49].

Quels sont les arguments avancés par les ASM pour défendre leur position ?

Les OING sont plus enclines à accuser les paiements directs que d'autres ASM qui ont incité et soutenu leur mise en œuvre. Rejoignant le constat énoncé plus haut selon lequel plusieurs OIG se positionnent davantage en faveur de modalités de financement du système de santé équitables qu'en faveur de la gratuité des soins ou de l'abolition des paiements directs, on remarque que plusieurs OIG inscrivent leur positionnement dans un ensemble de valeurs universelles telles que l'équité, la justice, voire le droit à la santé (voir ci-dessous). Elles ont un discours moins engagé et donnent rarement des arguments directement en défaveur des paiements directs, à l'image de l'Union Africaine :

« En cherchant d'autres sources de revenus, les pays devraient travailler à un modèle de solidarité dans un cadre d'équité, en cherchant à mettre en œuvre des systèmes de pré-paiement pour éviter les paiements directs au moment du recours aux soins. » p.11 [50]

Les exceptions notables parmi les OIG sont l'OMS et ECHO qui adoptent un ton résolument dénonciateur à l'encontre des paiements directs.

Concernant la nature de l'argumentation, nous avons discerné trois grands types d'arguments (tableau 4) : les arguments de nature économique, ceux de nature morale et éthique, et ceux de nature pragmatique.

Tableau 4 - Répartition des acteurs de la santé mondiale en fonction de la nature des arguments utilisés pour justifier leur positionnement

Nature des arguments	OIG	AG	OING	R/GT	TOTAL
1) Economique	3	2	6	5	16
2) Moral et éthique					
<i>Equité</i>	5	2	4	2	13
<i>Ethique</i>	3	1	3	2	9
<i>Droit de l'homme</i>	0	1	4	3	8
3) Pragmatique					
<i>Préoccupation de santé</i>	5	2	6	8	21
<i>OMD</i>	2	2	4	11	19

Les arguments de nature économique sont construits autour de deux raisonnements. Le premier concerne les dépenses de santé catastrophiques que les ménages encourent notamment à cause des paiements directs. Ces dépenses catastrophiques conduiraient à l'appauvrissement des ménages les plus pauvres : « *Lorsque les paiements directs sont en place, ceux qui luttent pour payer peuvent devenir encore plus pauvres ou endettés.* » (p.1) [44]. Certains ASM inscrivent en outre leur positionnement dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et du développement de la croissance, comme l'indiquent les titres des documents, notamment celui du Conseil de l'Union européenne : « *L'UE comme partenaire mondial pour le développement en faveur des pauvres et de la croissance* » [35]. Le second raisonnement concerne directement l'efficacité du système de santé ; en effet, les paiements directs ne constitueraient pas « *le meilleur retour sur investissement* » (p.25) [51] et leur abolition permettrait d'améliorer le coût efficacité des services de santé en favorisant l'utilisation des services (p.69) [52].

En ce qui concerne les arguments de nature morale et éthique, l'équité est la raison la plus fréquemment citée par les ASM pour justifier leur positionnement dans le débat sur les paiements directs, et ce de manière relativement homogène. D'une part, les paiements directs apparaissent dans les discours comme étant le moyen le plus inéquitable de financer le système de santé : « *Les paiements directs sont la forme la moins équitable de financement de la santé.* » (p.42) [49]. D'autre part, ils sont considérés comme n'ayant pas permis d'assurer un accès équitable à la santé [27].

Les paiements directs sont également dénoncés car ils accentueraient les inégalités de genre par la nécessité qu'auraient les femmes de demander l'argent nécessaire à leurs époux [21, 51]. D'autres arguments de même nature entrent en jeu dans l'argumentation des différents ASM. Ainsi, ces derniers estiment que les paiements directs sont sources d'exclusion et de discrimination [40, 53, 54], sont injustes [44, 46] ou « *intolérables* » [42], et qu'ils constituent une menace à la vie même [55, 56]. Certains ASM, surtout les OING, adoptent une position de principe en faveur du droit à la santé qui encadre leur positionnement pour la gratuité des soins : « *Les engagements envers la survie de l'enfant sont des obligations légales inscrites dans une*

série d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme » (p.1) [57]. Enfin un R/GT – le People's Health Movement – estime que « *les services de santé doivent être démocratiques* » (p.11) et doivent donc assurer un accès gratuit aux soins de santé [58].

Dans les arguments de nature pragmatique, les préoccupations de santé des populations sont les plus fréquemment citées. Ainsi, pour les ASM, les paiements directs constituent une barrière qui empêche les populations, particulièrement les plus pauvres, d'accéder aux soins [49, 56]. Ces barrières doivent être éliminées pour permettre d'améliorer l'accès aux soins et l'utilisation des services [20, 28, 48], ainsi que les diagnostics précoces, [34] d'éliminer certaines maladies [28, 37, 59], d'améliorer la qualité et la couverture des services de santé [21, 34], et finalement de sauver des vies [19, 26, 60]. Le second argument le plus utilisé est l'atteinte des OMD liés à la santé. Selon la grande majorité des ASM, supprimer les paiements directs contribuerait aux OMD :

« En l'absence de politiques de financement plus favorables aux pauvres mises en place dans ces pays – y compris la prestation de soins gratuits au point de service – le manque actuel de progrès vers l'OMD 4 ne devrait pas évoluer. » (p.36) [61]

L'ensemble de ces arguments fait appel à plusieurs concepts et notions (pauvreté, développement, équité, droit à la santé) dont les ASM ne précisent pas la définition dans les documents que nous avons étudiés.

Pour conclure, on remarque que plusieurs ASM renforcent leur argumentation par l'utilisation soit de la littérature scientifique (n=10), soit de la littérature grise (n=15), voire de leurs propres résultats de recherche ou expérience (n=5).

Discussion

Notre recherche montre que la tendance n'est clairement plus à un discours valorisant les paiements directs comme mode de financement des systèmes de santé des PFM. Il existe donc un consensus manifeste, au moins rhétorique, en faveur de la gratuité des soins au point de service chez les ASM qui se sont prononcés sur la question. Les bénéficiaires sont souvent identifiés comme étant les plus vulnérables ou les plus pauvres et coïncident souvent avec les bénéficiaires cibles des OMD pour la santé (mères, enfants de moins de 5 ans, personnes vivant avec le VIH-SIDA). Cela rejoint le constat réalisé par les ASM que les paiements directs, en freinant l'accès aux soins de santé, freinent l'atteinte des OMD.

Histoire d'un changement

Si certaines OING ont toujours défendu le principe de gratuité des soins, cela n'a pas été le cas des AG et des OIG qui ont parfois même contribué – directement ou non – à l'instauration des paiements directs. En effet, l'Initiative de Bamako (IB), qui a promu les paiements directs dans les PFM, a été largement influencée par l'UNICEF et l'OMS, dans un contexte où la scène de la santé internationale subissait des transformations importantes, inhérentes à la place grandissante de la Banque Mondiale dans la santé [62-64]. Ainsi, même si la Banque Mondiale n'a pas été partie prenante dans le développement de l'IB, les politiques d'ajustement structurel qu'elle mène dans les pays du Sud depuis le début des années 1980 et qui visent à réduire les dépenses publiques dans les secteurs sociaux ont contribué à l'expansion de l'IB. L'élargissement des

préoccupations de l'institution aux problématiques de santé a participé à influencer largement les réformes du financement des systèmes de santé, jusqu'à parler de la fabrication d'un consensus [64].

Ce mouvement s'inscrivait dans un contexte plus large de réflexion autour du financement des systèmes de santé, tant dans les pays occidentaux que dans les PFMR, dès le début des années 1990. Ainsi, « [...] *La propagation de la réforme du financement de la santé a été [...] influencée par l'établissement d'un consensus entre différentes institutions et contextes nationaux, consensus définissant le 'problème' du financement de la santé et les solutions possibles* » [63]. Le leadership de la Banque Mondiale, grâce à sa puissance financière et son expertise technique, s'est imposé tant aux organisations de coopération internationale, qu'aux institutions académiques et aux décideurs des PFMR, dominés du fait de leur position captive face à l'aide internationale [62]. Un paradigme est né, qui va orienter la très grande majorité des réformes du financement des systèmes de santé dans les PFMR, notamment sur le continent africain.

Le discours en matière de financement des systèmes de santé se caractérise donc par un changement des positions des acteurs internationaux majeurs, notamment les OIG. En effet, entre la position de la Banque Mondiale en 1987, et sa position vingt ans plus tard [18], le principe dominant d'utilisateur-payeur a fait long feu.

Réforme à la marge ou changement fondamental ?

Ce changement est-il à la marge ou fondamental ? Par opposition au changement à la marge, le changement fondamental est « *une orientation politique entièrement nouvelle, qui signifie également l'émergence d'un nouveau paradigme ou d'une nouvelle façon de réfléchir à un enjeu politique* » [65]. Si notre analyse montre l'existence d'un consensus, elle montre également que les OIG et certains R/GT ont une position nuancée et s'abstiennent notamment de promouvoir l'abolition des paiements directs. Ils ont ainsi un discours modéré dans lequel on perçoit une tension entre la volonté de soutenir l'abolition des paiements directs, par souci d'équité et de justice sociale, et la nécessité de proposer des solutions pour assurer la pérennité du financement de la santé. On retrouve la même tension dans les discours du personnel de santé, notamment au Mali, qui reconnaît les paiements directs comme une barrière à l'accès aux soins pour les plus pauvres, tout en restant prudent quant aux solutions à y apporter [66]. Le consensus porterait donc davantage sur la nécessité de trouver des moyens alternatifs et équitables de financer le système de santé, tels que la couverture médicale universelle.

En outre, on peut légitimement se demander si certaines déclarations des OIG ne sont pas seulement des déclarations de principe vides de sens. Ces discours de façade, utilisant le vocabulaire promu par les OING notamment, ne sont pas étrangers à la politique de la santé internationale [67]. Par exemple, l'objectif d'équité qui semble cher à l'ensemble des ASM et qui sert à justifier leurs discours n'est jamais défini. La systématisation de cet objectif dans les discours des ASM est certes un pas de plus vers l'établissement de valeurs communes au sein de la communauté internationale [68] ; pourtant le risque qu'il devienne un slogan dans le discours de certains ASM est présent.

Données probantes et réseaux d'acteurs : les moteurs du changement

Le changement de position des acteurs majeurs de la santé mondiale peut s'expliquer par la coexistence de plusieurs facteurs. Selon nous, la production et la diffusion des données

scientifiques sur les paiements directs et l'influence de certains réseaux d'acteurs de la santé mondiale ont contribué à ce changement.

Depuis les années 1990, on assiste à l'intensification de l'approche *evidence-based*, notamment dans le domaine de la prise de décision politique [69]. Ce mouvement a pour ambition d'informer la pratique et les décideurs afin de favoriser le développement de politiques dites plus efficaces et dont on connaît mieux les tenants et les aboutissants. Il a été relayé par les organismes internationaux qui ont entrepris de contribuer à la production de connaissances, soit à travers leurs propres publications [64, 69], soit à travers le financement de projets de recherche dans les milieux académiques [63]. Ces données probantes ont pu permettre à certaines OIG de justifier un certain type de discours et de politiques, dans une approche stratégique et argumentative [64].

Devant l'enjeu considérable des réformes des systèmes de financement et afin d'informer les décideurs et le public sur les effets de ces réformes, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'impact des paiements directs sur les taux d'utilisation des services de santé par les populations [70]. De leur côté, les OING, notamment Save The Children, ont capitalisé leurs expériences de terrain pour produire des informations sur les effets des paiements directs sur l'accès aux soins des populations vulnérables [31, 71]. Malgré les limites méthodologiques des études menées, les résultats produits ont la plupart du temps démontré un impact négatif des paiements directs sur l'accès aux soins des plus pauvres, tout en ne permettant pas de confirmer l'efficacité de ces politiques [72]. Cette abondance d'évidences scientifiques et d'expériences de terrain a pu contribuer à faire évoluer la vision des GHA et a surtout consolidé le discours partisan des OING, comme le montre l'utilisation faite des écrits scientifiques dans leurs documents. Si les données probantes n'ont sans doute pu, à elles seules, provoquer un changement de la part des OIG, elles ont certainement contribué à alimenter le débat déjà vif entre partisans et détracteurs des paiements directs, tout en semant le doute sur ces politiques de recouvrement des coûts parmi les décideurs des PFMR, selon un processus d' « *enlightenment* » [73]

La connaissance peut participer au mouvement de changement politique, mais comme seul instrument du changement, celui-ci devant être nécessairement animé par des acteurs. Ces acteurs, individuels ou collectifs, sont habités par des croyances et des valeurs ; ils ont un objectif qu'ils cherchent à atteindre à travers la mobilisation de ressources et sont contraints par des règles et des institutions [74]. Les coalitions plaidantes (*advocacy network*) offrent une perspective intéressante pour comprendre l'implication des différents acteurs lors de changements politiques au cours de longues périodes [75]. Ces réseaux sont constitués de « *personnes occupant des postes variés (élus et fonctionnaires, dirigeants de groupes d'intérêt, chercheurs) qui partagent un système de croyance particulier - à savoir, un ensemble de valeurs de base, de raisonnements causals, et de perceptions de problèmes - et qui montrent un degré non négligeable d'activité coordonnée au fil du temps* ». Dans ce modèle, les idées ont une place importante dans le processus de changement et d'élaboration des politiques publiques au niveau national. Deux types de coalitions de cause nous semblent avoir joué un rôle dans le changement politique qui nous intéresse sur le financement des systèmes de santé dans les PFMR : les réseaux politiques internationaux (*global policy networks*), et plus particulièrement l'élite politique transnationale [63], et les coalitions de cause transnationales (*transnational advocacy networks*) [76].

Lee et Goodman [63], en retraçant la trajectoire de la réforme du financement des systèmes de santé, montrent le rôle des réseaux politiques internationaux dans la construction d'un consensus

: « *Ce consensus a été atteint grâce à un ensemble d'initiatives en recherche et formation, au financement de projets, à la trajectoire de carrière des individus, et à d'autres formes de collaboration entre pays à haut et à faible revenu, entre économie de la santé et santé publique, et entre secteur public et secteur privé* ». Les auteurs mettent en lumière la fracture qui existe entre les écoles de pensée américaines – favorables aux politiques de paiements directs – et les écoles européennes – plutôt défavorables aux paiements directs –, ce qu'ils appellent le « *fracture transatlantique* ». Les travaux des auteurs, qui s'arrêtent aux années 2000, offrent une perspective historique nécessaire pour comprendre comment se sont transformés les termes du débat sur les paiements directs des soins dans les PFMR. Pour poursuivre leur analyse, on pourrait s'attarder plus particulièrement sur les éléments qu'ils ont reconnu comme ayant favorisé l'émergence d'un consensus, et notamment comment les écoles de pensée européennes ont gagné en légitimité, au point de contribuer à renverser les positions dominantes.

Les coalitions de cause transnationales [76] se distinguent des coalitions plaidantes non seulement par leur caractère transnational, mais également par l'activisme qui les caractérise. Ce type des réseaux « *inclut les acteurs travaillant au niveau international sur un enjeu, qui sont liés par des valeurs partagées, un discours commun, et des échanges denses d'informations et de services* ». Parmi les acteurs de ces coalitions, les OING jouent un rôle central par leur capacité à initier des actions et à faire pression sur des acteurs plus importants de la scène internationale. En effet, les OING « *participent à la fois à la mise sur l'agenda d'enjeux internationaux, aux processus décisionnels et à la mise en œuvre de programmes d'action internationaux* » [77]. Plusieurs OING ont publié très régulièrement une quantité importante de rapports montrant les ravages des paiements directs sur l'accès aux soins des indigents, tout en faisant pression sur leur gouvernement et/ou les organisations intergouvernementales pour leur faire prendre une position claire en faveur de la gratuité des soins au point de service. Les coalitions de cause transnationales disposent de plusieurs moyens d'action pour influencer la prise de décision politique [76] : « *information politics* » ou la capacité de mobiliser rapidement des informations utiles politiquement ; « *symbolic politics* » ou la capacité de faire appel à des symboles ou des histoires percutantes pour donner un sens à l'action ; « *leverage politics* » ou la capacité de solliciter des acteurs plus puissants pour influencer une situation ; « *accountability politics* » ou la capacité d'obliger les acteurs à se conformer à leur déclaration d'intention. Il nous semble que l'analyse de ces tactiques pourrait permettre de mieux comprendre l'influence que ces acteurs ont pu avoir dans le changement de position des OIG et des AG en ce qui concerne les paiements directs dans les PFMR.

Au-delà de ces deux moteurs du changement, notre étude suggère un troisième levier : les PFMR eux-mêmes. En effet, on remarque que la publication de documents dans lesquels les ASM se prononcent en faveur de la gratuité des soins ou de l'abolition des paiements directs connaît une vague entre 2008 et 2010. C'est à cette période que des acteurs influents tels que l'OMS, la Commission européenne, le G8 et plusieurs R/GT prennent position. Or, cette vague de prise de position succède à la décision de plusieurs PFMR d'instaurer des politiques d'exemption des paiements directs. En effet le Ghana et le Burkina Faso optent pour des politiques d'exemption visant la santé maternelle dès 2003, suivis en 2005 par le Niger, le Mali et le Sénégal [6]. On peut penser que la plupart des ASM a été contraint dans un premier temps de se positionner par rapport à ces pratiques initiées par les PFMR. La multiplicité des mesures d'exemption depuis 2009, notamment en Afrique de l'Ouest, suggère cependant que leur prise de

position a incité d'autres PFMR comme la Côte d'Ivoire, le Togo et la Sierra Leone à mettre en place des politiques de gratuité.

Des paroles aux actes

Quelle que soit la nature du changement qui s'opère sur la scène de la santé internationale, les prises de position des ASM seules sont inopérantes pour améliorer la santé des populations. Même si « *le changement peut être symbolique avant d'être concret du fait de la dimension performative du discours politique* » [77], il doit se transformer en action pour être s'inscrire dans la durée.

Les premières à être passées à l'action sont les OING, notamment Médecins du monde et Médecins sans frontières. Les documents qu'elles publient montrent leurs expériences en matière de mise en œuvre de la gratuité des soins au niveau local, ce qui leur fournit les arguments pour leurs campagnes d'information. Plus récemment, les OIG ont exercé des pressions sur les gouvernements des PFMR pour qu'ils instaurent des mesures d'exemption des paiements. Contre toute attente, la Banque Mondiale s'est particulièrement illustrée. Au Burkina Faso, l'institution de Bretton Woods a soutenu la mise en place de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence [78]. Au Niger, elle a subordonné ses prêts à la mise en place de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans [79].

Pour autant, ses pressions ne se sont pas nécessairement transformées en appui technique ou financier. Ainsi, au Niger, la Banque Mondiale n'a pas octroyé l'aide financière nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des mesures de gratuité qu'elle préconisait. Cela a contraint le pays à se tourner vers d'autres bailleurs, comme la coopération française [79] dont une partie de l'aide budgétaire a servi à financer la gratuité des moins de 5 ans.

Le cas du Niger illustre une limite majeure de notre étude (voir ci-dessous) : l'indisponibilité d'écrits publics, ou l'absence de documents abordant le thème des paiements directs, chez certains acteurs ne signifie pas nécessairement l'absence de positionnement dans le débat. Leur engagement sur le terrain, tel que celui de la France au Niger, peut en témoigner.

Limites

Bien que l'étude ait été réalisée de manière à limiter les biais, notamment d'interprétation, notre travail présente certaines limites inhérentes à la stratégie de recherche utilisée. D'abord, en utilisant uniquement des données secondaires, nous avons limité notre compréhension du phénomène étudié au seul discours officiel des acteurs impliqués. Ainsi, comme nous le montre le cas du Niger, l'absence de documents abordant le thème des paiements directs chez certains acteurs ne signifie pas nécessairement l'absence de positionnement dans le débat. Nous n'avons pas pu intégrer cette dimension dans notre recherche. En outre, il est possible que certains documents n'aient pas été retracés, une difficulté majeure étant de s'assurer de l'exhaustivité de la stratégie de recherche documentaire. Nous rappelons à ce titre que les documents portant les mentions « *les opinions exprimées dans ce document n'engagent que les auteurs* » et similaires ont été exclus.

Il est également possible que d'autres ASM non inclus dans notre échantillon initial se soient exprimé, sans que nous ayons pu retracer leur présence dans le débat. La multiplicité de ces acteurs permet difficilement d'assurer leur représentativité complète dans une telle étude. Enfin, la stratégie de recherche documentaire ayant pris fin mi-2011, d'autres documents ont pu être

publiés, précisant la position de certains ASM ou la modifiant.

Conclusion

Notre recherche est une des rares études à s'intéresser au changement de prise de position en politique de santé internationale en s'appuyant sur une analyse des discours des ASM. Elle montre qu'il existe bel et bien un consensus sur la nécessité de rendre les soins de santé gratuits au point de service pour assurer un accès équitable aux soins à l'ensemble des populations des PFMR et ainsi s'approcher des OMD pour la santé. Ce consensus semble succéder, et non précéder, l'instauration de politiques d'exemption des paiements directs dans certains PFMR.

Alors que la couverture médicale universelle devient le nouvel objectif de politique de santé internationale, la gratuité des soins au point de service est loin d'être une réalité pour bon nombre de citoyens des PFMR. C'est pourquoi les ASM, et particulièrement les OIG, ne doivent pas se contenter d'un discours de façade et doivent transformer leurs paroles en actes. Les OIG et AG qui disposent des moyens nécessaires doivent donc assurer un appui tant technique que financier aux gouvernements des PFMR qui s'engagent à instaurer des politiques d'exemption des paiements.

Quant à la communauté scientifique, elle doit poursuivre ses travaux afin d'améliorer la compréhension des ASM sur les succès et les obstacles rencontrés par la mise en œuvre des politiques d'exemption des paiements directs des soins dans les PFMR.

Bibliographie

1. Rodin J, de Ferranti D: **Universal health coverage: the third global health transition?** *Lancet* 2012, **380**:861-862.
2. Appiah B: **Universal health coverage still rare in Africa.** *CMAJ* 2012, **184**:E125-126.
3. Ridde V: **Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems?** *Int J Health Serv* 2011, **41**:175-184.
4. United Nations: *Millenium Development Goals: 2012 Progress Chart.* www.un.org; 2012.
5. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M: **What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts?** *Soc Sci Med* 2006, **62**:858-865.
6. Robert E, Samb OM: **Cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest.** *Afrique Contemporaine*, in press.
7. Yates R: **Universal health care and the removal of user fees.** *Lancet* 2009, **373**:2078-2081.
8. Hutton G: *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": a look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future.* London: DFID; 2004.
9. Editorial: **The struggle for universal health coverage.** *Lancet* 2012, **380**:859.
10. Varvasovszky Z, Brugha R: **How to do (or not to do)... A stakeholder analysis.** *Health Policy Plan* 2000, **15**:338-345.
11. Cellard A: **L'analyse documentaire.** In *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques.* Edited by Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires A. Montréal: gaëtan morin éditeur; 1997: 85-111
12. Evans G, Newnham J: *The Penguin dictionary of international relations.* London: Penguin Books; 1998.
13. Szlezak NA, Bloom BR, Jamison DT, Keusch GT, Michaud CM, Moon S, Clark WC: **The global health system: actors, norms, and expectations in transition.** *PLoS Med* 2010, **7**:e1000183.
14. Brugha R, Varvasovszky Z: **Stakeholder analysis: a review.** *Health Policy Plan* 2000, **15**:239-246.

15. Gilson L, Erasmus E, Borghi J, Macha J, Kamuzora P, Mtei G: **Using stakeholder analysis to support moves towards universal coverage: lessons from the SHIELD project.** *Health Policy Plan* 2012, **27**:i64-i76.
16. Hyder A, Syed S, Puvanachandra P, Bloom G, Sundaram S, Mahmood S, Iqbal M, Hongwen Z, Ravichandran N, Oladepo O, Pariyo G, Peters D: **Stakeholder analysis for health research: Case studies from low- and middle-income countries.** *Public Health* 2010, **124**:159-166.
17. Joint United Nations Programme on HIV AIDS: *Countdown to zero: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive.* Geneva: UNAIDS; 2011.
18. The World Bank: *Healthy development. The World Bank strategy for health, nutrition, & population results.* Washington, DC: World Bank; 2007.
19. World Vision: *Who's counting? 9.2 million children – the cost of inaction on child health.* Monrovia: World Vision; 2009.
20. Countdown to 2015: *Countdown to 2015 decade report (2000-2010): Taking stock of maternal, newborn and child survival.* Geneva: WHO and UNICEF; 2010.
21. Merlin: *All mothers matter. Investing in health sector to save lives in fragile states.* London: Merlin; 2009.
22. Save the Children UK: *No child born to die: closing the gaps.* London: Save the Children; 2011.
23. Coordination Sud: *Préparation du G8 de Hokkaido, Toyako, Japon 7–9 Juillet 2008. Propositions des ONG françaises.* Paris: Coordination Sud; 2008.
24. The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals: *Leading by Example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis.* Oslo: Office of the Prime Minister of Norway; 2009.
25. Action for Global Health: *2010 reality check: Time is running out to meet the health MDGs.* Brussels: Action for Global Health; 2010.
26. Department for International Development: *Eliminating world poverty. Making governance work for the poor. A white paper on international development.* UK: DFID; 2006.
27. Merlin: *Merlin's role in health financing.* London: Merlin; 2007.
28. Commission for Africa: *Our common interest: report of the Commission for Africa.* London: Commission for Africa; 2005.

29. UN Millenium Project: *Who's got the power? Transforming health systems for women and children. Achieving the Millenium Development Goals*. London: Millenium Project; 2005.
30. Department for International Development: *Working together for better health*. UK: DFID; 2007.
31. Save the Children UK: *An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London: Save the Children; 2005.
32. MDG Africa Steering Group: *Achieving the Millennium Development Goals in Africa*. New York: United Nations Department of Public Information; 2008.
33. World Health Organization: *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: WHO; 2008.
34. Médecins du Monde: *L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante. Appel au G8*. Paris: Médecins du Monde France; 2008.
35. Council of the European Union: *The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development: EU Agenda for Action on MDGs*. Brussels: Council of the European Union; 2008.
36. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development: *Promoting Health - Fighting HIV / AIDS*. Berlin: Federal Ministry for Economic Cooperation and Development; 2007.
37. Médecins Sans Frontières: *Full prescription. Better malaria treatment for more people, MSF's experience*. Brussels: MSF; 2008.
38. Action Mondiale Contre la Pauvreté - France: *Health for development: challenges and responsibilities: at the midway point in the Millenium development goals, where do we stand on health? The French civil society recommendations*. Paris: AMCP-France; 2008.
39. G8: *G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration*. Toyako: G8; 2008.
40. Action for Global Health: *Improving the health of children across the world needs to be made a priority by governments*. Strasbourg: Action for Global Health; 2010.
41. The World Bank: *The World Bank's Reproductive Health Action Plan 2010-2015*. Washington: The World Bank; 2010.
42. ECHO: *DG ECHO position paper on user fees for primary health services in humanitarian crises*. Brussels: ECHO; 2009.
43. G8: *Responsible leadership for a sustainable future*. L'Aquila: G8; 2009.

44. Save the Children UK: *Health user fees - the case against*. London: Save the Children; 2009.
45. Ministry of Foreign Affairs of Denmark: *Health and Development: A Guidance Note to Danish Development Assistance to Health*. Copenhagen: Ministry of Foreign Affairs of Denmark; 2009.
46. African Union: *The new partnership for Africa's development (NEPAD): health strategy*. Addis Ababa: African Union; 2007.
47. Council of the European Union: *Council conclusions on the EU role in Global Health*. Brussels: Council of the European Union; 2010.
48. Sixty-fourth World Health Assembly: *Sustainable health financing structures and universal coverage*. New York: WHA; 2011.
49. World Health Organization: *Health Systems Financing: The path to universal coverage. The World Health Report*. Geneva: WHO; 2010.
50. African Union: *Africa Health Strategy: 2007-2015*. Addis Ababa: African Union; 2007.
51. Oxfam International: *Blind Optimism: Challenging the myths about private health care in poor countries*. Oxford: Oxfam International; 2009.
52. Task Force on Global Action for Health System Strengthening: *Global Action for Health System Strengthening*. Tokyo: Japan Center for International Exchange; 2009.
53. Council of the European Union: *Council Conclusions on the promotion and protection of the rights of the child in the European Union's external action - the development and humanitarian dimensions*. Brussels: Council of the European Union; 2008.
54. Médecins Sans Frontières: *No cash, no care: how "user fees" endanger health. An MSF briefing paper on financial barriers to healthcare*. Brussels: Médecins Sans Frontières; 2008.
55. Oxfam International: *In the Public Interest: Health, Education, and Water and Sanitation for All*. Oxford: Oxfam International; 2006.
56. Global Health Watch: *Global Health Watch 2005-2006: An alternative world health report*. London: Zed Books Ltd; 2006.
57. Save the Children UK: *Saving children's lives: Why equity matters*. London: Save the Children; 2008.
58. People's Health Movement: *People's Charter for Health*. Cape Town: PHM Global Secretariat; 2009.

59. Commission of the European Communities: *A European Programme for Action to Confront HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis through External Action (2007-2011)*. Brussel; 2005.
60. Save the Children UK, Keith R, Shackleton P: *Paying with their Live: The cost of illness for children in Africa*. London: Save the Children; 2006.
61. World Vision: *Child health now: together we can end preventable deaths*. Monrovia: World Vision; 2009.
62. Fournier P, Haddad S, Mantoura P: **Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique**. In *La santé au risque du marché : incertitudes à l'aube du XXIème siècle. Volume 11*. Edited by Nouveaux Cahiers de l'IUED. Paris: Presses Universitaires de France; 2001: 71-84
63. Lee K, Goodman H: **Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s**. In *Health Policy in a Globalising World. Volume 2*. Edited by Kelley L, Buse K, Fustukian S. Cambridge: Cambridge University Press; 2001: 97-119
64. Serre M, Pierru F: **Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie**. *Lien social et Politiques* 2001:105-128.
65. Bryant T: **Role of knowledge in public health and health promotion policy change**. *Health Promot Int* 2002, **17**:89-98.
66. Touré L: **Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali : une baisse de qualité comme prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Afrique contemporaine, in press**.
67. Edwards M: **'Does the doormat influence the boot?': critical thoughts on UK NGOs and international advocacy**. *Development in Practice* 1993, **3**:163-175.
68. Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L: **Developing the policy response to inequities in health: A global perspective**. In *Challenging inequities in health: From ethics to action*. Edited by Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. New York: Oxford University Press; 2001: 309-323
69. Niessen LW, Grijseels EW, Rutten FF: **The evidence-based approach in health policy and health care delivery**. *Soc Sci Med* 2000, **51**:859-869.
70. Lagarde M, Palmer N: **The impact of user fees on access to health services in low and middle-income countries**. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, **4**:CD009094.
71. Save the Children UK: *Killer bills: Make Child Poverty History - abolish user fees*. London: Save the Children; 2005.

72. James CD, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin D, Hopwood I, Kirunga C, Knippenberg R, Meessen B, Morris SS, Preker A, Souteyrand Y, Tibouti A, Villeneuve P, Xu K: **To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries.** *Appl Health Econ Health Policy* 2006, **5**:137-153.
73. Weiss C: **The many meanings of research utilization.** *Public Admin Rev* 1979, **39**:426-431.
74. Parsons T, Shils EA, Tolman EC: *Toward a general theory of action.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1976.
75. Sabatier PA: **Knowledge, policy-oriented learning, and policy change: An advocacy coalition framework.** *Sci Commun* 1987, **8**:649-692.
76. Keck ME, Sikkink K: **Transnational advocacy networks in international and regional politics.** *Int Soc Sci J* 1999, **51**:89-101.
77. Hassenteufel P: *Sociologie politique : l'action publique.* Paris: A. Colin; 2008.
78. Richard F, Hercot D, Ouédraogo C, Delvaux T, Samaké S, van Holmen J, Conombo G, Hammonds R, Vandemoortele J: **Sub-Saharan Africa and the health MDGs: the need to move beyond the "quick impact" model.** *Reprod Health Matters* 2011, **19**:42-55.
79. Ousseini A: *Une politique publique de santé au Niger: La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants.* Niamey: LASDEL; 2011.

CIRDIS

**Centre interdisciplinaire de recherche
en développement international
et société**

UQÀM

**Centre interdisciplinaire de recherche
en développement international et société**

Département de science politique
Université du Québec à Montréal (UQAM)
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8

www.cirdis.uqam.ca
cirdis@uqam.ca
ISSN : 1929-1027

Collection Recherche – no 2012-03