

# L'abolition du paiement des services de santé en Afrique

## Ce que nous apprennent les écrits scientifiques

Florence Morestin & Valéry Ridde (Université de Montréal, Canada)

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



## CONTEXTE

Dans les années 1980, presque tous les pays africains ont instauré le paiement direct des soins par les patients lorsqu'ils utilisent les services de santé. Mais de nombreuses études ont montré que ce mode de paiement exclut les populations vulnérables de l'accès aux services de santé et les expose au risque de s'appauvrir davantage. Ces situations soulèvent d'importants problèmes éthiques et sont des freins à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et à la lutte contre la pauvreté. Une solution envisagée dès le début est l'exemption du paiement au cas par cas pour les indigents. Mais très peu de pays ont réellement mis en place de tels systèmes, et les rares expériences ont été inefficaces.

Face à ces difficultés, la solution expérimentée par certains pays africains depuis quelques années est d'abolir le paiement pour tous, ou au moins pour des catégories de personnes ou de services facilement identifiables, à la différence des exemptions au cas par cas. De nombreux acteurs de la coopération se sont également rangés à cette approche (Banque Mondiale, ECHO, OMS, coopérations britannique, danoise, canadienne, plusieurs ONG...) même si nous savons que l'abolition du paiement direct ne réduit pas l'ensemble des coûts directs.

Mais avant d'abolir le paiement des services de santé pour de larges catégories de personnes, il faudrait connaître les **leçons tirées des expériences d'abolition existantes : quels sont leurs résultats? et comment procéder?** L'objectif de ce document est d'apporter des éléments de réponse à ces questions, en synthétisant ce que nous apprennent les études scientifiques publiées sur les expériences d'abolition du paiement des soins en Afrique.

## MÉTHODES

Pour présenter aux décideurs les informations les plus fiables possibles, il a été décidé de faire une revue systématique\* des études sur l'abolition du paiement en Afrique, et de retenir seulement les études « révisées par les pairs » : c'est-à-dire celles qui, avant d'être publiées, ont été évaluées par un comité de chercheurs experts du sujet de l'étude. Cette révision est une des garanties de qualité du contenu.

Une recherche de toutes les études révisées par les pairs publiées entre 1988 et 2008 et portant sur l'abolition du paiement des services de santé par les usagers, a permis de trouver 20 articles scientifiques concernant cinq pays d'Afrique : Ouganda (7 articles), Ghana (6 articles), Afrique du Sud (4 articles), Kenya (2 articles), Madagascar (1 article) [Voir les références de ces articles en fin de document].

\* **Revue systématique** : Une revue systématique consiste à identifier, analyser et synthétiser toutes les études scientifiques publiées sur un sujet. La comparaison entre les études permet de voir si leurs résultats sont concordants, s'ils sont similaires dans différents contextes. Les conclusions tirées sont donc beaucoup plus fiables que si on consultait une seule étude, dont les résultats sont peut-être dus à des conditions particulières, ou influencés par la méthode d'évaluation choisie, etc.

Il faut souligner que ces articles ne reflètent pas toutes les expériences d'abolition du paiement, mais seulement celles sur lesquelles il y a eu des publications scientifiques. D'autre part, ils ne font pas tous la lumière sur tous les aspects de l'abolition du paiement. Enfin, ces articles reflètent la situation existant au moment de leur rédaction. Ces inconvénients d'une revue systématique des études révisées par les pairs, sont à soupeser avec son principal avantage, qui est la fiabilité des informations rapportées.



Le contenu des 20 articles a été analysé et synthétisé en suivant l'ordre des quatre phases de développement des politiques publiques : émergence (les conditions dans lesquelles la décision est prise), formulation (le contenu de la politique), mise en œuvre (comment la politique est planifiée et appliquée), effets (directs et indirects, attendus et inattendus).



## ÉMERGENCE DES POLITIQUES D'ABOLITION DU PAIEMENT

**Preneur de décision** Dans les pays étudiés, l'abolition du paiement a été décidée aux plus hauts niveaux du gouvernement, souvent par le Président lui-même (Ouganda, Afrique du Sud, Madagascar). Le fait que des bailleurs de fonds soient favorables à l'abolition semble aussi jouer un rôle dans la prise de décision.

**Contexte** Dans plusieurs cas, l'abolition a été décrétée juste avant ou juste après des élections comme un argument de campagne électorale (Ouganda) ; symbole de rupture avec les politiques antérieures (Afrique du Sud après l'Apartheid) ; moyen d'aider la population à traverser une crise politico-économique (Madagascar en 2002).

**Arguments** Les pays qui ont aboli le paiement ont justifié cela par : ses effets négatifs sur l'utilisation des services de santé et sur l'état de santé de la population (Ouganda, Kenya, Ghana); son 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 (Ouganda).

## FORMULATION DES POLITIQUES D'ABOLITION DU PAIEMENT

**Services ou groupes concernés** L'abolition du paiement peut être centrée soit sur des services de santé, soit sur des groupes de population. Parmi les pays étudiés, le choix le plus répandu a été d'abolir le paiement pour certains services, pour tous leurs usagers. Seule l'Afrique du Sud avait initialement choisi (de 1994 à 1996) d'axer l'abolition sur certains groupes (enfants et femmes enceintes), pour lesquels tous les services de santé devenaient gratuits.

**Niveau de soins** L'abolition peut être restreinte par niveau de soins, comme en Ouganda où les hôpitaux continuent à faire payer « ceux qui en ont les moyens », et au Ghana où l'accouchement dans les hôpitaux régionaux n'est gratuit que si la femme y a été référée.

**Public/privé** Alors que dans les autres pays l'abolition ne concerne que le secteur public, le Ghana a rendu les accouchements gratuits même dans le secteur privé.

Pays	Champ d'application de l'abolition	Date d'adoption
Kenya	Tous les services dans le secteur public, sauf les examens complémentaires (laboratoire et autres)	1990
Afrique du Sud	1994 : Tous les services dans le secteur public pour les enfants (< 6 ans) et les femmes enceintes et allaitantes 1996 : Tous les soins primaires dans le secteur public, pour tous les patients	1994 et 1996
Ouganda	Tous les services dans le secteur public, sauf au niveau des hôpitaux pour les patients capables de payer	2001
Madagascar	Les services dans les centres de santé publics	2002
Ghana	Tous les services liés à l'accouchement, dans les secteurs public et privé	2003 et 2005



## Durée de l'abolition

Madagascar a choisi que la suppression du paiement soit une mesure temporaire, le temps de surmonter la crise politico-économique de 2002. Ailleurs, la durée de l'abolition n'était pas limitée ; mais des problèmes de financement ont parfois remis en question son application (Kenya, Ghana).

## MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES D'ABOLITION DU PAIEMENT

**Implantation** Dans plusieurs cas, l'implantation a été précipitée. En Ouganda, le plan de mise en œuvre graduelle n'a pas été suivi car l'abolition immédiate était un enjeu électoral. En Afrique du Sud, l'abolition du paiement a été peu planifiée. Au Ghana, l'abolition a été appliquée d'abord dans la moitié des régions, puis généralisée 18 mois plus tard ; mais cet élargissement a eu lieu alors que la première phase n'était pas évaluée, et que le financement manquait.

Parfois, comme dans certaines zones du Ghana et de Madagascar, c'est plusieurs trimestres après la date officielle d'abolition que le paiement a été réellement supprimé. D'autre part, au Ghana, l'application a été intermittente : lorsque le financement manquait, certaines formations sanitaires rétablissaient temporairement le paiement par les usagers.

**Financement** L'abolition du paiement occasionne une perte de revenus pour les formations sanitaires, qui doit être compensée. L'Ouganda, Madagascar et le Ghana ont mobilisé des **fonds supplémentaires** pour mettre en œuvre la politique d'abolition, et en particulier pour acheter des médicaments ; mais la rapidité et la persistance de cette mobilisation a varié selon le pays. L'Ouganda a rapidement dégagé ces fonds et a continué à accroître son budget pour la santé pendant plusieurs années. À Madagascar, les médicaments gratuits n'ont été distribués que plusieurs mois après l'annonce de l'abolition. Au Ghana, le financement additionnel a été rapidement dégagé au début, mais n'a pas été maintenu dans le temps.

Planifier le financement requis exige de réaliser une analyse de coûts. On connaît le **mode de calcul** du financement additionnel au Ghana. Les régions ont reçu des allocations calculées selon la taille de leur population, avec un taux per capita plus élevé pour les régions plus pauvres. Mais aucun plan fixant la durée et le coût total du programme d'abolition n'était établi. Le financement s'est avéré insuffisant par rapport au niveau d'activité des formations sanitaires.

Pour les questions de financement, les ministères de la Santé doivent composer avec d'autres **acteurs**. D'une part, les fonds proviennent de financements externes (Banque Mondiale en Ouganda, fonds d'allègement de la dette au Ghana). D'autre part, les décisions d'allocation budgétaire reviennent aux ministères des Finances. 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 à cause de la « concurrence » d'un autre programme émergent, l'assurance-santé nationale.

## Mode de gestion

La gestion des fonds consacrés à l'abolition est restée centralisée à Madagascar, 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 les postes de dépenses auparavant financés grâce au recouvrement des coûts. Au Ghana, les districts ont reçu les fonds du niveau central pour rembourser les formations sanitaires a posteriori, selon le nombre d'accouchements réalisés. Mais ils n'ont pas toujours respecté les prix forfaitaires par accouchement fixés par le ministère de la Santé. De plus, de nombreuses formations et autorités sanitaires locales n'ont pas rendu compte au niveau central de l'utilisation des fonds reçus.

## Communication

Les soignants et les gestionnaires ougandais, sud-africains et ghanéens se plaignent de ne pas avoir été consultés durant le processus de décision et de planification de l'abolition, et même d'avoir manqué de soutien pour la mise en œuvre. Au Ghana, il semble que les communautés n'aient pas bien compris la mesure d'abolition, malgré la publicité faite par différents moyens.

## Mesures d'accompagnement

Elles ont pu faciliter la mise en œuvre de l'abolition en motivant le personnel de santé ou en améliorant le fonctionnement du système : augmentations de salaire pour les agents de santé en Ouganda (de 14 à 63% selon les professions) et au Ghana, prime de motivation liée à la charge de travail dans certaines régions ghanéennes, et en Ouganda, réorganisation du système d'approvisionnement en médicaments et évolution de l'aide internationale vers un financement sectoriel.

Dans l'ensemble, on note que souvent, la mise en œuvre de l'abolition a été insuffisamment préparée. Il faut garder cette réalité à l'esprit quand on examine les effets produits.

## EFFETS DES POLITIQUES D'ABOLITION DU PAIEMENT

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

#### Consultations curatives en 1<sup>er</sup> ligne

Toutes les études montrent une augmentation du nombre de consultations entre les périodes avant et après l'abolition du paiement : de +17% à Madagascar, jusqu'à +84% en Ouganda.

#### Hospitalisation et accouchement

Le nombre d'**hospitalisations** est resté stable en Ouganda après l'abolition ; pourtant, le nombre de patients référés vers les hôpitaux aurait augmenté de 26%. Cela indique peut-être les limites des capacités d'accueil des hôpitaux, ou que certains patients renoncent aux soins hospitaliers à cause des incertitudes de prix, puisque le paiement est maintenu pour « ceux qui en ont les moyens ». Pour les **accouchements assistés**, toutes les études au Ghana témoignent d'une hausse du nombre d'accouchements assistés (entre +10% et +36%) et de césariennes. Les résultats en Ouganda ne sont pas clairs (augmentation selon certaines études, légère baisse selon d'autres).

#### Services déjà gratuits avant l'abolition

Dans plusieurs pays, certains services de santé étaient gratuits depuis longtemps (vaccination, consultations pré- et post-natales, planification familiale...). On regarde si l'abolition du paiement pour d'autres services a pu avoir un effet indirect sur leur utilisation. Trois cas de figure ont été observés :

- **Stabilité** : C'est le cas en Ouganda pour les consultations prénatales.
- **Hausse** : Selon les professionnels de santé ghanéens, la couverture post-natale est meilleure depuis que les accouchements sont gratuits. En Ouganda, on note des hausses d'utilisation de plusieurs services préventifs. Une explication est que l'utilisation accrue des services curatifs à la suite à l'abolition permet de sensibiliser et référer les patients vers les services préventifs.
- **Baisse** : En Afrique du Sud, l'utilisation des services préventifs gratuits est en baisse. Il semble que l'utilisation accrue des services curatifs accapare trop le temps du personnel de santé, au détriment des services préventifs.

#### Services restant payants


Au Kenya, le nombre de consultations dans le secteur privé a diminué de 32%. Les accoucheuses traditionnelles ghanéennes ont vu leur clientèle baisser.

Mais des tendances inattendues se sont produites ailleurs, comme en Ouganda où l'utilisation des services de santé privés est en hausse. Il semble que les services nouvellement gratuits peinent à répondre à la demande qu'ils suscitent; aussi, certains patients se tournent vers les services payants.

#### Utilisation par catégorie socio-économique

Dans plusieurs pays, les soignants jugent que l'abolition du paiement a bénéficié en particulier aux pauvres. Au Ghana, la proportion d'accouchements assistés a augmenté dans tous les quintiles\*, mais les deux quintiles les plus pauvres ont connu les plus fortes hausses. En Ouganda, les plus fortes hausses d'utilisation des services de santé après l'abolition se sont produites parmi les pauvres; mais, de manière inattendue, les pauvres ont aussi aug-

\* **Quintile** : Tranche de 20% dans un ensemble organisé dans l'ordre croissant. Exemple: Dans un groupe de 100 ménages, le quintile le plus pauvre correspond aux 20 ménages les plus pauvres.



menté fortement leur utilisation de services privés. En ce qui concerne les ougandais non-pauvres, après l'abolition, ils tendent à se détourner des formations sanitaires publiques, préférant les formations privées.

## → Autres effets de l'abolition du paiement

### Qualité des services

Des problèmes de qualité ont été relevés, principalement liés au manque de préparation de la mise en œuvre de l'abolition. Tous les pays ont connu des problèmes de disponibilité des médicaments à la suite de l'abolition du paiement. Le manque de planification en Afrique du Sud et la distribution tardive des médicaments à Madagascar ont été pointés du doigt. Les agents de santé ghanéens ont apprécié la meilleure disponibilité des fonds pour l'achat de médicaments au début de la politique de gratuité ; mais cette situation n'a pas duré. En Ouganda, les ruptures de stocks de médicaments ont augmenté dans l'année suivant l'abolition, mais la situation s'est améliorée ensuite.

La forte augmentation du nombre de consultations en Afrique du Sud causerait une réduction du temps consacré à chaque patient et un manque d'intimité. Certaines études sur l'Ouganda mentionnent de longs temps d'attente, des attitudes désagréables du personnel de santé, et une détérioration de la propreté des formations sanitaires. Mais des études faites dans d'autres régions ougandaises estiment que la propreté des formations et l'attitude des soignants n'ont pas changé.

### Charge de travail

Des études en Ouganda, au Ghana et en Afrique du Sud montrent qu'elle a augmenté (par exemple: +47% de consultations par soignant en Ouganda). En effet, la hausse dans l'utilisation des services n'a pas été accompagnée d'une augmentation du personnel. Pour faire face, les agents ont parfois dû sacrifier des activités de promotion de la santé. Les gestionnaires du Ghana se plaignent aussi d'un surplus de travail à cause des nouveaux canaux de financement et de reddition de comptes. D'autres acteurs du système de santé voient leurs tâches disparaître, comme les comités de gestion et les mutuelles de santé en Ouganda.

### Revenus pour le système de santé

- Au niveau sociétal, l'abolition du paiement représente une perte d'environ 3,4 millions US\$ par an pour le système de santé ougandais. Mais elle génère des gains économiques de presque 9 millions US\$ par an : parce que grâce à l'accès aux soins amélioré, il y a beaucoup moins de revenus de travail perdus pour cause de maladie, surtout parmi les pauvres.

- Au niveau des formations sanitaires, il faut faire face à la perte des paiements des usagers, qui étaient parfois une source de financement importante. En Ouganda, il y a eu des difficultés temporaires à assumer les dépenses récurrentes, jusqu'à ce que les formations reçoivent les fonds compensatoires. Au Ghana, tant que les fonds compensatoires étaient disponibles, les responsables des formations sanitaires ont été soulagés de ne plus avoir à poursuivre les parturientes ayant des difficultés de paiement. Mais quand les fonds compensatoires sont devenus insuffisants, les formations sanitaires se sont endettées auprès de leurs fournisseurs, jusqu'au point où certaines ont dû rétablir le paiement par les parturientes.

- Au niveau des agents de santé, l'abolition a entraîné des pertes de revenu plus ou moins compensées par d'autres mesures. Ainsi, en Ouganda, les primes financées grâce au recouvrement des coûts ont disparu, et le personnel a vite « oublié » les hausses de salaire accordées par le gouvernement. Au Ghana, la suppression des frais pour les accouchements a mis un terme aux ventes (officieuses) de petit matériel aux parturientes, et seulement certaines régions ont instauré une prime de motivation ; en revanche, les soignants semblent bien reconnaître les hausses de salaire dont ils ont bénéficié.

### Dépenses de santé

Malgré l'abolition, certaines dépenses restent assumées par les patients :

- Lorsque le secteur public manque de ressources (médicaments en particulier), ceux qui le peuvent se tournent vers les services payants.
- Certains frais (par exemple, le transport vers les formations sanitaires) sont exclus des politiques d'abolition.
- Certains soignants exigent des paiements informels.





L'abolition ne résout donc pas tous les problèmes en ce qui concerne les dépenses de santé, et c'est pourquoi on observe quelques situations inattendues : depuis l'abolition, les dépenses de santé des ménages ougandais ont légèrement augmenté ; au Ghana, après l'abolition, il y aurait davantage de ménages qui passent sous le seuil de pauvreté à cause des dépenses d'accouchement. En revanche, point positif, il y aurait moins de ménages ghanéens passant sous le seuil d'extrême pauvreté \*.

**\* Extrême pauvreté :** Le seuil d'extrême pauvreté au Ghana en 1999 était de 700,000 cedis, tandis que le seuil de pauvreté était de 900,000 cedis.

Quand on décompose par catégorie socio-économique, certains effets sont attendus et positifs : baisse des dépenses de santé dans les deux quintiles les plus pauvres en Ouganda ; moins de dépenses catastrophiques (dépenses supérieures à un pourcentage substantiel du revenu) pour les accouchements dans les quintiles les plus pauvres au Ghana. D'autres effets sont plus inattendus, parce qu'ils semblent favoriser davantage les ménages plus riches. Au Ghana, la proportion des dépenses d'accouchement dans le revenu des ménages a baissé pour les quintiles pauvres, mais a baissé encore plus pour le quintile le plus riche. En Ouganda, le second quintile le plus riche est celui dont les dépenses de santé ont le plus baissé ; et les dépenses catastrophiques auraient diminué pour les non-pauvres, mais pas pour les pauvres.

**Satisfaction** Les patients apprécient les politiques d'abolition, et dans l'ensemble, les agents de santé aussi y sont favorables car elles améliorent l'accès aux soins et leur évitent les difficultés liées au recouvrement des coûts.

Les insatisfactions relevées proviennent plutôt de problèmes de mise en œuvre : les agents de santé subissent le manque de planification (notamment les ressources insuffisantes) et les relations tendues avec les patients mécontents lorsque l'abolition du paiement est suspendue ou inopérante (par exemple, par manque de médicaments). Lorsque ces difficultés surviennent, elles peuvent occasionner de la démotivation professionnelle et du surmenage.

## CONCLUSION

### Ce que ne nous apprennent pas encore les écrits scientifiques

Les écrits scientifiques existants sur l'abolition du paiement restent peu nombreux à ce jour et laissent encore certaines questions sans réponse. Il faudra davantage de recherche pour :

- Analyser davantage les processus de mise en œuvre des politiques d'abolition
- Décrire et comparer les différentes modalités de gestion de l'abolition
- Calculer le coût réel des politiques d'abolition
- Étudier les dépenses de santé restant à la charge des ménages
- Comprendre les effets sur les pratiques professionnelles et sur la relation soignants-soignés
- Décrire les effets et l'articulation entre l'abolition du paiement et les systèmes de financement communautaire (Initiative de Bamako et mutuelles de santé)
- Vérifier si ce sont vraiment les plus pauvres qui bénéficient de l'abolition du paiement
- Étudier les effets à plus long terme

### Ce qu'on peut retenir - Pistes pour l'action

Malgré ses limites, la littérature scientifique actuelle apporte de nombreuses informations dont on peut tirer des leçons utiles pour la pratique. Dans l'ensemble, l'abolition du paiement remplit son objectif premier : l'utilisation des services augmente (en particulier les consultations en première ligne et les accouchements assistés), notamment parmi les pauvres. Les populations apprécient l'abolition du paiement, et les agents de santé aussi tant qu'elle ne les confronte pas à des problèmes de mise en œuvre qui les dépassent. Les problèmes plus ou moins transitoires au plan de la qualité des services (notamment, la pénurie de médicaments), du surplus de travail pour les soignants, du report des patients vers les services payants quand les services gratuits sont surchargés, ne sont pas liés à l'abolition du paiement en tant que telle. Ils sont plutôt dus à des insuffisances dans sa mise en œuvre : malgré les efforts louables des gouvernements, la mise en œuvre a souvent été précipitée, les ressources nécessaires n'ont pas été adéquatement planifiées et dégagées, et le suivi a manqué.



Les constats tirés des écrits scientifiques, aussi bien positifs que plus mitigés, conduisent à faire les suggestions suivantes aux pays souhaitant à leur tour adopter des politiques d'abolition du paiement par les usagers :

### Pistes pour l'action

- Susciter une volonté politique aux plus hauts niveaux, non seulement affirmée mais qui s'assure que la décision peut être mise en œuvre
- Obtenir le soutien des bailleurs de fonds
- Profiter des opportunités (élections, négociations de programmes d'aide internationale)
- Créer des alliances entre ministère de la Santé et ministère des Finances
- Organiser des processus d'information et de consultation adaptés (agents de santé, gestionnaires et populations)
- Planifier l'ensemble du processus de manière détaillée
- Évaluer les surcoûts attendus et prévoir toutes les ressources nécessaires (humaines, financières, médicaments) pour répondre à l'accroissement de la demande de services
- Contrôler l'utilisation de ces ressources
- Prévoir des incitatifs pour favoriser l'adhésion des agents de santé si cela n'existe pas déjà dans le système de santé
- Réfléchir à la redéfinition du rôle des comités de gestion et des mutuelles de santé
- Monitorer l'utilisation des services de santé ciblés par l'abolition, et des autres services



## Références par pays :

### Ouganda

- Burnham G, Pariyo G, Galiwango E, and Wabwire-Mangen F, Discontinuation of Cost Sharing in Uganda. Bulletin of the World Health Organization, 2004. 82(3): p. 187-195.
- Deininger K and Mpuga P, Economic and welfare impact of the abolition of health user fees : Evidence from Uganda. Journal of African Economies 2004. 14(1): p. 55-91.
- Kajula PW, Kintu F, Barugahare J, and Neema S, Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. International Journal of Health Planning and Management, 2004. 19(S1):p133-53
- Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H, Kadama P, Omaswa F, and Walker O, Abolition of Cost Sharing is Pro poor : Evidence from Uganda Health policy and planning 2005. 20(2): p. 101- 108.
- Nabyonga-Orem J, Karamagi H, Atuyambe L, Bagenda F, Okuonzi S, and Walker O, Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study. BMC Health Services Research, 2008. 8(1): p. 102.
- Xu K, Evans D, Kadama P, Nabyonga J, Ogwang Ogwal P, Nabukhonzo P, and Aguilar AM, Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda Social Science & Medicine, 2006. 62: p. 866-876.
- Yates J, Cooper R, and Holland J, Social protection and health: Experiences in Uganda. Development Policy Review, 2006. 24(3): p. 339-356.

### Ghana

- Asante FA, Chikwama C, Daniels A, and Armar-Klemesu M, Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. Ghana Medical Journal, 2007. 41(3): p. 110-117.
- Bosu WK, Bell J, Armar-Klemesu M, and Tornui JA, Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the Central and Volta regions of Ghana. Ghana Medical Journal, 2007. 41(3): p. 118-124.
- Penfold S, Harrison E, Bell J, and Fitzmaurice A, Evaluation of the Delivery Fee Exemption Policy in Ghana : Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. Ghana Medical Journal, 2007. 41(3): p. 100-109.
- Witter S and Adjei S, Start-Stop funding, its Causes and Consequences : A Case Study of the Delivery Exemptions policy in Ghana International Journal of Health Planning & Management, 2007. 22: p. 133-143.
- Witter S, Aikins M, and Kusi A, Working practices and Incomes of health workers : Evidence from an Evaluation of a Delivery Fee Exemption scheme in Ghana. Human resources for health, 2007. 5(2): p. 1-10.
- Witter S, Arhinful DK, Kusi A, and Zakariah Akoto S, The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. Reproductive Health Matters, 2007. 15(30): p. 61-70.

### Afrique du Sud

- Bhayat A and Cleaton-Jones P, Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 2003. 31(2): p. 105-110.
- Walker L and Gilson L, «We are bitter but we are satisfied» : Nurses as street-level bureaucrats in South Africa Social Science & Medicine 2004. 59: p. 1251-1261
- Wilkinson D, Gouws E, Sach M, and Abdool K, Effect of Removing User Fees on attendance for Curative and Preventive Primary Health Care Services in rural South Africa WHO, 2001 79(7).
- Wilkinson D, Sach M, and Karim SSA, Examination of attendance patterns before and after introduction of South Africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women British Medical Journal, 1997. 314.

### Kenya

- Mwabu G, Mwanzia J, and Liambila W, User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. Health Policy and Planning, 1995. 10(2): p. 164-170.
- Mwabu G and Wang'ombe J, Health service pricing reforms in Kenya. International Journal of Social Economics, 1997. 24(1/2/3): p. 282-293.

### Madagascar

- Faichamps M and Minten B, Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil Journal of African Economies 2007. 16(3): p. 485-518.

Les auteurs remercient pour leurs commentaires toutes les personnes consultées sur une première version de ce document, notamment au Burkina Faso où la consultation a été organisée par L. Queuille dans le cadre du projet de l'ONG HELP. Ils remercient aussi *Cadu Rocha Design* pour la mise en page de ce document. Cette note est une version résumée d'un document de travail (Ridde V, Morestin F, 2009).

Cette note et le document de travail sont accessibles sur le site: <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>

### Comment citer cette note d'information :

Morestin F & Ridde V (2009). *L'abolition du paiement des services de santé en Afrique. Ce que nous apprennent les écrits scientifiques*. Université de Montréal.