



Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique

Université de Montréal

UNITE DE SANTÉ INTERNATIONALE
Faculté de médecine

Tc Équipe de recherche TEASDALE-CORTI

GLOBAL HEALTH RESEARCH INITIATIVE
INITIATIVE DE SANTÉ MONDIALE

CIHR IRSC
Canadian Institutes of Health Research
Institut de recherche en santé du Canada

Help
assistance allemande

COMMISSION EUROPÉENNE
Aide humanitaire

Valéry Ridde et Florence Morestin

- Université de Montréal

- Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal et département de médecine sociale et préventive.

- Équipe interdisciplinaire de recherche sur la vulnérabilité et l'équité en santé en Afrique (Teasdale-Corti). Axe thématique - Protection contre la vulnérabilité dans l'accès aux soins.

« Where user fees adversely impact social inequity, or equity of health-care access, utilization, and/or benefit, they should be removed »

WHO commission on the social determinants of health, 2008

Introduction :

Dans les années 1980, la quasi totalité des pays africains ont instauré le paiement direct des soins par les usagers (*user fees*) comme principale modalité de financement de leur système de santé. Ces orientations s'inscrivaient dans la logique des recommandations de l'initiative de Bamako et visait à garantir un niveau de financement suffisant des services de santé de première ligne [1]. Ce choix des pouvoirs publics et des organisations internationales les soutenant était toutefois contesté par une partie de la société civile et de la communauté scientifique [2, 3]. Ainsi, dès 1990, l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP), s'alarmait et déclarait : « *les ressources financières nécessaires pour disposer de façon durable des soins de santé primaires ne doivent pas être collectées par l'imposition d'un fardeau financier supplémentaire sur les plus pauvres et les plus vulnérables de la société ...* [4, p.7] ». De nombreuses études en Afrique [5-10], notamment nos propres recherches au Burkina Faso, au Mali et ailleurs [10-13], ont confirmé ces appréhensions et montré que, s'il a amélioré l'accès aux médicaments, le paiement direct a réduit l'accès des populations vulnérables aux services, conduisant à une réduction de l'utilisation des services [14-17], notamment par les femmes [18] et par les plus pauvres [13, 19]. Or, dans un contexte général de pauvreté, d'état de santé particulièrement mauvais, et de volonté d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement [20], l'accès au système de santé est un déterminant majeur, comme vient de nouveau de rappeler la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé [21]. L'une des solutions envisagées dès le début de l'instauration du paiement direct a été l'exemption du paiement pour les personnes qui ne disposent pas des capacités financières. Mais, d'une part, très peu de pays ont réellement mis en place de tels systèmes d'exemptions [1, 22], et, d'autre part, les rares expériences ont été inefficaces pour protéger les plus pauvres [23]. Face à ces difficultés, la solution envisagée est maintenant d'abolir le paiement pour tous, ou à tout le moins pour des catégories de personnes ou de services facilement identifiables. Aussi, une étude a estimé que l'abolition du paiement des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans 20 pays d'Afrique sub-saharienne pourrait sauver de 150.000 à 300.000 vies [24]. De fait, plusieurs pays ont dès les années 1990, commencé à subventionner ou supprimer le paiement direct pour certains groupes populationnels ou pour le traitement de certaines pathologies [25]. Les principales agences de coopération et les organismes de soutien au développement se sont aussi progressivement rangés à cette approche [26-28]. Depuis 2006-2007, la Banque Mondiale, les coopérations anglaise et danoise se sont engagées à soutenir les pays abolissant les frais aux usagers [29, 30]. La directrice générale de l'OMS a récemment déclaré: « *if you want to reduce poverty, it makes sense to help governments*



abolish user fees » [31]. Cependant, après 20 ans de mise en place des frais aux usagers, de nombreux pays africains rechignent encore à supprimer cette modalité de financement. Cela est surtout vrai en Afrique de l'Ouest où les sommes collectées restent à l'échelle locale. Elles sont souvent thésaurisées et parfois utilisées pour certaines activités médicales, mais pas pour exempter de paiement les pauvres tel que le stipulait le principe 7 de l'initiative de Bamako. Les réticences de ces pays ne s'expliquent pas simplement par des raisons idéologiques concernant le paiement direct. Les décideurs veulent aussi savoir si la suppression du paiement des soins est efficace et comment la mettre en place. Voilà pourquoi, face à la recrudescence des expériences et aux demandes répétées des décideurs de disposer de l'état des connaissances sur le sujet, nous avons entrepris de réaliser une recension des écrits scientifiques. L'objectif de cet article est donc de dresser l'état des connaissances publiées dans les revues scientifiques concernant l'abolition du paiement direct en Afrique. Il s'agit ensuite de relever les leçons apprises de ces expériences nationales ainsi que de mettre au jour les besoins de recherche.

Méthodes :

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

Critères d'inclusion des études :

Premièrement, pour être retenue, une étude devait avoir pour sujet central la suppression des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique subsaharienne. Dans les écrits, différents termes (avec différentes définitions) sont utilisés pour désigner de telles expériences: abolition des frais, exemption, subvention, gratuité... Peu importe la terminologie employée, nous avons retenu uniquement les études portant sur des mesures de grande envergure, applicables à des groupes entiers de population à l'échelle nationale (par opposition aux études sur la suppression du paiement au cas par cas, par exemple pour les pauvres).

Le second critère d'inclusion délimitait le type d'étude admissible: les études de cas, publiées dans des périodiques avec comité de révision par les pairs. La révision par les pairs est le critère de qualité des études incluses dans cette recension, étant donné la difficulté à appliquer d'autres critères. En effet, parce que l'évaluation des interventions populationnelles soulève de grands défis, la Cochrane Collaboration admet qu'on considère même les études basées sur des devis moins robustes. Elle recommande d'effectuer une « scoping study » préliminaire, pour identifier les types de devis utilisés pour étudier l'intervention avant de prendre une décision quant à ceux à retenir [32]. Nous avons procédé à une telle « scoping study » sur l'abolition des frais aux usagers, sous la forme d'un « literature mapping » [33] et d'une étude préliminaire du contenu. Nous avons constaté que les publications révisées par les pairs sont peu nombreuses, recourent à toute une gamme de devis, et que, malgré des imperfections méthodologiques, elles sont globalement de meilleure qualité que la vaste littérature grise sur le sujet (nombreux rapports d'ONG, de consultants ou d'agences de coopération internationale, à la validité et l'objectivité variables). Nous avons donc préféré retenir la révision par les pairs des revues scientifiques comme critère de qualité minimale.

Méthodes d'identification des études :

La période considérée pour la recherche d'articles débute en 1988 (limite minimale, correspondant à l'introduction généralisée des frais aux usagers en Afrique subsaharienne), et s'étend jusqu'à juillet 2008 inclus. Premièrement, les bases de données Ovid Medline, Web of Knowledge et AJOL (African Journals On Line) ont été explorées à l'aide de plusieurs combinaisons de mots-clefs (et de leur troncature): [« user fee » ou « user charge » ou « cost sharing » ou « cost recovery »] et [« aboli* » ou « exempt* » ou « waive* » ou « remov* » ou « end* » ou « discontinu* »]; [« free healthcare » ou « free care » ou « free health care »]; [« universal access to healthcare » ou « universal access to health care »]. Les résumés des articles ainsi identifiés ont été passés en revue. Deuxièmement, nous avons systématiquement exploré trois sites internet offrant de nombreuses



ressources documentaires sur le financement de la santé (Organisation Mondiale de la Santé, Banque Mondiale, et le portail de ressources sur le développement Eldis). Troisièmement, nous avons examiné les articles sous presse (en date de fin juillet 2008) sur les sites web de trois périodiques publiant régulièrement des articles sur le financement de la santé dans les pays en développement (Health Policy and Planning; Bulletin of the WHO; Social Science and Medicine). Quatrièmement, nous avons passé en revue la bibliographie de toutes les études identifiées aux étapes précédentes. Cette combinaison de stratégies de recherche a permis d'atteindre un point de saturation au-delà duquel nous ne trouvons plus de nouvelles références. Enfin, la liste finale d'études pour la recension a été validée par deux experts de l'abolition des frais aux usagers.

Méthodes de collecte et d'analyse des données :

En raison des caractéristiques de la littérature sur l'abolition des frais aux usagers (décrites dans la section sur les critères d'inclusion), cette recension prend la forme d'une « scoping study ». C'est-à-dire que les études incluses ne sont pas discriminées selon la robustesse de leur devis, et on ne prétend pas attribuer un « poids » relatif aux différentes données qui en sont tirées [34].

Le contenu des articles a été extrait et synthétisé selon une méthode descriptive-analytique, en appliquant un cadre d'analyse tiré de l'étude des politiques publiques [35]. En effet, le paiement des soins peut être compris comme un instrument [36] des politiques publiques de santé. Le processus des politiques publiques peut être compris comme étant composé de plusieurs sous-processus,. Depuis les propositions de Lasswell dans les années 1950, de multiples auteurs ont suggéré des dénominations variées de ces « étapes » [38]. L'objet de cet article n'est pas de revenir sur ces débats auxquels nos propres travaux contribuent [39]. Nous cherchons plutôt un découpage heuristique (une « *textbook approach* » [40]) pour comprendre le processus de mise en œuvre de la suppression du paiement. Aussi, nous retiendrons dans cet article l'existence de trois sous-processus récurrents et parfois concomitants : l'émergence, la formulation et la mise en œuvre de l'abolition du paiement. L'ensemble de ce processus vise à produire des effets, en particulier (mais pas seulement) améliorer l'accès au système de santé ; nous séparerons les effets sur l'utilisation des services de santé, des autres effets constatés dans les écrits. Pour chacune des quatre dimensions (émergence, formulation, mise en œuvre, effets), l'analyse du contenu présenté dans les articles a permis d'identifier certaines sous-dimensions inductives.

Résultats :

Description des études :

La stratégie de recherche a permis d'identifier 21 études répondant aux critères d'inclusion, dont une (publiée dans un périodique africain) n'a pas pu être obtenue [42]. Le tableau 1 montre la répartition des 20 articles analysés selon le pays étudié, l'année de publication, l'année de démarrage de l'abolition des frais aux usagers et son champ d'application. Tous les articles concernent des pays d'Afrique anglophone, sauf un sur Madagascar. Les publications sont concentrées dans les cinq dernières années (15 articles sur 20, publiés depuis 2003).

Tableau 1 : pays, date et articles concernés par l'abolition

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Ouganda												x			2	2	2		1	7
Ghana														x		x		6		6
Afrique du Sud					x		x	1				1		1	1					4
Kenya	x					1		1												2
Madagascar													x					1		1
Total						1		2				1		1	3	2	2	7	1	20

x : date de l'abolition



Émergence de l'abolition :

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

- Preneur de décision : L'abolition est décidée aux plus hauts niveaux du gouvernement; dans certains cas (Ouganda, Afrique du Sud, Madagascar), elle est directement attribuée au Président. Le rôle du ministère de la Santé n'est mentionné que pour l'Ouganda; il envisageait l'abolition depuis déjà plusieurs mois [43] mais aurait manqué de poids politique pour imposer la décision [44]. Les bailleurs de fonds sont parfois évoqués comme ayant un intérêt pour l'abolition (Ghana) [45], ou indirectement, comme en Ouganda où ils avaient décidé avec le gouvernement, depuis plusieurs années, que le nombre de consultations dans les structures sanitaires serait un indicateur de lutte contre la pauvreté [46]. Un article [44] signale des réticences des bailleurs de fonds face à l'abolition en Ouganda (crainte de conséquences négatives sur le financement du secteur de la santé), mais en se basant sur les commentaires d'un seul informateur.

- Contexte : Dans plusieurs cas, l'abolition des frais aux usagers a été décidée soudainement et dans un contexte très politisé (pré- ou post-électoral). En Afrique du Sud, il s'agissait d'une des premières décisions du premier gouvernement post-Apartheid, à forte valeur symbolique en termes de justice sociale [47]. En Ouganda, le président sortant a pris la décision en pleine campagne électorale, en réaction à son principal opposant qui faisait campagne sur la réforme des services sociaux [44]. À Madagascar, la suppression des frais visait à réparer les conséquences de la crise politique et économique majeure qui a suivi les élections présidentielles contestées de décembre 2001.

- Justifications : Au-delà des enjeux contextuels immédiats, les raisons invoquées pour abolir les frais aux usagers sont : leurs effets négatifs sur l'utilisation des services de santé et l'état de santé de la population (Ouganda, Kenya, Ghana – avec pour ce pays l'objectif spécifique de réduire la mortalité maternelle); leur incapacité à rapporter des revenus substantiels et à améliorer la qualité des services (Ouganda, Kenya); la lutte contre la pauvreté (Madagascar, Ghana, Ouganda); et le mécontentement populaire envers les frais (manifesté en Ouganda, entre autres lors du National Participatory Poverty Assessment de 1997 [48]).

Formulation :

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

- Abolition axée sur des services : Le choix le plus répandu parmi les pays étudiés est d'abolir le paiement pour certains services de santé, quels qu'en soient les usagers. La gratuité s'applique en Ouganda à tous les services, au Kenya aussi à l'exception des services de diagnostic (laboratoire), en Afrique du Sud (2^e mesure d'abolition, en 1996) aux soins primaires incluant les soins dentaires de base, et au Ghana, à tous les services reliés à l'accouchement.

- Abolition axée sur des groupes de population : Parmi les pays étudiés, seule l'Afrique du Sud (lors de la 1^e mesure d'abolition en 1994) a fait ce choix, rendant tous les services gratuits pour les enfants de moins de 6 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

- Structures sanitaires : L'abolition des frais aux usagers peut être restreinte par niveau de soins, comme en Ouganda où les hôpitaux peuvent continuer à faire payer « ceux qui en ont les moyens » [46], et au Ghana où l'accouchement dans les hôpitaux régionaux n'est gratuit que si la femme y a été référée par d'autres structures sanitaires. Une autre particularité du Ghana est d'avoir rendu l'accouchement gratuit même dans les structures sanitaires privées. Les politiques des autres pays s'appliquent seulement au secteur public.

- Durée de l'abolition : À Madagascar, la suppression du paiement était planifiée comme une mesure temporaire, applicable jusqu'à ce que le pays surmonte la crise politico-économique de 2002. Au Kenya, les frais aux usagers n'ont été suspendus que pendant 18 mois, ce qui semble résulter de l'incapacité du gouvernement à financer cette politique, et pas d'une volonté délibérée [49]. Pour les autres pays, la durée d'abolition est en principe non limitée – mais le Ghana a connu des problèmes de financement menaçant le maintien de cette politique [45].



Mise en œuvre :

Sur 20 articles, seulement 3 ont la planification et la mise en œuvre de l'abolition des frais aux usagers comme sujet central (sur le Ghana, [45, 50]) ou comme sujet important (sur l'Afrique du Sud, [47]). Les autres articles mentionnent des informations éparpillées, principalement pour décrire le contexte de leur étude ou interpréter ses résultats. Cinq éléments de mise en œuvre sont abordés dans les articles: le déploiement de l'abolition; son financement; ses modes de gestion; la communication (au sens large) entourant l'abolition; et les mesures d'accompagnement.

- Déploiement : La majorité des articles se bornent à mentionner la date officielle de suppression des frais aux usagers. Mais quelques-uns donnent des indications sur l'application réelle de la mesure, laissant voir que celle-ci s'écarte souvent de la date officielle (jusqu'à 6 mois plus tard pour certains districts ghanéens [51], 10 mois pour certaines provinces de Madagascar [52]) et que dans certains cas, comme au Ghana, elle a été intermittente: lorsque le financement manquait, certaines structures sanitaires rétablissaient temporairement les frais aux usagers [45, 53]. D'autres articles soulignent que le déploiement a été précipité. En Ouganda, un plan de mise en œuvre graduelle existait, mais n'a pas été suivi car l'abolition immédiate était un enjeu électoral majeur [43]. En Afrique du Sud, les soignants dénoncent le manque de planification de l'abolition [47]. Au Ghana, la mise en œuvre s'est faite en deux temps (première vague dans la moitié des régions, deuxième vague dans les autres régions 18 mois plus tard); mais l'élargissement a eu lieu alors que la première vague d'exemption n'était pas évaluée, et que le financement manquait [50].

- Financement : L'abolition des frais aux usagers occasionne une perte de revenus pour les structures sanitaires, qu'il faut compenser pour assurer le maintien des services. Il n'est donc pas surprenant que le financement soit l'élément de mise en œuvre le plus fréquemment mentionné dans 14 articles sur 20, portant sur le Ghana, l'Ouganda et Madagascar (les articles sur le Kenya se limitent à évoquer le manque de fonds qui a finalement conduit le gouvernement à rétablir les frais aux usagers). L'élément commun aux trois pays est le dégagement de fonds supplémentaires pour mettre en œuvre la politique d'abolition; mais la rapidité de mise à disposition de ces fonds, et leur pérennité, a varié. En Ouganda, 526 000 US\$ ont été dégagés immédiatement pour l'achat de médicaments à distribuer gratuitement, et le budget du secteur santé a augmenté de 12.5 millions US\$ dans l'année suivant l'abolition, et continué à croître les années suivantes [43, 48]. En revanche, à Madagascar il s'est écoulé plusieurs mois entre l'annonce de l'abolition, et la mise à disposition de 3 millions US\$ de médicaments gratuits [52]. Au Ghana, 2 millions US\$ auraient été alloués aux régions de la première vague d'abolition [54], mais selon Witter et Adjei [45], le financement additionnel a été supprimé quelques mois après l'extension de l'abolition aux autres régions. Seuls des articles sur le Ghana fournissent quelques informations sur le calcul des fonds consacrés à la mesure d'abolition. Dans ce pays, le niveau central a calculé les allocations aux régions en fonction de leur population, avec un taux *per capita* plus élevé pour les régions les plus pauvres, et non pas en fonction du nombre prévu d'accouchements. Dans les faits, les versements du niveau central se sont avérés très insuffisants par rapport au niveau d'activité des structures sanitaires [50]. En fait, aucun plan fixant la durée et le coût total du programme d'abolition n'avait été établi [45]. Pour finir sur le sujet du financement, on note le rôle de deux acteurs face auxquels les ministères de la Santé ont eu peu de marge de manœuvre. D'une part, les fonds proviennent de financements externes (Banque Mondiale en Ouganda, fonds d'allègement de la dette au Ghana, nécessité exprimée d'un soutien des bailleurs de fonds pour maintenir la gratuité des soins à Madagascar [52]). D'autre part, les ministères des Finances ont le premier rôle dans les décisions d'allocation budgétaire. En Ouganda, ces décisions ont avantagé le secteur de la santé; mais au Ghana, le ministère des Finances a fini par retirer le financement du programme de gratuité des accouchements, en partie semble-t-il à cause de la « concurrence » d'un autre programme émergent, l'assurance-santé nationale [45, 50].

- Mode de gestion : La gestion des fonds consacrés à l'abolition est restée centralisée à Madagascar (achat de médicaments par la centrale nationale), tandis qu'elle était décentralisée en Ouganda et au Ghana. Le gouvernement ougandais a même assoupli les règles d'utilisation des fonds par les districts sanitaires, pour qu'ils puissent orienter les fonds vers des postes de dépenses auparavant financés par les frais aux usagers [46]. Au Ghana, le niveau central a versé les fonds aux districts sanitaires. Ceux-ci étaient chargés de rembourser les



structures sanitaires *a posteriori*, selon le nombre d'accouchements réalisés. Les lignes directrices produites par le ministère de la Santé fixaient un prix forfaitaire pour chaque type d'accouchement (plus ou moins compliqué) et de structure sanitaire (publique ou privée). Mais, au moins dans certains cas, les structures sanitaires ont été remboursées à des prix forfaitaires différents de ceux-là [50].

- Communication: Cet aspect est évoqué dans seulement un article sur l'Ouganda [44], un sur l'Afrique du Sud [47], et trois sur le Ghana [45, 50, 55]. Tous expriment les plaintes de soignants et gestionnaires locaux, pour n'avoir pas été consultés durant le processus de décision et de planification de l'abolition des frais aux usagers. Le manque d'information est un autre problème rapporté. En Afrique du Sud et au Ghana les soignants et les gestionnaires se plaignent de manquer de soutien pour implanter la politique d'abolition [45, 47, 50]. Au Ghana, il semble que les communautés n'aient pas bien compris la mesure d'abolition, malgré la publicité faite par différents moyens [50]. La communication en sens inverse s'est aussi avérée problématique au Ghana. Les structures et autorités sanitaires locales n'ont pas rendu compte au niveau central de l'utilisation des fonds reçus [45, 50].

- Mesures d'accompagnement: Ces mesures ne sont pas directement liées à l'abolition du paiement, mais elles ont été prises simultanément et ont pu faciliter sa mise en œuvre en motivant le personnel de santé ou en améliorant le fonctionnement du système. Au Ghana, les salaires de tous les professionnels de santé ont été augmentés, et certaines régions ont instauré une prime de motivation pour chaque accouchement réalisé (mais il ne s'agit pas d'une mesure nationale) [50, 55]. En Ouganda, les salaires ont augmenté de 14 à 63% selon les professions et le système de paiement a été amélioré [48]; le système d'approvisionnement en médicaments a été réorganisé [43, 46]; et le financement du secteur de la santé est devenu plus efficace grâce à l'évolution de l'aide internationale, passant d'un financement par projets, à un financement sectoriel [43, 56]. Un article mentionne aussi, mais sans précisions, un effort de recrutement accéléré de personnel [48].

Effets sur l'utilisation des services de santé :

Les effets de l'abolition des frais aux usagers sur l'utilisation des services de santé, sont le point d'intérêt principal des études publiées: 17 sur 20 abordent cet aspect. Le tableau 2 présente, pour chaque étude, les données utilisées (source, échantillon, période...) et les résultats. Les données proviennent soit des données administratives du système de santé, soit d'enquêtes dans les ménages, soit d'enquêtes auprès d'acteurs du système de santé. La majorité des articles exploitent des données quantitatives, mais quelques-uns [43, 45, 47, 50, 52, 55, 57] présentent aussi des données qualitatives. À noter, les résultats présentés doivent être considérés prudemment, en raison de faiblesses méthodologiques fréquentes dans les devis, la collecte de données et les analyses statistiques. Cinq thèmes apparaissent dans les articles: l'effet de l'abolition des frais aux usagers sur les consultations curatives en première ligne; sur les hospitalisations et accouchements; sur les services déjà gratuits avant l'abolition; sur ceux qui restent payants; et les effets par catégorie socio-économique.

- Consultations curatives en 1^{er} ligne: C'est l'effet le plus souvent étudié (sauf par les articles sur le Ghana, où l'abolition ne s'applique qu'aux accouchements). Toutes les études témoignent d'une augmentation du nombre de consultations après l'abolition, par rapport à la période avant: de +17% à Madagascar [52], jusqu'à plus de 80% en Ouganda [43, 57], les données des autres articles se situant entre ces deux extrêmes. On note cependant quelques limites. Au Kenya, l'augmentation du nombre de consultations n'a pas été assez élevée pour revenir au niveau d'utilisation qui existait *avant* l'instauration des frais aux usagers [49]. En Afrique du Sud, le nombre de consultations a rapidement augmenté après la 1^{ère} mesure d'abolition en faveur des enfants et des femmes enceintes, mais l'extension de l'abolition à toute la population quelques années plus tard a eu peu d'effets sur les tendances préexistantes [58]. À l'inverse de ces observations qui semblent désigner les enfants comme bénéficiaires majeurs de l'abolition en Afrique du Sud, trois articles montrent qu'en Ouganda, l'augmentation du nombre de consultations a beaucoup moins concerné les jeunes enfants, que les autres patients [46, 56, 57]. Selon certains auteurs, les consultations pour les enfants étaient déjà à tarif réduit avant l'abolition, c'est pourquoi elle aurait eu un effet moindre sur eux [46].



- Hospitalisations et accouchements: Ces aspects sont abordés dans certains articles sur l'Ouganda et le Ghana. Le nombre d'hospitalisations est resté stable en Ouganda après l'abolition des frais aux usagers [43, 46]; pourtant, le nombre de patients référés vers les hôpitaux aurait augmenté de 26% [56]. Cela indique peut-être les limites des capacités d'accueil des hôpitaux, ou la renonciation aux soins hospitaliers à cause des incertitudes de prix, puisque les frais hospitaliers sont maintenus pour « ceux qui en ont les moyens » [46]. Pour les accouchements, les résultats en Ouganda sont discordants. Un article [56] mentionne une hausse de 28% du nombre d'accouchements en établissement de soins après l'abolition, mais un autre [43] indique que la proportion d'accouchements en établissement (sur le total des accouchements) a diminué de trois points de pourcentage. Pour le Ghana, toutes les études témoignent d'une hausse du nombre d'accouchements en établissement après l'abolition des frais, allant de +10% à +36% selon les études. Les interventions complexes (et coûteuses) comme les césariennes seraient également en hausse [50]. Inversement, lorsque les frais pour les accouchements ont été temporairement rétablis, le nombre d'accouchements en établissement a diminué [50].

- Services déjà gratuits avant l'abolition: Il s'agit généralement des services préventifs : vaccination, consultations pré- et post-natales, planification familiale... On dispose de données sur ces services pour l'Ouganda, l'Afrique du Sud, et de manière anecdotique pour le Ghana. Au Ghana, les professionnels de santé perçoivent que la couverture post-natale est meilleure depuis que les accouchements sont gratuits [45]. En Ouganda, plusieurs articles rapportent des hausses d'utilisation des services préventifs [43, 56, 57], tandis qu'un autre indique l'absence de changement majeur pour les consultations prénatales [46]. En Afrique du Sud, les tendances sont moins claires. L'utilisation des services gratuits (vaccination et suivi de croissance des enfants) était déjà en baisse avant la 1^e mesure d'abolition, a augmenté temporairement juste après, mais a recommencé à baisser ensuite [58]. Ces situations variables reflètent les impacts possibles de l'abolition des frais, sur les services déjà gratuits : stabilité, hausse (grâce à l'utilisation accrue des services curatifs, qui permet de sensibiliser ou référer les patients vers les services préventifs [59]), ou baisse (si l'utilisation accrue des services curatifs accapare le temps du personnel de santé au détriment des services préventifs [58]).

- Services restant payants après l'abolition: On s'attend logiquement à ce que leur clientèle se tourne vers les services nouvellement gratuits. Ainsi, au Kenya le nombre de consultations dans le secteur privé a diminué de 32% pendant la période de gratuité des services publics [60]. Les accoucheuses traditionnelles du Ghana ont vu leur clientèle baisser [53, 55]. Mais des tendances inattendues se sont produites ailleurs. En Ouganda, l'utilisation des services de santé privés était déjà en hausse avant l'abolition et a poursuivi sa croissance après [43, 46, 61]. En Afrique du Sud, dans un hôpital public (non concerné par l'abolition des frais qui s'appliquait seulement aux structures de 1^e ligne), le nombre de consultations dentaires sur rendez-vous a augmenté de 58% après l'abolition, contre 9% seulement dans les cliniques dentaires de 1^e ligne offrant des soins gratuits – dans lesquelles, en revanche, le nombre de consultations d'urgence était en forte hausse [62]. Plusieurs auteurs suggèrent que les services nouvellement gratuits peinent à répondre à la demande qu'ils suscitent, et que les patients qui en ont les moyens s'en détournent pour utiliser des services payants [56, 61].

- Utilisation des services de santé, par catégorie socio-économique: En Ouganda [57], au Ghana [55] et en Afrique du Sud [47], les soignants jugent que l'abolition des frais aux usagers a bénéficié en particulier aux pauvres. Quelques articles présentent aussi des données chiffrées. Pour le Ghana, la proportion d'accouchements en établissement a augmenté dans tous les quintiles de richesse mais, dans les régions étudiées, les deux quintiles les plus pauvres ont connu les plus fortes hausses [53]. En Ouganda, les plus fortes hausses d'utilisation des services de santé après l'abolition se sont produites parmi les pauvres [46, 56]; mais, de manière inattendue, les pauvres ont aussi augmenté fortement leur utilisation de services de santé privés [61]. En ce qui concerne les ougandais non-pauvres, après l'abolition, ils tendent à se détourner des structures sanitaires publiques, préférant les structures privées [43, 61].



D'autres effets de l'abolition du paiement :

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

- Qualité des services: Elle est abordée dans 10 articles, essentiellement sous l'aspect de la disponibilité des médicaments – enjeu majeur puisqu'avec l'abolition, non seulement ils deviennent gratuits, mais en plus le nombre de patients augmente. Tous les pays ont connu des problèmes dans ce domaine, mais à des périodes différentes, reflétant la façon dont chacun a mis en œuvre la mesure d'abolition des frais. Le personnel soignant signale un manque de médicaments à la suite de l'abolition, en Afrique du Sud où celle-ci a été peu planifiée [47], et à Madagascar où la distribution des médicaments gratuits a été tardive et mal organisée [52]. Les acteurs du système de santé ghanéen estiment que la disponibilité améliorée des fonds pour l'achat de médicaments *au début* de l'application de la politique de gratuité a permis d'améliorer la qualité des services – mais cette situation n'a pas duré [45, 50]. L'Ouganda, probablement grâce à de meilleurs moyens de mise en œuvre de la politique d'abolition, semble s'en sortir mieux. Les ruptures des stocks de médicaments ont augmenté dans l'année suivant l'abolition, mais de l'avis des soignants et communautés, la situation s'est améliorée par la suite, malgré certains problèmes persistants [44, 46, 48, 56, 59]. Quelques articles mentionnent d'autres aspects de la qualité des services. En Afrique du Sud, la forte augmentation du nombre de consultations affecterait leur déroulement : réduction du temps consacré à chaque patient, manque d'intimité [47]. Pour l'Ouganda, des articles utilisant des sources de données similaires (enquêtes auprès des communautés et acteurs du système de santé), mais dans différentes régions, arrivent à des conclusions différentes : détérioration de la propreté des structures sanitaires [59], longs temps d'attente, personnel désagréable envers les patients [44], selon les uns; propreté des structures et attitude des soignants inchangées, selon les autres [46, 48].

- Revenus pour le système de santé: 8 articles, consacrés à l'Ouganda et au Ghana, discutent de cet effet. Au niveau sociétal, la perte de revenus pour le système de santé ougandais est estimée à 3.4 millions US\$ par an mais serait largement compensée par les gains économiques générés par l'abolition des frais. Permettant un meilleur accès aux soins, l'abolition aurait considérablement réduit, surtout pour les pauvres, les pertes de revenus de travail pour cause de maladie [56]. Au niveau des structures sanitaires, l'abolition soudaine des frais aux usagers en Ouganda a initialement causé une perte de revenu les mettant en difficulté pour assumer leurs dépenses récurrentes, jusqu'à ce que le financement compensatoire soit dégagé [43, 44]. Au Ghana, la compensation des revenus auparavant tirés des frais aux usagers était cruciale, car les accouchements sont des services coûteux. Lorsque ces fonds compensatoires étaient encore disponibles, les responsables de structures sanitaires les ont préférés au financement par les usagers, qui les obligeait à poursuivre les parturientes ayant des difficultés de paiement. Mais cette compensation a été insuffisante, conduisant les structures sanitaires à s'endetter, jusqu'au point où certaines ont dû rétablir les frais aux usagers [45, 50]. Au niveau du personnel de santé, l'abolition a entraîné des pertes de revenu plus ou moins compensées par d'autres mesures. En Ouganda, les primes de motivation financées grâce aux frais aux usagers ont disparu, et le personnel a vite « oublié » les augmentations de salaires accordées par le gouvernement [48, 59]. Au Ghana, la suppression des frais pour les accouchements a mis terme aux ventes (officieuses) de petit matériel aux parturientes [50], et seulement certaines régions ont instauré une prime reliée au nombre d'accouchements réalisés; mais les soignants semblent bien reconnaître les hausses de salaires dont ils ont bénéficié [55].

- Dépenses de santé: 7 articles donnent des indications sur les dépenses qui restent assumées par les patients en Ouganda et au Ghana. D'une part, certains soignants continuent ou commencent à exiger des paiements informels, dans les deux pays – 9% des répondants ougandais y ont été confrontés [43, 44, 50]. D'autre part, lorsque le secteur public manque de ressources (médicaments en particulier), ceux qui le peuvent se tournent



vers les services payants [44, 48]. Enfin, certains frais (transport vers les structures sanitaires, par exemple) sont exclus des politiques d'abolition. Ces éléments aident à comprendre des situations inattendues. Les dépenses de santé des ménages ougandais ont légèrement augmenté depuis l'abolition [56]. Les dépenses d'accouchement ont diminué mais pas disparu au Ghana, et il y aurait davantage de ménages passant sous le seuil de pauvreté à cause des dépenses d'accouchement – en revanche, la situation serait meilleure pour ce qui est de passer sous le seuil d'*extrême* pauvreté [51]. Quand on décompose les dépenses par catégories socio-économiques, certains effets sont ceux attendus : baisse des dépenses de santé dans les deux quintiles les plus pauvres en Ouganda [56], moins de dépenses catastrophiques (dépenses excédant un pourcentage substantiel du revenu) pour les accouchements dans les quintiles les plus pauvres au Ghana [51]. D'autres effets sont surprenants. Au Ghana, la proportion des dépenses d'accouchement dans le revenu total des ménages a baissé pour les quintiles pauvres après l'abolition, mais la baisse est encore plus forte pour le quintile le plus riche [51]. En Ouganda, le second quintile le plus riche est celui dont les dépenses de santé ont le plus diminué après l'abolition [56]. Les dépenses catastrophiques auraient diminuée pour les non pauvres après l'abolition des frais aux usagers mais pas pour les pauvres [61].

- Charge de travail: Six articles témoignent d'une augmentation de la charge de travail en Ouganda [44, 59], au Ghana [50, 55] et en Afrique du Sud [47, 62], dont un qui la chiffre à + 47% de consultations par soignant [59]. La capacité à faire face varie. Des activités de promotion de la santé seraient sacrifiées en Ouganda et en Afrique du Sud [44, 47]. Au Ghana, les responsables du système de santé estiment que les soignants arrivent à assumer la charge de travail accrue [50], mais les intéressés sont majoritairement en désaccord [55]. Les gestionnaires se plaignent de la surcharge de travail créée par le programme d'abolition, avec ses nouveaux canaux de financement et de reddition de comptes [50]. Inversement, d'autres acteurs du système de santé voient leurs tâches disparaître, comme en Ouganda, les comités de gestion qui se consacraient principalement à la gestion des revenus tirés des frais aux usagers [59], et les mutuelles de santé associées aux structures sanitaires publiques [48].

- Satisfaction: Six articles en font mention. Comme attendu, les utilisateurs des services de santé sont satisfaits des politiques d'abolition des frais [44] et manifestent de la colère lorsque celles-ci sont suspendues ou inopérantes (par exemple, par manque de médicaments), ce qui résulte en des relations tendues avec le personnel de santé [45, 47, 50]. Du côté du personnel, le tableau est contrasté. Deux articles sur l'Ouganda mentionnent une démotivation professionnelle [44, 59]. Au Ghana, les acteurs du système de santé apprécient l'abolition des frais pour les accouchements, notamment parce qu'elle supprime les difficultés liées au recouvrement des coûts [50]; mais les effets sur leur satisfaction professionnelle sont très variables [55]. Walker et Gilson [47] montrent qu'en Afrique du Sud, la réaction des infirmières interrogées est ambivalente. D'un côté, elles se sentent plus accomplies professionnellement parce que la gratuité des soins leur permet de contribuer à la santé de plus de patients; mais de l'autre, elles expriment une série de frustrations envers les décideurs qui les ont négligées dans la mise en œuvre de l'abolition des frais, et envers les patients qui selon elles abusent de la gratuité. Les conséquences sont graves, puisque 70 à 80% de ces infirmières attribuent à la mesure de gratuité le fait de se sentir exploitées, surmenées ou de penser à démissionner.

- Résultats de santé: 5 articles s'intéressent à cet effet. Trois d'entre eux rapportent simplement l'opinion des acteurs du système de santé. Au Ghana, ils croient voir un effet positif sur la mortalité maternelle [45, 50]. En Afrique du Sud, l'abolition est jugée bénéfique pour la santé des patients [47]. Les chiffres confirment que le nombre de décès parmi les femmes accouchant en établissement de soins a diminué au Ghana, mais pas de manière significative [54]. En ce qui concerne l'Ouganda, selon Deininger et Mpuga [56] le nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie a légèrement diminué à la suite de l'abolition des frais aux usagers. De plus, la propension à tomber malade a un peu diminué pour les enfants (moins de 14 ans) et, pour les adultes comme pour les enfants, n'est plus liée au niveau de richesse.



Discussion :

Des limites de notre étude et des écrits analysés

Les résultats de la présente recension des écrits doivent être analysés avec prudence compte tenu des contraintes méthodologiques que nous nous sommes données. Compte tenu des faiblesses méthodologiques des rapports d'expertises et d'ONG que nous avons consultés, et de notre critère d'inclusion central reposant sur la révision par les pairs dans des revues scientifiques, le nombre d'articles étudiés reste limité et il est clair que ces articles ne couvrent pas toutes les expériences d'abolition existantes. La faible production quantitative d'études sur l'abolition du paiement peut s'expliquer en grande partie par le caractère récent des politiques nationales à ce sujet. Tout comme pour les études concernant l'introduction du paiement des soins dans les années 1980, il faudra certainement attendre encore quelques années pour disposer de données sur d'autres pays d'Afrique. La Zambie, le Niger ou encore le Mali, où des politiques d'abolition ont récemment été adoptées, sauront certainement nous fournir des éléments intéressants.

En termes de contenu, le tableau 2 met en lumière les lacunes des articles que nous avons recensés. Les biais de publication sont à prendre en compte. Pour être publiés les chercheurs sont souvent contraints de réduire les descriptions des contextes de leurs études, et les longues descriptions qui sont nécessaires à l'étude des processus trouvent rarement leur place dans les revues scientifiques limitant drastiquement le nombre de mots. Les chercheurs ont aussi tendance à « découper » leurs études en plusieurs articles, ce qui limite la vision holistique de la politique étudiée. Tout cela participe à l'explication de la rareté des données disponibles dans les articles que nous avons recueillis, concernant les contextes et les modalités de mise en œuvre.

Tableau 2 : répartition des données empiriques selon le cadre d'analyse

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

- : Aucune information

+ ^ +++++ : Quantité d'information disponible

Au plan méthodologique, tout comme d'autres l'avaient constaté sur quelques-uns de ces écrits ou sur ceux concernant l'introduction du paiement [17, 63], cette recension met au jour la faiblesse de la qualité des données probantes disponibles. Très peu d'études utilisent des données populationnelles pour évaluer les effets de l'abolition des frais aux usagers, et celles qui ont analysé les données d'utilisation des services se limitent à des échelles temporelles courtes. Ainsi, il devient urgent que des évidences plus solides soient construites à l'aide de devis d'évaluation permettant d'établir des liens de causalité plus forts [17, 25, 63]. Par ailleurs, il faut se préoccuper de mieux rendre compte des processus, au moyen de méthodes plus qualitatives et anthropologiques. Cela étant dit, notre recension des écrits montre parfaitement que l'on dispose de données utiles pour les prises de décisions.

Ce que l'on apprend : de quelques leçons apprises

Si l'on sait que la volonté politique est importante dans ce type de décision, cette revue de littérature montre combien les responsables politiques au plus haut niveau ont joué la plupart du temps un rôle d'entrepreneur politique dans la prise de décision. Si l'on se réfère à la fameuse théorie des courants des politiques publiques [35, 64], on constate que les fenêtres d'opportunité (les élections, les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté), ont bien souvent été saisies par des entrepreneurs politiques pour que l'abolition des frais aux usagers émerge comme une solution à l'exclusion des soins. Dans certains cas, des bailleurs de fonds ont certainement joué le rôle courtiers politiques (*policy brokers*) en faveur de cette mesure, mais les articles ne nous le disent pas aussi clairement que notre connaissance du terrain nous l'apprend. Le fait que l'abolition concerne des services ou populations facilement identifiables (i.e. accouchements, consultations



pour les enfants) et non pas des personnes à identifier au cas par cas comme les indigents (voir [1, 65]) a certainement facilité ces décisions. De surcroît, on découvre l'importance de la création d'alliances stratégiques et le rôle des ministères de Finances paraît dans certains cas essentiel au succès de la décision.

Mais la volonté politique ne suffit pas. La phase de préparation de la mise en œuvre semble avoir souvent manqué, bien que le temps entre la prise de décision et son démarrage réel soit parfois très long. C'est comme si les décideurs pensaient que leur décision suffit pour qu'elle soit implantée. Or, la littérature sur les politiques publiques est claire sur le besoin de bien préparer les décisions [66]. L'information de l'ensemble des parties prenantes semble aussi avoir manqué dans de nombreux cas. Plus les personnes sont loin des centres de décision, moins elles paraissent avoir été informées de la mesure d'abolition et de ses détails. Ce qui nous semble aussi frappant des écrits recensés est combien la mise en œuvre a été du haut vers le bas (*top-down*), jamais du bas vers le haut. C'est comme si une décision émanant des plus hautes instances politiques ne pouvait suivre qu'un processus technocratique et administratif, en aucunement participatif et communautaire. Pourtant, dans de nombreux pays le discours de la participation communautaire dans les soins de santé primaires perdure. Les articles que nous avons recensés montrent que ce processus rigide ne semble pas avoir été du goût des agents de santé (on manque de données sur l'appréciation du processus par les populations). Cela dit, comme nous n'avons trouvé aucun cas mettant en scène un processus participatif, on ne peut pas supputer de son efficacité dans le contexte de l'abolition du paiement.

Bien que nous disposions de très peu d'informations sur les ressources financières et humaines, on constate qu'elles ont souvent fait défaut. Cela rappelle l'importance de planifier adéquatement la mise en œuvre : non seulement il faut remplacer les revenus qui étaient tirés des frais aux usagers ; mais il faut aussi anticiper la croissance de la demande de services, et mobiliser davantage de ressources pour y répondre. Le rôle du médicament, source tangible de l'accès aux soins pour les populations [67], est central dans la politique d'abolition du paiement. Mais les écrits sur l'abolition nous en apprennent peu au sujet de la qualité des services perçue par la population. Ce qui est clair, c'est que le manque de ressources provoque des frustrations certaines. Les populations se détournent du secteur public, gratuit mais sans ressources pour faire face à la demande, pour finalement dépenser leur argent dans le secteur privé. Les agents de santé, face aux ressources insuffisantes, remettent parfois en place le paiement. La pression contradictoire de la demande accrue et de ressources insuffisantes peut aussi les démotiver, avec le risque qu'ils adoptent ou reviennent à des pratiques informelles. Pourtant, l'expérience du Ghana ou de l'Afrique du Sud montre que les agents de première ligne (*street level workers*) adhèrent aux mesures d'abolition, à condition de recevoir des ressources adéquates pour les mettre en œuvre. Parce qu'ils sont au premier plan, il faut vraiment considérer de leur accorder des mesures incitatives (financières ou non) à l'action, comme dans toutes les réformes sanitaires [68].

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

Leçons apprises / recommandations :

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



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

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

L'afflux de nombreux patients, qui pour certains se rendent peut être aux centres de santé pour la première fois (demande auparavant non satisfaite), a des conséquences sur les pratiques professionnelles et sur la relation soignants-soignés. Mais ces sujets ne sont que peu explorés.

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

Du côté des populations, il est nécessaire de davantage étudier les dépenses de santé restant à la charge des ménages. Comme le rappellent certains articles de notre recension ainsi que d'autres auteurs [69], ces dépenses peuvent être élevées et continuer à dissuader l'utilisation des services de santé. Abolir certains frais aux usagers ne doit pas laisser croire que tous les problèmes d'accessibilité financière sont résolus.

Dans les contextes de l'Afrique de l'Ouest où l'Initiative de Bamako et les comités de gestion locaux permettent aux centres de santé de retenir les revenus tirés des frais aux usagers et d'en disposer localement, la question de l'abolition des frais soulève des enjeux supplémentaires. C'est également le cas dans les pays faisant la promotion des mutuelles de santé depuis 15 ans avec encore bien peu de succès. Le cas de l'Ouganda [59] montre qu'il faut rapidement étudier les effets de l'abolition sur les systèmes de financement communautaire, notamment en Afrique de l'Ouest où l'abolition démarre (e.g. au Niger depuis 2007).

En ce qui concerne les effets sur l'utilisation des services, certes, nous savons que cela a été bénéfique ; mais la faiblesse de la plupart des devis employés mérite que d'autres études plus contrôlées s'organisent. De nouvelles études permettraient aussi d'examiner les effets à plus long terme, plusieurs années après l'introduction de l'abolition. Ces études pourraient aussi être utiles pour vérifier que cet instrument politique ne profite pas aux moins pauvres, selon la fameuse « *inverse equity hypothesis* » [70]. Les données disponibles ne sont pas si claires que cela sur les différences d'utilisation entre les sous-groupes de population provoquées par l'abolition du paiement. Enfin, dans la mesure où cela sera possible dans les contextes d'intervention, il faudra s'interroger sur les effets pour la santé des populations.

Pistes de recherche :

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



Conclusion :

Il y a 15 ans, l'Afrique du Sud a commencé à abolir le paiement de certains soins. Puis, de nombreux pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique Australe ont emboîté le pas. Nombre de bailleurs de fonds commencent à vouloir appuyer les pays qui souhaitent prendre la même décision. Alors que les décideurs de l'Afrique de l'Ouest s'interrogent à leur tour sur la pertinence d'une telle mesure et, surtout, sur la manière de l'organiser, cette recension des écrits devrait leur être utile. Elle montre que l'abolition a eu des effets globalement positifs sur la demande de soins mais, en même temps, elle rappelle toute l'importance des processus de mise en œuvre et le manque flagrant de connaissances que nous avons à ce sujet.

Références :

1. Ridde, V., "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": *The Equity and Health Policy Implementation Gap in Burkina Faso*. Social Science and Medicine, 2008. **66**: p. 1368-1378.
2. Green, A., *An Introduction to health planning in developing countries*. 1999, Oxford: Oxford University Press. 318.
3. UNICEF, HAI, and OXFAM, *Report on the international study conference on community financing in primary health care*. 1989: Cape Sierre Hotel, Freetown, Sierra Leone.
4. CPHA, *Position Paper 1990, Sustainability and Equity : Primary Health Care in Developing Countries*. 1990. p. 8.
5. Creese, A. and J. Kutzin, *Lessons from cost recovery in health*, in *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage ?*, C. Colclough, Editor. 1997, Clarendon press: Oxford. p. 37-62.
6. Gertler, P.J. and J.S. Hammer. *Strategies for pricing publicly provided health services*. in *Innovations in Health Care Financing*. 1997. World Bank Conference, March 10-11 1997: World Bank.
7. Mwabu, G., J. Mwanza, and W. Liambila, *User charges in government health facilities in Kenya : effect on attendance and revenue*. Health Policy and Planning, 1995. **10**(2): p. 164-170.
8. Kipp, W., et al., *User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda*. Bull World Health Organ, 2001. **79**(11): p. 1032-7.
9. Sakho, M. and L. Yonli, *Backstopping sur le recouvrement des coûts dans la région sanitaire de Kaya (01-13 décembre 1997)*. 1997, Ministère de la santé, SCPB: Ouagadougou. p. 28.
10. Ridde, V., *Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative*. Bulletin of World Health Organization, 2003. **81**(7): p. 532-538.
11. Haddad, S., A. Nougara, and V. Ridde, *Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso*. Santé, Société et Solidarité, 2004. **2**: p. 199-210.
12. Ridde, V., et al., *User fees and hospital health care utilization in Afghanistan : lessons learned from a participative evaluation*. Journal of Afghanistan Studies, 2004. **2**: p. 93-109.
13. Ridde, V. and J.E. Girard, *Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains*. Santé Publique, 2004. **15**(1): p. 37-51.
14. James, C., et al., *To Retain or Remove User Fees? Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-Income Countries*. Appl Health Econ Health Policy, 2006. **5**(3): p. 137-153.
15. Palmer, N., et al., *Health financing to promote access in low income settings - how much do we know ?* Lancet, 2004. **364**: p. 1365-1370.
16. Nolan, B. and V. Turbat, *Cost recovery in public health services in Sub-saharian africa*. EDI Technical Materials, ed. W. Bank. 1995, Washington, DC: World Bank. 106.
17. Lagarde, M. and N. Palmer, *Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people*. 2006, The Alliance for Health Policy and Systems Research Geneva. p. 67.
18. Nanda, P., *Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care*. Reproductive Health Matters, 2002. **10**(20): p. 127-34.
19. Stierle, F., et al., *Indigence and access to health care in sub-saharan Africa*. International journal of health planning and management, 1999. **14**: p. 81-105.
20. United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2006*. 2006, United Nations Department of Economic and Social Affairs - DESA - June 2006. p. 28.
21. Gilson, L., et al., *Challenging inequity through health systems. Final report Knowledge network on health systems*. 2007, WHO commission on the social determinants of health. Equinet. CHP. LSHTM. p. 49.
22. Gilson, L., et al., *Strategies for promoting equity : experience with community financing in three African countries*. Health Policy, 2001. **58**(1): p. 37-67.
23. Leighton, C. and F. Diop, *Protecting the poor in Africa : Impact of Means Testing on Equity in the Health Sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal ?* 1995, Health Financing and Sustainability (HFS) Project - Abt Associates Inc.: Bethesda MD. p. 29.
24. James, C., et al., *Impact on child mortality of removing user fees: simulation model*. British Medical Journal, 2005. **331**(7519): p. 747-9.
25. Gilson, L. and D. McIntyre, *Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action*. British Medical Journal, 2005. **331**: p. 762-765.
26. Poletti, T. and E. Sondrop, *Cost-recovery in the health sector : an inappropriate policy in complex emergencies*. Humanitarian Exchange, 2004. **26**(march): p. 19-21.
27. Richard, H., *Cost recovery in humanitarian healthcare programmes: a donor's perspective*. Humanitarian exchange, 2004. **28**(Novembre 2004): p. 37-39.
28. Save the Children and S. Witter, *An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries*. 2005, The Save the Children Fund 2005: London. p. 33.
29. World Bank, *Healthy Development . The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results 2007*, World Bank: Washington. p. 193.
30. DFID, *Eliminating world poverty making governance work for the poor. A White Paper on International Development*. 2006: London. p. 130.
31. Chan, M. *Launch of the UK Department for International Development's new health strategy*. 207 [cited 2008 feb 4]; Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2007/050607_DFID/en/index.html.
32. Cochrane, *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, J. Higgins and S. Green, Editors. 2008, The Cochrane Collaboration.
33. Anderson, S., et al., *Asking the right questions : Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services*. Health Research Policy and Systems, 2008. **6**(7).



34. Arksey, H. and L. O'Malley, *Scoping studies : Towards a methodological framework*. International Journal of Social Research Methodology, 2005. **8**(1): p. 19-32.
35. Ridde, V., *Policy Implementation in Africa : an extension of the Kingdon's Multiple-Streams Approach*. Public Administration, In press.
36. Howlett, M. and M. Ramesh, *Studying Public Policy*. 1995, Toronto: Oxford University Press. 239.
37. Sabatier, P.A., ed. *Theories of the policy process*. Theoretical lenses on public policy. 1999, Westview Press: Boulder, Colo. viii, 289.
38. deLeon, P., *The stages approach to policy process : what has it done ? Where is it going ?*, in *Theories of the policy process. Theoretical lenses on public policy*, P.A. Sabatier, Editor. 1999, Westview Press: Boulder, Colo. p. 19-32.
39. Ridde, V., T. Delormier, and L. Gaudreau, *Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts ?*, in *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. Volume I* D.V. McQueen and C.M. Jones, Editors. 2007, Springer Science & Business Media: New York. p. 389-403.
40. Nakamura, R.T., *The Textbook Policy Process and Implementation Research*. Policy Studies Review 1987. **7**(1): p. 142-154.
41. Lemieux, V., *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. 2ème ed. 2002, Québec: Les Presses de l'Université Laval. 195.
42. Netschandama, V.O., L. Nemathaga, and S.N. Shai-Mahoko, *Experiences of primary health care nurses regarding the provision of free health care services in the northern region of the Limpopo Province*. Curationis, 2005. **28**(1): p. 59-68.
43. Yates, J., R. Cooper, and J. Holland, *Social protection and health : Experiences in Uganda*. Development Policy Review, 2006. **24**(3): p. 339-356.
44. Kajula, P.W., et al., *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): p. 133-153.
45. Witter, S. and S. Adjei, *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.
46. Nabyonga, J., et al., *Abolition of Cost Sharing is Pro poor : Evidence from Uganda* Health policy and planning 2005. **20**(2): p. 101- 108.
47. Walker, L. and L. Gilson, *"We are bitter but we are satisfied" : Nurses as street-level bureaucrats in South Africa* Social Science & Medicine 2004. **59**: p. 1251-1261
48. Nabyonga-Orem, J., et al., *Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study*. BMC Health Services Research, 2008. **8**(1): p. 102.
49. Mwabu, G. and J. Wang'ombe, *Health service pricing reforms in Kenya*. International Journal of Social Economics, 1997. **24**(1/2/3): p. 282-293.
50. Witter, S., et al., *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.
51. Asante, F.A., et al., *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.
52. Fafchamps, M. and B. Minten, *Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil* Journal of African Economies 2007. **16**(3): p. 485-518.
53. Penfold, S., et al., *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.
54. Bosu, W.K., et al., *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.
55. Witter, S., M. Aikins, and A. Kusi, *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.
56. Deininger, K. and P. Mpuga, *Economic and welfare impact of the abolition of health user fees : Evidence from Uganda*. Journal of African Economies 2004. **14**(1): p. 55-91.
57. Burnham, G., et al., *Discontinuation of Cost Sharing in Uganda* WHO, 2004. **82**(3).
58. Wilkinson, D., et al., *Effect of Removing User Fees on attendance for Curative and Preventive Primary Health Care Services in rural South Africa* WHO, 2001 **79**(7).
59. Burnham, G., et al., *Discontinuation of Cost Sharing in Uganda*. Bulletin of the World Health Organization, 2004. **82**(3): p. 187-195.
60. Mwabu, G., J. Mwanzia, and W. Liambila, *User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue*. Health Policy and Planning, 1995. **10**(2): p. 164-170.
61. Xu, K., et al., *Understanding the impact of eliminating user fees : Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda* Social Science & Medicine, 2006. **62**: p. 866-876.
62. Bhayat, A. and P. Cleaton-Jones, *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.
63. James, C., et al., *To retain or remove user fees ? Reflections on the current debate in low and middle- income countries* Applied Health Economic Health Policy 2006. **5**(3): p. 137-153.
64. Kingdon, J.W., *Agendas, Alternatives and Publics Policies*. 2nd ed. 1995, New York: Harper Collins. 253.
65. Gilson, L., et al., *The equity impacts of community financing activities in three African countries*. International Journal of Health Planning and Management, 2000. **15**: p. 291-317.
66. Chalmers, J. and G. Davis, *Rediscovering Implementation: Public Sector Contracting and Human Services*. Australian Journal of Public Administration, 2001. **60**(2): p. 74-85.
67. Van Der Geest, S., et al., *User Fees and Drugs: What did the Health Reforms in Zambia achieve?* Health Policy & Planning 2000. **15**(1): p. 59-65.
68. Mathauer, I. and I. Imhoff, *Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools*. Hum Resour Health, 2006. **4**: p. 24.
69. Meessen, B., et al., *Poverty and User Fees for Public Health care in low-income Countries: Lessons from Uganda and Cambodia*. The Lancet, 2006. **368**(9554): p. 2253-2257.
70. Victora, C.G., et al., *Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies*. Lancet, 2000. **356**(9235): p. 1093-8.



Annexe - Données extraites des articles

		Émergence
 Ouganda	Burnham et al. 2004	Abolition par président Museveni pendant campagne électorale 2001. Influencé par "un rapport" selon lequel fees causaient souffrances inutiles, voire décès.
	Deininger et Mpuga 2005	Abolition coïncidant avec élections présidentielles. À la base de l'abolition : plaintes répétées selon lesquelles fees excluaient les pauvres
	Kajula et al. 2004	. Mars 2001, pendant élections présidentielles, décision Président Museveni d'immédiatement abolir fees. Déclencheur : campagne du candidat d'opposition, sur réforme des services sociaux . Abolition était en discussion au Cabinet depuis 2 ans. Mais Ministère Santé manque d'autonomie par rapport aux acteurs politiques de l'exécutif, et suit leurs positions. . Bailleurs [auteurs citent 1 seule personne !]: sont pas contre le principe d'abolir, mais craignent conséquences négatives pour financement et mise en oeuvre du Health Sector Strategic Plan.
	Nabyonga et al. 2005	. Décision du gouvernement en février 2001 suite à "des rapports" sur effet négatif des fees pour l'accès des pauvres aux services de santé [le rapport qui est référencé = Poverty Participatory Assessment publié en 2000 par Ministère des Finances] . Un indicateur de progrès du Plan d'action pour éradiquer la pauvreté (plan issu en 1997 de discussions avec bailleurs) = consultations dans structures sanitaires
	Xu et al., 2006 : Pas de données sur l'émergence	
	Yates et al. 2006	. Ministre de la santé et hauts fonctionnaires convaincus que fees devaient être abolis (raisons : échec des exemptions pour pauvres; expérience peu satisfaisante des mutuelles de santé; faible génération de revenus). Donc en 2000, Ministère Santé a commencé à planifier abolition. . Suppression des fees par Président Museveni en mars 2001 pour répondre à inquiétude populaire et enjeu électoral majeur.
 Ghana	Nabyonga et al. 2008	National Participatory Poverty Assessment de 1997 a fait entendre plaintes de la population contre fees, et gouvernement les a abolis.
	Asante et al. 2007	Mesure introduite par Gouvernement. Effet attendu = réduire barrières financières pour augmenter accouchements assistés, donc réduire mortalité maternelle et périnatale et contribuer à réduction de la pauvreté.
	Bosu et al. 2007	Mesure introduite par Gouvernement. Effet attendu = baisse mortalité et morbidité maternelle
	Penfold et al. 2007	Exemption introduite par gouvernement. Objectif = réduire barrières financières. Effet attendu = augmentation des accouchements assistés et donc baisse de mortalité maternelle et périnatale
	Witter et Adjei 2007	Politique introduite par gouvernement. Fort intérêt des bailleurs de fonds pour ce programme. Objectif = réduire barrières financières. Effet attendu = baisse mortalité maternelle et périnatale et contribution à réduction pauvreté
	Witter et al. 2007	Mesure introduite par Gouvernement. Objectif = réduire barrières financières pour aider à diminuer la mortalité maternelle et périnatale et contribuer à réduction pauvreté.
 Afrique du Sud	Witter, Kusi, Aikins 2007	Mesure introduite par Gouvernement. Objectif = réduire barrières financières pour aider à diminuer mortalité maternelle et périnatale et contribuer à réduction pauvreté
	Bhayat et Cleaton-Jones 2003	1e mesure (1994) prise par le nouveau gouvernement Sud-africain
	Walker et Gilson 2004	Politique symbole de l'engagement du nouveau gouvernement pour la justice sociale (vs. héritage Apartheid). Décisions prises aux plus hauts niveaux politiques.
 Kenya	Wilkinson et al. 1997	1e grande politique annoncée par le président Mandela après son élection
	Wilkinson et al. 2001 : Pas de données sur l'émergence	
 Madagascar	Mwabu et al. 1995	En septembre 1990, gouvernement décide de suspendre fees introduits depuis décembre 1989 (raisons : baisse importante de l'utilisation, pas de hausse significative de revenus, pas d'amélioration de qualité).
	Mwabu et Wang'ombe 1997	En septembre 1990, gouvernement décide de suspendre fees instaurés depuis quelques mois (raisons : suspicion qu'une partie de population ne peut plus recevoir soins; pas d'amélioration de qualité)
	Fafchamps et Minten 2007	Après élections décembre 2001, résultats contestés par président sortant (perdant), il impose blocus des régions intérieures de janvier à juin 2002. Résultat = perturbation de l'économie, de l'offre de services publics, appauvrissement massif. Comme palliatif à l'appauvrissement, en août 2002 nouveau président déclare élimination temporaire des fees dans secteurs santé et éducation



		Formulation
 Ouganda	Burnham et al. 2004	Abolition du recouvrement des coûts dans secteur public
	Deininger et Mpuga 2005	Abolition de tous les fees dans le secteur santé
	Kajula et al. 2004	Retour à un système de soins de santé publics gratuits pour tous.
	Nabyonga et al. 2005	Abolition totale des fees dans structures sanitaires publiques au niveau communautaire. Système à deux vitesses dans hôpitaux publics (paiement par ceux qui le peuvent).
	Xu et al., 2006	Abolition des fees dans structures publiques de 1e ligne
	Yates et al. 2006	Suppression des fees dans les structures sanitaires publiques (sauf des "private wings" dans les hôpitaux)
	Nabyonga-Orem et al. 2008	Abolition de toutes les formes de fees dans structures publiques, mais hôpitaux ont l'autorisation de faire payer ceux qui peuvent
 Ghana	Asante et al. 2007	Exempter des frais d'accouchement les utilisatrices des maternités.
	Bosu et al. 2007	Accouchements exemptés dans structures publiques et privées.
	Penfold et al. 2007	Exemption des frais d'accouchement pour toutes les utilisatrices.
	Witter et Adjei 2007	Exempter de frais d'accouchement les utilisatrices des structures publiques et privées. Concerne tous frais (sauf transport).
	Witter Arhinful Kusi et al. 2007	Exempter des frais d'accouchement les utilisatrices des structures publiques et privées. Concerne tous frais (sauf transport). Gratuité automatique dans centres de santé et hôpitaux de district; dans hôpitaux régionaux, seulement en cas de référence.
	Witter, Kusi, Aikins 2007	Accouchements exemptés dans structures publiques et privées (concerne tous frais sauf transport).
 Afrique du Sud	Bhayat et Cleaton-Jones 2003	1er avril 1996: gratuité des soins primaires pour tous, incluant soins dentaires primaires
	Walker et Gilson 2004	Gratuité des services pour femmes enceintes et enfants de moins de 6 ans (1994), puis gratuité de tous les services publics de soins primaires (1996)
	Wilkinson et al. 1997	Gratuité de tous les soins pour enfants de moins de 6 ans et femmes enceintes et allaitantes dans les services de santé gouvernementaux
	Wilkinson et al. 2001	1994 : Suppression des fees pour femmes enceintes et allaitantes et enfants de moins de 6 ans. Début 1997 : suppression des fees pour tous les services de soins primaires, pour tous
 Kenya	Mwabu et al. 1995	Suspension temporaire des fees dans centres de santé et hôpitaux publics
	Mwabu et Wang'ombe 1997	Suspension temporaire des "registration fees" [semble inclure consultation et traitement] mais pas des fees pour diagnostic (labo)
 Madagascar	Fafchamps et Minten 2007	Élimination temporaire des fees dans centres de santé publics



Ouganda

Planification et mise en œuvre				
	Déploiement	Financement	Communication	Mesures d'accompagnement
Burnham et al. 2004	Fees supprimés en mars 2001	Pour compenser perte de revenu des fees et conséquences sur disponibilité médicaments, Ministère Santé libère fond supplémentaire de 5.5 millions US\$ [chiffre erroné ? pas cohérent avec chiffres dans autres articles], tiré du District Health Services Project financé par Banque Mondiale (= augmentation de 22% du budget médicaments du Ministère pour année 2001).		Recentralisation du paiement des salaires du personnel de santé [pas clair si c'est en même temps que abolition]
Deininger et Mpuga 2005	Abolition effective en mars 2001. Uganda National Health Survey 2002-2003 suggère déploiement uniforme: paiement pour consultations et médicaments dans seulement 3 et 4% des structures publiques.			. Mesures pour améliorer services. . Abolition fait partie d'un plan stratégique plus large pour le secteur santé, impliquant réorientation vers les services de santé de base, augmentation (modeste) du financement total, passage des bailleurs d'un financement par projets à un financement sectoriel
Kajula et al. 2004	Abolition en mars 2001	Décision abrupte n'a pas permis la mise en place à temps d'arrangements viables (notamment de réformer déboursement de fonds et systèmes de gestion)	Gouvernement n'a consulté ni autorités locales, ni personnel de santé	
Nabyonga et al. 2005	Décision février 2001, mise en œuvre dans toutes structures publiques le 1er mars	. Libération immédiate de 526000 US\$ pour achat de médicaments. . Augmentation du budget du secteur santé pour compenser perte des revenus des fees. . Flexibilité accrue d'utilisation des fonds par districts, pour diriger fonds vers domaines auparavant financés par fees		Révision des procédures de commande de médicaments, pour accélérer livraisons
Xu et al., 2006	Abolition en 2001	Gouvernement a augmenté son financement pour les services de santé de district, pour compenser perte de revenu (fees finançaient environ 5% des dépenses totales au niveau des structures sanitaires).		
Yates et al. 2006	Abolition en mars 2001. Décision soudaine, donc plan du Ministère Santé pour mise en œuvre graduelle n'a pas pu être suivi.	. Décision soudaine, donc plan du Ministère Santé pour introduction graduelle de financement alternatif n'a pas pu être suivi. . Allocations budgétaires accrues pour médicaments, surtout pour structures de santé primaire rurales. Par ex, juste après abolition, gouvernement a fourni 500 000 US\$ aux districts pour commandes de médicaments. . Dans les 2 ans suivant abolition, dans allocations par Ministère Finances, budget du secteur santé est celui qui a le plus augmenté proportionnellement		. Amélioration système d'approvisionnement en médicaments. . Hausse salaire médecins (+ 66%) et accélération réforme de gestion masse salariale. . Réformes facilitées par passage du financement par projets, au financement via le budget gouvernemental à partir de 2001-2002



Planification et mise en œuvre - suite

 Ouganda	Nabyonga-Orem et al. 2008	Abolition 1er mars 2001	<ul style="list-style-type: none"> . Libération immédiate de 526 000 US\$, du Ministère Finances vers districts, pour achat de médicaments (= hausse de 22% du budget médicaments). . Pour couvrir perte du revenu des fees, budget secteur santé augmenté de 12.5 millions US\$ pour année fiscale débutant 4 mois après abolition. Allocations (hors salaires) augmentées entre années fiscales 2000/01 et 2002/03, de 165% pour centres de santé et de 66% pour hôpitaux. . Flexibilité accrue d'utilisation fonds par districts, pour diriger fonds vers domaines auparavant financés par fees 		Dans année fiscale 2001/02, salaires des professionnels de santé augmentés de 14 à 63% (selon professions). Amélioration du système de paiement des salaires Efforts de recrutement accéléré de personnel
	Asante et al. 2007	Exemption en septembre 2003 dans 4 régions les plus pauvres, étendue en avril 2005 aux 6 autres régions. Dans région Central (1e vague), implantation dans districts entre août 2003 et avril 2004	<ul style="list-style-type: none"> . Ministère Santé a fixé taux de remboursement selon type d'accouchement et de structure sanitaire . Fonds (et responsabilité d'application de la politique) sont décentralisés aux districts, dans une collaboration entre le secteur santé, et les District Assemblies qui agissent comme gestionnaire de fonds. Structures sanitaires exemptent parturientes puis administration sanitaire de district fait le lien avec District Assemblies pour faire rembourser les structures sanitaires 		
	Bosu et al. 2007	Exemption fin 2003 dans 4 régions les plus pauvres, étendue en 2005 aux 6 autres	Environ 2 millions US\$ "voted" pour exemption dans les 4 premières régions		
 Ghana	Penfold et al. 2007	Exemption en septembre 2003 dans les premières régions, extension aux autres à partir d'avril 2005. Implantation a varié entre districts d'une même région, et il y a eu exemptions intermittentes			
	Witter et Adjei 2007	Exemption en septembre 2003 dans 4 régions les plus pauvres, étendue en avril 2005 aux 6 autres régions. Suite aux problèmes de financement, certaines structures sanitaires ont rétabli paiement.	<ul style="list-style-type: none"> . Pas de plan fixant durée et coût du programme, provenance des fonds. . Au début, financement avec fonds de l'initiative PPTe (contrôlés par Ministère Finances). Mais supprimé en 2005 : perception que la nouvelle assurance-santé nationale prendrait le relais (mais en fait, son implantation est plus lente que prévu). Bailleurs interrogés disent que niveau central n'a pas sollicité d'autres financements. . Fonds envoyés aux districts (d'abord aux autorités politiques locales, puis via l'administration sanitaire) pour rembourser structures sanitaires selon nombre d'accouchements. Fixation de taux de remboursement selon type d'accouchement et de structure sanitaire (structures privées ont taux de remboursement supérieur puisque ne reçoivent pas de subventions publiques). Mais versements aux districts irréguliers et insuffisants (une allocation reçue par an, mais montant correspondant à environ 6 mois d'activité) 	<ul style="list-style-type: none"> . Guidelines d'implantation publiées par Ministère Santé en 2004. Mais très peu de soutien/supervision de l'implantation. . Régions pas consultées pour estimer fonds requis, pas informées sur durée d'utilisation des fonds versés, sur date du versement suivant. . Pas de reporting des structures et districts au sujet des déboursements, du nombre d'accouchements exemptés. 	



Planification et mise en œuvre - suite

 Ghana	Witter Arhinful Kusi Zakariah-Akoto 2007	<p>Exemption en septembre 2003 dans 4 régions les plus pauvres. Sans évaluation de la 1e vague et malgré contraintes de ressources, extension en avril 2005 aux 6 autres régions. Suite aux problèmes de financement, certaines structures sanitaires ont rétabli paiement.</p>	<p>. Source : fonds d'allègement de la dette (PPTE); mais difficile pour Ministère Santé d'argumenter pour poursuite financement, à cause de implantation assurance-santé nationale depuis fin 2005.</p> <p>. Insuffisances : mesure sous-financée de 34% en 2004, de 73% en 2005 quand toutes régions couvertes. Fonds versés en début d'année fiscale, mais insuffisants pour l'année.</p> <p>. Calcul des allocations: Selon guidelines nationales de 2004, pour régions, allocation per capita avec taux unitaire plus élevé pour régions plus pauvres. Mais dans 1 région étudiée, allocation aux districts selon nombre de structures sanitaires. Pendant 1e vague, pas de financement prévu pour surplus de clients venant des régions non exemptées.</p> <p>. Remboursement des structures sanitaires : Principe = selon nombre d'accouchements, taux fixes de remboursement approuvés par Ministère Santé selon type d'accouchement et de structure sanitaire. Mais dans 2 régions étudiées, taux de remboursement variables, plus ou moins élevés que coûts réels. Pas de système prévu pour répartir remboursement entre 2 structures en cas de référence.</p> <p>. Plainte que pas de financement additionnel pour coût d'administration du mécanisme.</p>	<p>. Gestionnaires locaux pas consultés sur besoins, pas informés du calcul des versements, de période couverte, de date du prochain versement.</p> <p>. Niveau national dit ne pas avoir été informé du 2e versement (2005), donc n'a pas donné d'instructions d'utilisation.</p> <p>. Guidelines de monitoring n'ont pas été appliquées, niveau national n'a pas de données sur nombre et type d'acc. réalisés, sur montants remboursés.</p> <p>. Mesure publicisée par réunions avec leaders traditionnels, TV/radiodiffusion, réunions publiques; mais pas toujours bien comprise par communautés.</p> <p>. Aussi problèmes de compréhension parmi certaines sage-femmes. Certaines structures sanitaires se plaignent du manque d'information.</p>	<p>. Hausse générale des salaires, liée aux réformes salariales dans le secteur public</p> <p>. Prime de motivation (petit paiement par accouchement pour sage-femmes et personnel de soutien) instaurée par 1 région étudiée, mais n'est pas une mesure nationale</p>
	Witter, Kusi, Aikins 2007	<p>Exemption en septembre 2003 dans 4 régions les plus pauvres, étendue en avril 2005 aux 6 autres régions</p>	<p>Financement avec fonds d'allègement de la dette (PPTE). Fonds envoyés aux districts pour rembourser structures sanitaires selon nombre d'accouchements. Taux fixes de remboursement approuvés par Ministère Santé, selon type d'accouchement et de structure sanitaire.</p>	<p>Plupart des soignants interrogés ont été informés de l'exemption par canaux officiels ou par circulaires</p>	<p>Prime de motivation reliée à la charge de travail pour accouchements, instaurée par certaines régions mais n'est pas une mesure nationale</p>
 Afrique du Sud	Bhayat et Cleaton-Jones 2003	<p>1er avril 1996 : gratuité soins primaires [Pas commenté par auteurs, mais dans leur étude, clinique dentaire de l'hôpital public reste payante]</p>			
	Walker et Gilson 2004	<p>Mise en œuvre peu préparée. Pour 74% des infirmières interrogées, manque de planification est obstacle très important pour l'implantation</p>		<p>. Mesure discutée entre hauts fonctionnaires de la santé; soignants peu consultés. Sentiment d'exclusion de la décision parmi infirmières. 84% jugent que manque de consultation est obstacle très important pour l'implantation. 81% n'ont pas été invitées à s'exprimer sur l'impact de la gratuité.</p> <p>. Manque d'information du personnel = obstacle très important selon 67%. Même les coordinatrices disent recevoir des circulaires sans explications sur comment appliquer les politiques.</p>	



Planification et mise en œuvre - suite

 Afrique du Sud	Wilkinson et al. 1997	<p>Mise en œuvre en juillet 1994</p>			
	Wilkinson et al. 2001	<p>Mesures en 1994, puis début 1997. Mise en œuvre précipitée, non planifiée</p>			
 Kenya	Mwabu et al. 1995	<p>Fees suspendus en septembre 1990, rétablis graduellement en avril 1992</p>	<p>Gouvernement manquait de fonds pour poursuivre suspension des fees, donc les a rétablis graduellement en avril 1992</p>		
	Mwabu et Wang'ombe 1997	<p>Fees suspendus en septembre 1990, rétablis graduellement entre avril 1992 et juillet 1993</p>	<p>Gouvernement manquait de fonds pour poursuivre suspension des fees (pour compenser structures pour revenus perdus), donc les a rétablis graduellement entre avril 1992 et juillet 1993</p>		
 Madagascar	Fafchamps et Minten 2007	<p>Déploiement de août 2002 à juin 2003, à mesure que gouvernement central rétablissait autorité sur provinces après blocus. En décembre 2002, fees abolis dans 74% des centres de santé enquêtés.</p>	<p>. Après crise, centre gouvernemental de distribution de médicaments a acheté 3 millions US\$ de médicaments pour distribution gratuite (commencée seulement fin décembre 2002).</p> <p>. Incertitudes sur faisabilité financière de maintenir suspension des fees dans le temps tout en préservant qualité des services (dépend probablement en grande partie de l'engagement des bailleurs de fonds dans les secteurs santé et éducation)</p>		



Ouganda

		Effets sur l'utilisation de services de santé
Ouganda	Burnham et al. 2004	<p>Tendance globale + Données des registres de 78 centres de santé dans 10 districts, pour les 12 mois après abolition, vs. les 8 mois avant :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Nouvelles consultations (tous) + 53.3% . Nouvelles consultations (<5ans) + 27.3% . Visites de suivi (tous) + 24.3% . Visites de suivi (<5ans) : + 81.3% . Services gratuits avant abolition : Vaccinations <5ans +17.2%. Consultations prénatales + 25.3%. Planification familiale +32.3% . Perception de 74% soignants et 71% comités de gestion : meilleur accès aux services de santé, surtout pour pauvres
	Deininger et Mpuga 2005	<p>Tendance globale + surtout pour enfants <u>Données descriptives, Uganda National Health Survey 1999 (avant abolition) et 2002 (après), enquêtes transversales sur 10696 et 9711 ménages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Renonciation aux soins due au coût : passée de 50 à 35% (baisse d'env. 20 points dans trois quintiles les plus pauvres). . Utilisation services de santé en cas de maladie : passée de 69 à 79%. Hausse la plus forte, dans 2 quintiles les plus pauvres (+12 et +14 points). . Utilisation de structures publiques : passée de 34 à 30% <u>Données administratives, toutes structures du pays [dates non précisées]</u> (tout significatif à 1%) : Nouvelles consultations : + 18.5% pour les <5 ans et + 31% pour les > 5 ans. Références +26%. Pesage des enfants + 38%. Supplémentation vit. A pour enfants + 61%. Visites prénatales +12%, postnatales +34%. Accouchements en milieu de soins : +28% <u>En contrôlant pour autres variables :</u> Probabilité de rationnement des soins (significative au niveau de 1%) a diminué de 8% pour adultes et 11.5% pour enfants <14 ans. Pour adultes, abolition a atténué (significativement au niveau de 10%), mais pas fait disparaître, l'impact de la richesse du ménage, sur le rationnement des soins. Pour enfants, après abolition la richesse des parents n'a plus d'impact significatif sur le rationnement des soins
		Kajula et al. 2004 : pas de données sur utilisation
	Nabyonga et al. 2005	<p>Tendance globale : consultations + (surtout pour pauvres et > 5 ans), hospitalisations =, préventif = Données = registres de 106 structures dans 6 districts, années 2000 (avant abolition) à 2002 (après)</p> <p><u>Consultations</u> (par rapport à 2000):</p> <ul style="list-style-type: none"> . Dans structures de référence publiques, +25.5% en 2001 et +55.3% en 2002 . Dans centres de santé publics, +44.2% en 2001 et +77.1% en 2002 . Aussi augmentations modestes dans structures privées sans but lucratif . Consultations dans centres de santé publics, par catégorie socio-économique : hausse la plus forte = par les plus pauvres . Consultations par âge : dans centres de santé publics, hausse beaucoup plus grande pour les > 5 ans que pour les <5ans. Dans structures de référence publiques, même hausse pour les deux groupes. . Consultations par genre : plus par femmes, inchangé par abolition <p><u>Hospitalisations :</u> Similaires de 2000 à 2002. <u>Soins préventifs (gratuits avant abolition):</u> pas de changement majeur dans consultations prénatales</p>
	Xu et al., 2006	<p>Tendance globale + pour pauvres Données des enquêtes socio-économiques nationales de 1997, 2000 (avant abolition) et 2003 (après) ; enquêtes transversales auprès de 6655, 10691 et 9710 ménages</p> <p><u>Utilisation services de santé parmi les malades</u> (toutes différences entre années sont significatives au niveau de 5%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pauvres : Utilisation services publics stable entre 1997 et 2000, augmente entre 2000 et 2003 (de 23% à 33.7%). Utilisation du privé augmente entre 1997 et 2000, peu ensuite. . Non-pauvres : utilisation services publics similaire dans toutes périodes. Augmentation continue de utilisation privé. <p><u>En contrôlant pour autres variables :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Pauvres : utilisation services publics en légère hausse entre 1997 et 2000 (mais pas significative), forte hausse entre 2000 et 2003 (OR = 2.255, significatif). Entre 2000 et 2003 hausse de utilisation services privés (OR = 1.782, significatif), avec taux d'augmentation plus élevé qu'entre 1997 et 2000. . Non-pauvres : utilisation services publics augmente sur toute la période, mais moins rapidement entre 2000 et 2003. Augmentation d'utilisation des services privés à taux identique dans les 2 périodes.
	Yates et al. 2006	<p>Tendances globales consultations +, hospitalisations =, préventif + <u>Données administratives Ministère santé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Consultations dans structures sanitaires publiques et privées sans but lucratif : dans l'année fiscale 2002-2003 (après abolition), 84% de + que dans l'année fiscale 2000-2001 (avant). . Proportion d'enfants recevant la 3e dose de vaccin DTP (gratuit avant abolition) passée de 48% en 2000-2001 à 84% en 2002-2003. . Hospitalisations : données stables. . Accouchements en milieu de soins : passés de 23% en 2000-2001 à 20% en 2002-2003. <p><u>Village census du Ministère des finances (2002) :</u> Pauvres: préférence accrue pour structures publiques, réduite pour guérisseurs. Riches: préférence réduite pour structures publiques, accrue pour structures privées sans but lucratif.</p>
	Nabyonga-Orem et al. 2008 : pas de données sur utilisation	



Effets sur l'utilisation de services de santé - suite

		Asante et al. 2007 : pas de données sur utilisation
 Ouganda	Bosu et al. 2007	Tendance globale + Données : registres et dossiers médicaux de 21 hôpitaux publics et religieux dans une région de 1e vague d'exemption (12 mois avant et après) et une région de 2e vague (11 mois avant et après) Nombre d'accouchements institutionnels : en hausse de 33.6% dans région 1e vague, de 10.6% dans région 2e vague
	Penfold et al. 2007	Tendance globale + surtout pour femmes peu éduquées, et pauvres Données d'enquête rétrospective auprès de 2922 femmes ayant accouché, dans une région de 1e vague d'exemption (18 mois avant et après) et une région de 2e vague (6 mois avant et après) <u>Proportion d'accouchements en établissement</u> : +12 points dans région 1e vague (de 51.7 à 63.6%), +5 points dans région 2e vague (de 45.6 à 50.6%) <u>Par type d'établissement</u> : Dans les 2 régions, avant et après exemption, type d'établissement le plus utilisé = hôpitaux. Dans région 1e vague, plus forte hausse après exemption = centres de santé (de 13.7% à 22.3% des acc.). Dans région 2e vague, changements modestes. <u>Par type d'accoucheur</u> : Dans région 1e vague, hausse accouchements assistés par sage-femmes (de 49 à 59.7%), baisse symétrique pour accoucheuses traditionnelles. Dans région 2e vague, changements modestes. <u>Par niveau d'éducation</u> : hausse des acc. en établissement pour toutes, sauf femmes sans éducation de région 2e vague. Plus forte hausse dans région 1e vague = femmes sans éducation (+16.4 points); dans région 2e vague = femmes avec éducation primaire (+10.2 points) <u>Par quintile de pauvreté</u> : hausse des acc. en établissement pour tous quintiles dans les 2 régions. Plus forte hausse dans région 1e vague = 2e quintile le plus pauvre (+20.3 points); dans région 2e vague = quintile le plus pauvre (+11.4 points) <u>En contrôlant pour éducation, pauvreté et variation entre clusters</u> : augmentation de la probabilité d'accoucher en établissement, dans région 1e vague OR 1.83 (1.44, 2.32) p<0.001; dans région 2e vague OR 1.34 (1.02, 1.76) p<0.05
	Witter et Adjei 2007	Tendance globale + Données = perceptions de 65 responsables aux niveaux national, région/district et structures sanitaires, dans une région de 1e vague d'exemption (2 ans après implantation) et une région de 2e vague (6 mois après implantation). Augmentation perçue des accouchements assistés d'environ 20 à 500%. Effet positif sur couverture post-natale
	Witter Arhinful Kusi Zakariah-Akoto 2007	Tendance globale + Données = perceptions de 65 responsables aux niveaux national, région/district et structures sanitaires, dans une région de 1e vague d'exemption (2 ans après implantation) et une région de 2e vague (6 mois après implantation). . Hausse des accouchements assistés quand exemption implantée, et baisse quand exemption suspendue. . Augmentation nombre d'interventions complexes : dans un district de la région 1e vague, césariennes = 1.4% des accouchements assistés en 2002, 2% en 2003 et 2.6% en 2004; un hôpital de district rapporte doublement du nombre de césariennes.
	Witter, Kusi, Aikins 2007	Tendance globale +, accoucheuses traditionnelles - Données = perceptions de 374 professionnels de santé et accoucheuses traditionnelles, dans une région de 1e vague d'exemption (2 ans après implantation) et une région de 2e vague (6 mois après implantation). . Majorité des répondants rapporte augmentation du nombre d'accouchements qu'ils réalisent : sage-femmes en pratique publique + 36%, assistants médicaux +33%, médecins et infirmières +27%. Nombre d'accouchements stable pour sage-femmes en pratique privée; en baisse (moins un tiers) pour accoucheuses traditionnelles. . Tous sauf accoucheuses traditionnelles rapportent augmentation nombre de clientes (accouchements et autres). Hausse la plus forte, loin devant les autres, pour sage-femmes en pratique privée (+36%). . 99% des répondants perçoivent qu'avec exemption davantage d'accouchements sont assistés par personnel qualifié, et que exemption a bénéficié aux pauvres
 Afrique du Sud	Bhayat et Cleaton-Jones 2003	Tendance globale + Données des registres de 9 cliniques communautaires (gratuité) et 1 hôpital (payant) dans un township, un an avant et après la mesure de gratuité . Nombre total de consultations : Hausse de 50% en moyenne pour les cliniques (p=0.0001). Hausse de 11% en moyenne (p<0.01) pour l'hôpital, commençant 3 mois après la mesure de gratuité. . Nombre de consultations sans RV (douleur et infections) : Hausse moyenne de 54% dans cliniques, de 7% à l'hôpital . Nombre de consultations avec RV (restaurations, détartrage) : Hausse moyenne de 9% dans cliniques, de 58% à l'hôpital (mais pas significative).
	Walker et Gilson 2004	Tendance globale + Données : perceptions de 113 infirmières travaillant dans un grand township urbain, après la 2e mesure de gratuité Ceux qui ne pouvaient pas payer soins avant, y ont accès depuis gratuité.



Effets sur l'utilisation de services de santé - suite

 Afrique du Sud	Wilkinson et al. 1997 Tendance globale : curatif +, préventif =+ Données des registres d'une clinique mobile (30 mois avant et 18 mois après la 1e mesure de gratuité): . Consultations pour vaccination et suivi de croissance des moins de 6 ans (toujours été gratuites) : pas de changement significatif. . Consultations prénatales : nombre similaire d'enregistrements de nouvelles patientes, mais enregistrement plus tôt pendant la grossesse (en moyenne à 26 semaines vs. 28 avant, $p=0.018$) et nombre de consultations prénatales augmenté de 14.8% ($p<0.05$). . Consultations curatives : +44.7% de nouveaux patients enregistrés et +77.3% de consultations ($p<0.05$). . Enfants référés à l'hôpital : -4.3% (non significatif)
	Wilkinson et al. 1997 Tendance globale curatif +, préventif - (? déjà en baisse avant gratuité) Données des registres d'une clinique mobile de janvier 1992 à mars 1998 (mesures de gratuité = 1994 et 1997) [selon auteurs, mais en réalité c'est 1996] . Services curatifs : sur l'ensemble de la période 1992-1998, hausse importante et soutenue du nombre de nouveaux patients enregistrés ($p=0.0001$) et de consultations ($p=0.0001$). Nombres stables avant la 1e mesure (1994), augmentation rapide après. Tendances : pour nouveaux enregistrements, pentes des lignes de régression sont similaires avant et après 1994 et pas significativement différentes de zéro. Pentes plus abruptes pour consultations. 2e mesure (1998) a eu peu d'effets sur tendances préexistantes. . Prénatal : sur ensemble de la période, baisse graduelle et soutenue (mais pas significative) des nouveaux enregistrements ($p=0.07$) et consultations ($p=0.08$). Probablement accélération de la chute après 2e mesure (valeurs de R^2 plus élevées et statistiquement significatives), mais pas de preuve que cette mesure ait davantage influencé tendances préexistantes. . Vaccination et suivi de croissance des moins de 6 ans (services gratuits): sur ensemble de la période, baisse du nombre de nouveaux enregistrements ($p=0.01$) et de consultations ($p=0.0002$). Augmentation nette du nombre d'enregistrements et consultations suite à la 1e mesure, mais poursuite de la baisse au même rythme ensuite. Pas de preuve que 2e mesure ait influencé tendances préexistantes.
 Kenya	Mwabu et al. 1995 Tendance globale + Données : registres de 32 structures publiques et privées pour une période couvrant 6 mois avant les fees, les 9 mois d'application des fees, et les 7 premiers mois de suspension des fees. Après suspension, consultations dans centres de santé publics augmentent de 41%. Consultations dans dispensaires publics (restées toujours gratuites) augmentent de 4%. Consultations dans secteur privé baissent de 32%.
	Mwabu et Wang'ombe 1997 Tendance globale + Données des registres d'1 hôpital de district et 3 centres de santé publics dans un district, pour une période couvrant 6 mois avant les fees, les 9 mois d'application des fees, et les 7 premiers mois de suspension des fees. Nombre de consultations externes augmente de 30% pendant suspension partielle, par rapport à période d'application des fees. Mais reste inférieur d'environ 20%, au nombre de consultations de période avant fees.
 Madagascar	Fafchamps et Minten 2007 Tendance globale + Données de 138 centres de santé de tout le pays, sur les périodes nov-déc 2001, mai-juin 2002 et nov-déc 2002 (élimination des fees implantée progressivement d'août 2002 à juin 2003) [pas clair si données tirées des registres, ou perception des soignants en nov-déc 2002] <u>Données descriptives :</u> Moyenne mensuelle de consultations en nov-déc 2002 = presque le double de l'année précédente (208 contre 117) Raisons de hausse selon soignants : pour 45%, réduction coût médicaments; pour 31%, abolition frais de consultation (donc 76% au total évoquent abolition) <u>Analyse multivariée :</u> . Abolition associée à +17% de consultations (par rapport aux centres de santé qui maintiennent fees) . En contrôlant pour effets de amélioration post-crise du côté de l'offre (proxy = frigo fonctionnel) et de la demande (proxys = proportion de pauvres dans la commune, et coût transport): abolition associée à +22% de consultations



Ouganda

	Autres effets
Burnham et al. 2004	<p>Perceptions de 73 soignants et 78 comités de gestion, une année après l'abolition</p> <p>Qualité: Sur disponibilité médicaments, contrasté mais plus de réponses positives. Stocks additionnels de médicaments fournis lors de abolition, épuisés 7 mois plus tard.</p> <p>Entretien/propreté des structures moins bon.</p> <p>Charge de travail: Nombre moyen de consultations par soignant : + 46.9% (tous), +19.5% (<5 ans). Réduction voire arrêt de l'activité des comités de gestion.</p> <p>Revenus: Perte des suppléments de salaire pour personnel</p> <p>Satisfaction : Attitude négative du personnel face à son travail depuis abolition</p>
Deininger et Mpuga 2005	<p>Données UNH Surveys 1999-2000 (avant abolition) et 2002-2003 (après), enquêtes transversales sur 10696 et 9711 ménages</p> <p>Dépenses de santé : pour l'ensemble des ménages avec un malade, hausse légère (non significative), de 4.92 à 5 US\$ /mois. Mais baisse pour deux quintiles les plus pauvres (significative au niveau de 1%) et pour second quintile plus riche (significative au niveau de 5%)</p> <p>Résultats de santé : Pas de changement significatif dans incidence maladie. Nombre jours de travail perdus pour maladie passe de 8.3 à 7</p> <p><u>En contrôlant pour autres variables :</u> Probabilité de tomber malade n'a pas baissé pour adultes après abolition, mais n'est plus liée à la richesse; pour enfants <14 ans, propension à tomber malade a diminué de 4.4% et n'est plus liée à la richesse</p> <p>Qualité : Disponibilité médicaments en légère baisse (significative au niveau de 1%), capacité en lits en légère hausse, nombre d'heures d'ouverture / jour inchangé</p> <p>Revenus système de santé : Revenu perdu à cause de abolition, estimé à 3.4 millions US\$/an. Mais gains minimums (revenus qui auraient été perdus pour cause de maladie mais ne l'ont pas été) estimés à 9 millions US\$/an (moitié de ces gains concerne quintile le plus pauvre; deux tiers concernent deux quintiles les plus pauvres)</p>
Kajula et al. 2004	<p>Données = perceptions de 8 communautés (focus groups) et 28 informateurs (soignants ou responsables santé à différents niveaux), après l'abolition</p> <p>Dépenses de santé : Report vers le privé pour achat de médicaments. Cas mentionnés de paiements informels demandés par soignants.</p> <p>Qualité : Problèmes de disponibilité des médicaments, incluant antipaludiques. Nombreux cas de prescriptions incomplètes pour paludisme. Long temps d'attente pour consultations. Attitude désagréable du personnel. Abolition a affecté interventions environnementales (lutte contre vecteurs du paludisme). À certains endroits, activités d'éducation à la santé dans communautés ont été beaucoup réduites.</p> <p>Satisfaction : Utilisateurs contents de l'abolition. Baisse de moral des soignants.</p> <p>Revenus : structures sanitaires incapables d'assumer dépenses récurrentes (achat médicaments, recrutement et motivation du personnel)</p>
Nabyonga et al. 2005	<p>Qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Disponibilité médicaments selon fiches de stocks de 2000 (avant abolition) à 2002 : Nombre de jours de ruptures de stocks augmenté en 2001 par rapport à 2000, puis baisse en 2002 (mais aucune différence significative). . Selon communautés (89 focus groups) et soignants / responsables de santé locaux (603 entrevues), après abolition pas de détérioration dans attitude et disponibilité des soignants et dans propreté/maintenance des structures
Xu et al., 2006	<p>Données des enquêtes socio-économiques nationales de 1997, 2000 (avant abolition) et 2003 (après) ; enquêtes transversales auprès de 6655, 10691 et 9710 ménages</p> <p>Dépenses de santé :</p> <p>Proportion de ménages avec malade, ayant dépenses de santé catastrophiques (toutes différences entre années sont significatives au niveau de 5%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pauvres : baisse 1997-2000 mais hausse 2000-2003 (de 2.35 à 3.11%) [attention, les résultats en contrôlant pour les autres variables sont différents, voir ci-dessous] . Non-pauvres : baisse sur toute la période <p><u>En contrôlant pour autres variables :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Pauvres : incidence dépenses catastrophiques diminue substantiellement et significativement entre 1997 et 2000. Pas de réduction significative entre 2000 et 2003, mais pas non plus de hausse (contrairement aux données descriptives ci-dessus). . Non-pauvres : incidence dépenses catastrophiques en baisse légère et non significative entre 1997 et 2000, relativement grande et significative entre 2000 et 2003 [j'ai l'impression que auteurs intervertissent les données pour les deux périodes?]
Yates et al. 2006	<p>Dépenses de santé : 9% des répondants au Village census du Ministère des finances (2002) disent faire paiements informels dans structures publiques</p> <p>Revenus système de santé : Puisque pas d'introduction graduelle de financement alternatif, pertes de revenu pour les structures sanitaires</p>



Autres effets - suite

 Ouganda	Nabyonga-Orem et al. 2008	<p>Qualité : <u>Fiches de stocks de 85 structures dans 5 districts, années 2000 (avant abolition) à 2003 :</u> . Quantité de médicaments reçue: en hausse après abolition dans structures publiques (mais selon régressions, abolition n'est pas un facteur significatif) . Jours de rupture de stocks : augmentation peu après l'abolition, puis réduction <u>Perceptions communautés (71 focus groups), informateurs-clefs (140 soignants et autorités de santé) et 71 comités de gestion après abolition :</u> . Augmentation progressive de disponibilité médicaments dans années suivant abolition. . Malgré améliorations, moitié des communautés et 1/4 des comités de gestion disent que certains patients ne reçoivent pas médicaments à cause de problèmes de disponibilité. . 80% soignants déclarent retards de livraison médicaments avant ET après abolition. Surtout dans l'année suivant abolition, attribué aux lourdeurs de bureaucratie au niveau district. . Attitude des soignants : en majorité, bonne.</p> <p>Revenus : . Juste après abolition, soignants mentionnent hausse salaire; de moins en moins par la suite. . Suite à abolition, primes de motivation financière disparaissent pour beaucoup de soignants.</p> <p>Dépenses de santé : Quand manque de médicaments, ceux qui ont les moyens (pas les pauvres) se tournent vers le privé</p>
 Ghana	Asante et al. 2007	<p>Données d'enquête rétrospective auprès de 2250 femmes ayant accouché dans 2 régions dans les 18 mois précédant l'enquête. Date avant/après utilisée = date de 2e vague d'exemption</p> <p>Dépenses de santé : <u>Frais d'accouchement</u> [semble exclure médicaments, hospitalisation etc...]: ont baissé de 28.4% pour césariennes, 25.8% pour acc. normaux en centre de santé, 13.7% pour acc. à domicile ou avec accoucheuse traditionnelle <u>Dépenses totales des ménages pour accouchement</u> [incluant transport, cadeaux pour soignants etc]: ont baissé de 21.6% pour césariennes, 18.9% pour acc. normaux en centre de santé, 7.6% pour acc. à domicile ou avec accoucheuse traditionnelle <u>Part des paiements au prestataire</u> (frais d'acc., médicaments, tests labo, hospitalisation etc), dans dépenses totales pour acc. : en baisse. Baisse la plus forte pour césariennes. <u>Part des frais d'accouchement, dans les paiements au prestataire</u>: en baisse, la plus forte= césariennes <u>Dépenses catastrophiques</u>: Baisse d'incidence. Dans quintile le plus pauvre, proportion de ménages ayant dépenses totales pour acc. excédant 2.5% de leur revenu, est passée de 54.54% à 46.38%. <u>Appauvrissement relié aux dépenses totales pour accouchement</u>: Dépenses augmentaient proportion de pauvres de 1.3 points avant exemption, l'augmentent de 2.2 points après. Mais dépenses augmentaient proportion de pauvres extrêmes de 2.5 points avant exemption, de 1.3 points après. <u>Part des dépenses totales pour accouchement, dans le revenu des ménages</u>: En baisse après exemption. Baisse la plus forte pour quintile le plus riche (- 21.51%). Baisse de 13.18% pour quintile le plus pauvre.</p>
	Bosu et al. 2007	<p>Données : registres et dossiers médicaux de 21 hôpitaux publics et religieux dans une région de 1e vague d'exemption (12 mois avant et après) et une région de 2e vague (11 mois avant et après)</p> <p>Résultats de santé : . Ratio de mortalité maternelle en établissement (tous décès maternels): baisse non significative dans région 1e vague, baisse de 36.7% dans région 2e vague (p=0.008). . Ratio de mortalité maternelle en établissement (décès reliés à accouchement): en baisse, mais non significative dans région 1e vague et signification limite dans région 2e vague (p=0.052). En tout cas, pas de hausse. . Pas de tendances claires de différences dans causes des décès maternels avant et après exemption</p>
		<p>Penfold et al. 2007 : pas de données sur autres effets</p>
	Witter et Adjei 2007	<p>Données = perceptions de 65 responsables aux niveaux national, région/district et structures sanitaires, dans une région de 1e vague d'exemption (2 ans après implantation) et une région de 2e vague (6 mois après implantation).</p> <p>Résultats de santé : Femmes se présentent plus tôt, donc plus facile de gérer complications. Effet positif sur mortalité maternelle.</p> <p>Qualité : dans région 1e vague, amélioration qualité des services grâce à disponibilité améliorée des fonds pour achat médicaments (au début)</p> <p>Revenus : . Au début, fonds reçus régulièrement en gros versements: plus facile pour structures que de poursuivre parturientes pour être payé. . À cause de manque et irrégularité du financement, après s'être endettées un moment, certaines structures ont recommencé à faire payer les parturientes.</p> <p>Satisfaction : Colère des parturientes qui ont dû à nouveau payer à certains endroits, soupçonnaient personnel de mauvaise gestion</p>



Autres effets - suite

 Ghana	Witter Arhinful Kusi Zakariah-Akoto 2007	<p>Données = perceptions de 65 responsables aux niveaux national, région/district et structures sanitaires, dans une région de 1e vague d'exemption (2 ans après implantation) et une région de 2e vague (6 mois après implantation).</p> <p>Résultats de santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Femmes se présentent plus tôt, donc gestion plus facile des complications. . Baisse de mortalité maternelle en établissement est mentionnée pour région 1e vague <p>Dépenses de santé : Paiements informels par les parturientes (répandus avant exemption) auraient diminué ou disparu dans région 1e vague; réponses mitigées dans région 2e vague.</p> <p>Qualité: Dans région 1e vague, amélioration qualité des services grâce à disponibilité améliorée des fonds pour achat médicaments (au début)</p> <p>Charge de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> . En hausse, mais soignants arrivent à y faire face. . Pour certaines sage-femmes en pratique privée, baisse de clientèle . Charge de travail accrue pour gestionnaires, car exemption fonctionne comme un programme vertical (canal de financement et de reporting à part) <p>Revenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Soulagement de ne plus devoir poursuivre les 20-25% de parturientes ayant difficultés à payer . Accouchements (procédure coûteuse) rapportaient auparavant une bonne partie du revenu des structures sanitaires. À cause de insuffisance des fonds versés par gouvernement, accumulation de dettes par structures. . Pour certains soignants, perte du revenu tiré des ventes de petit matériel aux parturientes. <p>Satisfaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Responsables de santé ont perception générale positive de la mesure. . Soulagement de ne plus devoir poursuivre les femmes ayant difficultés de paiement, qui étaient souvent détenues, ou que le personnel aidait à payer. . Colère des parturientes qui ont dû à nouveau payer à certains endroits, soupçonnaient personnel de détournements
	Witter, Kusi, Aikins 2007	<p>Données = perceptions de 374 professionnels de santé et accoucheuses traditionnelles, dans une région de 1e vague d'exemption (2 ans après implantation) et une région de 2e vague (6 mois après implantation).</p> <p>Charge de travail:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pour 61% répondants, exemption l'a augmentée. . Seulement 29% (région 1e vague) et 19% (région 2e vague) pensent qu'il y a assez de personnel pour faire face à hausse nombre d'accouchements . 46% sage-femmes en pratique privée et 60% accoucheuses traditionnelles pensent que exemption a réduit leur clientèle <p>Qualité : 76% (région 1e vague) et 59% (région 2e vague) pensent qu'il y a assez de médicaments et consommables pour le nombre accru d'acc.</p> <p>Revenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 88% répondants mentionnent hausse de salaire dans les 2 années passées. Seule baisse de revenu = accoucheuses traditionnelles . 12% des soignants (travaillant dans région 1e vague) reçoivent prime liée à charge de travail pour accouchements. Sage-femmes reçoivent prime la plus élevée (19% de leur salaire de base). . Très peu de soignants répondent à la question sur ventes de petit matériel aux parturientes <p>Satisfaction : Pour 42%, exemption n'a pas changé leur satisfaction professionnelle. Répartition égale des réponses entre amélioration, dégradation et stabilité de leur situation professionnelle.</p>
 Afrique du Sud	et Cleaton-Jones	<p>Données des registres de 9 cliniques communautaires (gratuité) et 1 hôpital (payant) dans un township, un an avant et après la mesure de gratuité</p> <p>Charge de travail : Hausse du ratio patient / soignant (p=0.001)</p>
	Walker et Gilson 2004	<p>Données : perceptions de 113 infirmières travaillant dans un grand township urbain, après la 2e mesure de gratuité</p> <p>Résultats de santé : Gratuité est bonne pour la santé des patients</p> <p>Charge de travail : Accrue selon 85% des infirmières</p> <p>Qualité : À cause de charge accrue, pas possible de remplir correctement les fonctions professionnelles (89%), pas de privacité avec patients (85%), pas assez de temps pour consultations (67%).</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pour 78% des infirmières, gratuité a occasionné manque de ressources médicales comme les médicaments. <p>Satisfaction :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Utilisation accrue des services permet aux infirmières de contribuer à santé de communauté : 59% se sentent plus accomplies. . Mais selon 93%, certains patients abusent de la gratuité (consultent pour motifs futiles). Certaines mentionnent que gratuité devrait être restreinte aux enfants, âgés, malades chroniques; ceux qui peuvent payer devraient le faire. . Quand médicaments manquent, relations difficiles avec patients (soupçonnent soignants de les voler). . Pour 56% des infirmières, mise en oeuvre de la gratuité n'a pas été gratifiante pour elles personnellement. . 70 à 80% considèrent comme impacts importants de la gratuité le fait de se sentir exploitées, surmenées (burnt out), frustrées, de penser à démissionner.
		Wilkinson et al. 1997 : pas de données sur autres effets
		Wilkinson et al. 2001 : pas de données sur autres effets



Autres effets - suite

	Kenya	Mwabu et al. 1995 : pas de données sur autres effets
		Mwabu et Wang'ombe 1997 : pas de données sur autres effets
	Madagascar Fafchamps et Minten 2007	Données de 138 centres de santé de tout le pays, sur les périodes nov-déc 2001, mai-juin 2002 et nov-déc 2002 (élimination des fees implantée progressivement d'août 2002 à juin 2003) [pas clair si données tirées des registres, ou perception des soignants en nov-déc 2002] Qualité : Index de disponibilité des médicaments = 72%, contre 73% pendant crise précédant l'abolition, et 86% avant crise. Problèmes de disponibilité post-crise attribués à hausse du nombre de consultations résultant de abolition, et à mauvaise organisation de distribution des médicaments gratuits.