

Université de Montréal

**Supprimer les paiements directs des soins en Afrique  
subsaharienne : débat international, défis de mise en œuvre  
et revue réaliste du recours aux soins**

par  
Émilie Robert

École de santé publique de l'Université de Montréal

Thèse présentée à l'École de santé publique de l'Université de Montréal  
en vue de l'obtention du grade de doctorat en santé publique  
option Organisation des soins

janvier, 2015

© Émilie Robert, 2015





## Résumé

Payer ses soins est une réalité coûteuse pour les usagers des services de santé en Afrique subsaharienne. Plusieurs pays suppriment donc certains types de paiements directs des soins au point de service, en instaurant des politiques d'exemption des paiements (PEP). Cette thèse explore trois enjeux majeurs soulevés par ces réformes.

Le premier article analyse le positionnement des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu. Cette étude documentaire montre que la majorité des acteurs s'exprime en défaveur des paiements directs en invoquant notamment leurs effets néfastes sur l'équité d'accès aux soins.

Le second article met en lumière les effets perturbateurs des PEP sur les systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu. Cette synthèse exploratoire indique que leur mise en œuvre perturbe les systèmes de santé de plusieurs manières : augmentation immédiate de l'utilisation des services gratuits, indisponibilité des médicaments, financement imprévisible et insuffisant, multiplicité des organes impliqués dans la mise en œuvre, et déficiences dans la planification et la communication.

Le troisième article examine la manière dont les PEP influencent le recours aux soins des usagers. La revue réaliste a permis de développer une théorie qui explique ce processus, et de la mettre à l'épreuve d'études empiriques. Selon cette théorie, les PEP sont une ressource contribuant à renforcer le pouvoir d'agir des usagers. Ce pouvoir d'agir est également influencé par des facteurs structurels, locaux et individuels qui agissent sur la « capacité » des usagers de se saisir de cette ressource, et de choisir de recourir aux services de santé gratuits. Trois mécanismes jouent un rôle essentiel dans ce choix : la confiance, l'acceptabilité, et la reconnaissance du risque.

Cette thèse contribue au développement des connaissances empiriques sur une réforme majeure des systèmes de santé en Afrique subsaharienne. Elle apporte également des enseignements méthodologiques à la revue réaliste, et participe à la construction du champ de la recherche sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenu.

**Mots-clés** : politiques d'exemption des paiements directs; Afrique subsaharienne; gratuité des soins; santé mondiale; acteurs de la santé mondiale; revue réaliste; accès aux soins; systèmes de santé; recherche sur les politiques et systèmes de santé

## **Abstract**

The cost of health care is a significant expense for populations in sub-Saharan Africa, and one which many cannot afford. That is why several countries eliminate health user fees for certain population groups, or for basic health care for all, through user fee exemption policies (UFEP). This thesis examines three critical issues raised by these policies in sub-Saharan Africa.

The first article analyzes global health actors' positions on health user fees in low- and middle-income countries. This documentary study shows that the majority of actors is no longer in favor of user fees, and they justify their stance by pointing out the inequitable impacts of user fees on access to health care.

The second article highlights the disruptive effects of UFEP on health systems of low- and middle-income countries. This scoping study indicates that removing user fees disrupts health systems in many ways: immediate increase in service utilization; unavailability of drugs; unpredictable and insufficient funding; multiplicity of actors involved in the implementation process; and deficiencies in planning and communication.

The third article explores how UFEP influence health care seeking practices. This realist review supported the development of a theory to illuminate this process. According to this theory, free care at the point of service is a resource that empowers users of health services. Empowerment of users is also influenced by several structural, local, and individual factors that affect their capabilities to take advantage of this opportunity, and to choose to seek free care. Primary studies were searched to test the theory. The revised theory incorporates three mechanisms that come into play in users' choice to seek health care: trust, acceptability, and acknowledgement of risk.

This thesis provided new empirical evidence on a major health system reform in sub-Saharan Africa. It also led to methodological developments for doing realist review, and contributed to building the emerging field of health policy and systems research.

**Keywords** : user fee exemption policies; Sub-Saharan Africa; free care; global health; global health actors; health systems; realist review; access to health care; health-care seeking behaviour; health policy and systems research

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 1 – État des connaissances</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Du ticket modérateur, ou paiement direct, au retour à la « gratuité » des soins</b>	<b>6</b>
<b>1.2. La recherche sur les politiques et systèmes de santé (RPSS) dans les pays à faible et moyen revenu</b>	<b>11</b>
1.2.1. La naissance d'un nouveau champ de recherche en santé mondiale	11
1.2.2. Les principes fondateurs de la RPSS	15
<b>1.3. L'étude des politiques d'exemption des paiements directs</b>	<b>23</b>
<b>1.4. L'approche réaliste pour l'évaluation des interventions sociales complexes (Article 1A)</b>	<b>29</b>
1.4.1. Comprendre et analyser les interventions sociales et complexes	32
1.4.2. Le réalisme critique, une branche du post-positivisme	36
1.4.3. Causalité, mécanisme et mode de raisonnement	38
1.4.4. Théories et approche réaliste	42
<b>Chapitre 2 – Démarche scientifique, objectifs et méthodes de recherche</b>	<b>47</b>
<b>2.1. Démarche scientifique</b>	<b>48</b>
<b>2.2. Objectifs de recherche</b>	<b>51</b>
<b>2.3. Méthodes de recherche</b>	<b>53</b>
<b>Chapitre 3 – Résultats</b>	<b>55</b>
<b>3.1. Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study (Article 2)</b>	<b>57</b>
3.1.1. Background	65
3.1.2. Methods	67
3.1.3. Results	74
3.1.4. Discussion	85



3.1.5. Conclusion	94
Bibliography	95
Additional file 1	106
Additional file 2	116
<b>3.2. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems</b>	
<b>(Article 3)</b>	<b>125</b>
3.2.1. Background	131
3.2.2. Methods	133
3.2.3. Results	135
3.2.4. Discussion	144
3.2.5. Conclusion	148
Bibliography	149
<b>3.3. Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : une revue réaliste</b>	
<b>(Article 4)</b>	<b>154</b>
3.3.1. Introduction	158
3.3.2. Méthode	160
3.3.3. Résultats	169
3.3.4. Discussion	206
3.3.5. Conclusion	222
<b>Chapitre 4 – Discussion</b>	<b>242</b>
<b>4.1. Enseignements tirés des résultats et de la démarche scientifique</b>	<b>243</b>
4.1.1. Synthèse des résultats et pistes d'action et de recherche	243
4.1.2. Les apports des principes fondateurs de la RPSS pour l'étude des politiques d'exemption des paiements directs des soins et l'avancement du champ	246
<b>4.2. Les défis de l'opérationnalisation des concepts de l'approche réaliste</b>	
<b>(Article 1B)</b>	<b>256</b>
4.2.1. Comprendre et opérationnaliser le concept de mécanisme	258
4.2.2. Distinguer les différents niveaux d'analyse	261
4.2.3. Délimiter la question de recherche pour la revue réaliste	265

<b>4.3. Limites de la recherche : le risque du chercheur dans sa « tour d’ivoire »</b>	<b>268</b>
4.3.1. Une présence limitée sur le terrain	269
4.3.2. La faible implication des parties prenantes dans la revue réaliste	273
<b>Conclusion</b>	<b>280</b>
Annexe 1 – Protocole de recherche de la revue réaliste	i
Annexe 2 – Certificat d’éthique pour la revue réaliste	xxx
Annexe 3 – Mixed Methods Appraisal Tool pour l’évaluation de la qualité des études de la revue réaliste	xxxii
Annexe 4 – Canevas pour la description et l’évaluation de la qualité des études de la revue réaliste	xxxiv
Annexe 5 – Évaluation de la qualité (pertinence et rigueur) des études de la revue réaliste	xl
Annexe 6 – Description détaillée des études incluses dans la revue réaliste	lv
Annexe 7 – Objectifs de l’atelier organisé au Burkina Faso en juin 2010	lxvi

## Liste des tableaux

Tableau I – La « <i>check-list</i> de la complexité » et l'exemple des PEP, adapté de Pawson (2013) et Ridde, Robert, et al. (2011).....	34
Tableau II – Le réalisme critique dans la philosophie des sciences, adapté de Guba et Lincoln (1994).....	36
Tableau III – Description des articles de la thèse .....	56
Tableau IV – Critères d'inclusion et d'exclusion de la revue réaliste .....	165
Tableau V – Opérationnalisation des facteurs de conversion pour l'accès aux soins, adapté de Frediani (2010).....	176
Tableau VI – Politiques d'exemption des paiements directs incluses dans la revue réaliste .	181
Tableau VII – Évaluation de la qualité de la revue réaliste .....	220
Tableau VIII – Apports des principes fondateurs de la RPSS mobilisés dans la thèse pour l'étude des PEP en Afrique subsaharienne et pour le développement de la RPSS.....	254

## List of tables

Table I – Categorization of GHAs .....	69
Table II – Description of the documents included in the study .....	76
Table III – Distribution of GHAs according to their position in the health user fee debate.....	79
Table IV – Distribution of GHAs according to the nature of their arguments .....	83
Table V – The six building blocks of a health system. Source: World Health Organization (2007).....	134
Table VI – Description of the articles included in the review (n = 23; 1988 to 2009).....	136
Table VII – Pressures mentioned in the literature by country, health system functions, and authors (1988 to 2009).....	141
Table VIII – Synthesis of pressures mentioned in the literature (1988 to 2009).....	145

## Liste des figures

Figure 1 - Une illustration du modèle socioécologique .....	33
Figure 2 – Interaction du contexte et de l’intervention pour déclencher le mécanisme, adapté de Pawson (2006).....	39
Figure 3 – Le raisonnement réductif ou abduction.....	41
Figure 4 – Positionnement des concepts de l’approche réaliste sur l’échelle de l’empirie et de l’abstraction, adapté de Pawson et Tilley (1997, p. 121).....	44
Figure 5 – Illustration de la démarche scientifique et des principes fondateurs de la RPSS utilisés dans la thèse.....	52
Figure 6 – Decision tree to classify GHAs according to their stance on the issue of user fees	72
Figure 7 – Selection process of the documents.....	75
Figure 8 – Distribution of GHAs by year of publication of documents .....	77
Figure 9 – Stratégie « boule de neige » de sélection des études sur l’accès ou le recours aux soins dans le contexte des PEP .....	166
Figure 10 – Conséquences de l’instauration des paiements directs des soins pour les populations.....	170
Figure 11 – Modélisation de la logique générique d’intervention des PEP.....	172
Figure 12 – Modélisation réaliste de la théorie de moyenne portée initiale .....	177
Figure 13 – Sélection des articles inclus dans la revue réaliste .....	180
Figure 14 – Théorie réaliste du recours aux soins de santé .....	217
Figure 15 – L’aspect gigogne de la configuration C-M-E.....	262

## Liste des abréviations

C-M-E	Contexte-Mécanisme-Effet
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEP	Politique d'exemption des paiements directs des soins
PFMR	Pays à faible et moyen revenu
RPSS	Recherche sur les politiques et systèmes de santé
TMP	Théorie de moyenne portée

*Au Dr. Frédéric Tissot et au Dr. Kayhan Natiq,  
pour m'avoir conduite, chacun à leur manière,  
sur les chemins de la santé publique  
et de la thèse de doctorat*



## Remerciements

Vous êtes nombreux à savoir la route qu'il m'a fallu parcourir, de Kaboul à Montréal, en passant par Islamabad et New York. Rien n'arrive par hasard.

Tout au long de ce parcours, votre soutien, vos encouragements, votre présence m'ont été plus que précieux. Ces remerciements ne sont que l'expression formelle de l'amour et de l'amitié que je porte à chacun d'entre vous. Vous savez à quel point vous comptez.

À mes parents qui m'ont inculqué la persévérance et les valeurs d'équité et de justice sociale qui me guident aujourd'hui,

À mes deux confidents, mes frères de cœur, les 'piliers' de ma vie montréalaise,

À mes 'BBC' dont l'énergie, le courage et l'intelligence m'ont permis de me dépasser,

À mes collègues, et néanmoins amis, qui connaissent ce parcours aussi bien que moi, qui en ont partagé les doutes, les convictions, et les apprentissages,

À mes 'Chicks' dont les 'tips' ont égayé mon quotidien, mes soirées et mes fins de semaine,

À mes amies proches qui m'ont écoutée, conseillée, et portée sur le chemin,

À mon directeur, enfin, pour sa confiance, son soutien infaillible, et ses précieux enseignements,

Valéry, Florence, Sonia, Maria-José, Naira, Catherine P., Oumar, Loubna, Catherine J.,  
Maryline, Marie, Thierry, Pascal, Mum & Michel de Caurel,

MERCI



Professionnellement et humainement, je dois également beaucoup à mes collègues du *Groupe étudiant de réflexions sur les politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest*, et du programme *Santé-Cap*, pour avoir stimulé mes idées, élargi mes perspectives, et enrichi mes réflexions.

Ma thèse de doctorat n'aurait pu être possible sans le concours financier de mon directeur de recherche, ainsi que de plusieurs institutions québécoises et canadiennes : le Fonds de recherche du Québec – Société et culture, le Programme de formation à la recherche en santé mondiale (Santé-Cap), le Centre de recherche du CHUM, l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, et les Instituts de recherche en santé du Canada.

Je souhaite terminer ces remerciements par un clin d'œil particulier à mon frère et aux membres de la tribu Robert-Hugon-Chaput.





## Introduction

À l'échéance des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), et alors que le développement durable tient le haut du pavé à l'agenda post-2015 (Groupe de personnalités de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015, 2014), l'Afrique subsaharienne cumule encore et toujours les indicateurs de développement parmi les plus faibles. En 2013, dix-sept pays de la région, dont le Niger, le Mali et le Burkina Faso, clôturent le classement des pays selon l'indice de développement humain (Programme des Nations Unies pour le développement, 2014). Les indicateurs de santé ne sont guère plus reluisants. Sans revenir sur le succès mitigé des OMD liés à la santé (OMD 4, 5 et 6) (Cohen et al., 2014), on note que l'Organisation mondiale de la santé (2014) estime le ratio de mortalité maternelle à 500 pour 100 000 naissances vivantes dans la région africaine de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2013, tandis qu'il est estimé à 68 dans la région OMS des Amériques. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est également très élevé : il est estimé à 95 pour 1 000 naissances vivantes dans la région africaine de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2014).

Améliorer l'accès aux soins permettrait de diminuer la mortalité maternelle (Gabrysch & Campbell, 2009), ainsi que celle des enfants de moins de 5 ans (Rutherford, Mulholland, & Hill, 2010) dans ces pays. En effet, l'accès aux soins est un déterminant important de la santé des populations (Marmot et al., 2008; Wagstaff, 2002). Or, à ce titre également, les pays d'Afrique subsaharienne sont peu performants. Par exemple, sur la période 2006-2013, dans la région africaine de l'OMS, seuls 48% des naissances étaient assistées par du personnel qualifié (Organisation mondiale de la santé, 2014). Les inégalités d'accès y sont particulièrement criantes. Une étude de Bonfrer, van de Poel, Grimm, et Van Doorslaer (2014) basée sur des données de 2003 montre à quel point la distribution de l'utilisation des services de santé est déconnectée des besoins des populations, et reflète le gradient socioéconomique qui existe dans ces pays.

De nombreuses disparités caractérisent l'accès aux soins, telles que le niveau d'éducation, la situation géographique (urbain / rural), le genre, etc. (Bonfrer et al., 2014; Ensor & Cooper, 2004; Say & Raine, 2007; Sen & Ostlin, 2008). Néanmoins, ce sont les inégalités économiques qui semblent contribuer le plus aux inégalités d'accès aux soins (Bonfrer et al., 2014; Macha et al., 2012). Un des enjeux majeurs est en effet le coût associé à l'utilisation des services de santé, qui constitue une des barrières principales à l'accès aux soins. Les paiements directs des soins, c'est-à-dire les frais médicaux dont les usagers doivent s'acquitter au point de service, y contribuent significativement. En 2005, James, Morris, Keith, et Taylor (2005) estiment ainsi que l'élimination de ces paiements directs permettrait de sauver chaque année la vie d'environ 233 000 enfants de moins de cinq ans dans 20 pays d'Afrique. En outre, alors que la plus grande partie de la population vit avec moins de deux dollars par jour (The World Bank, 2014), les dépenses de santé peuvent rapidement faire basculer les ménages dans la pauvreté (McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006; Whitehead, Dahlgren, & Evans, 2001).

Les politiques d'exemption des paiements directs (PEP) visent à faire tomber une partie de cette barrière financière à l'accès aux soins et à limiter l'appauvrissement des ménages, en assurant la gratuité des services, pour certaines populations (p. ex. femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans), ou certains soins (p. ex. soins de santé primaires). Elles existent dans plus d'une quinzaine de pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Afrique de l'Ouest (Robert & Samb, 2012), et ont déjà fait couler beaucoup d'encre. D'abord, l'instauration des paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu (PFMR) et le mouvement d'abolition qui l'a suivie ont entraîné de vifs débats parmi les acteurs de la santé mondiale (Gilson & McIntyre, 2005; Yates, 2009). Ensuite, les PEP ont entraîné des changements substantiels dans des systèmes de santé affaiblis par plusieurs décennies de réformes (Gilson & Mills, 1995) et des problèmes de financement récurrents (Rannan-Eliya, 2009). Plusieurs études ont mis le doigt sur les difficultés de mise en œuvre des PEP dans ce contexte (Maluka, 2013; Ridde, Kouanda, Yameogo, Kadio, & Bado, 2013; Witter, Dieng, Mbengue, Moreira, & De Brouwere, 2010). Enfin, et paradoxalement, d'autres études sur l'utilisation des services de santé gratuits en soulignent le succès (Ridde & Morestin, 2011), posant la question de l'expérience du recours aux soins des usagers bénéficiaires des PEP.

Ces enjeux mettent en évidence la multiplicité des angles d'analyse selon lesquels les PEP peuvent être appréhendées. Or, rares sont les recherches qui explorent une politique publique de santé sous différents angles. En effet, le champ de la recherche sur les politiques et systèmes de santé (RPSS), dans lequel s'inscrit cette thèse, est caractérisé par sa diversité, sa fragmentation, et sa tendance à se concentrer sur des expériences nationales (Gilson & Raphaely, 2008; Walt & Gilson, 1994), au détriment de l'utilisation d'approches holistique, systémique, et comparative. Dans cette perspective, les PEP offrent un terrain de recherche propice à la fois à l'exploration d'une politique publique de santé sous de multiples angles, et au développement du champ de la RPSS.

L'objectif de cette recherche doctorale est donc double. Il s'agit d'abord d'explorer les PEP à partir de l'étude de trois enjeux spécifiques : le débat international sur les paiements directs des soins et leur abolition dans les PFMR, les défis de mise en œuvre des PEP et leurs effets perturbateurs sur les systèmes de santé des PFMR, et les expériences de recours aux soins des usagers bénéficiaires des PEP en Afrique subsaharienne. Il s'agit également de contribuer à la construction du champ de la RPSS, en adoptant une démarche réflexive explicite et en tirant des enseignements pour la RPSS.

La thèse est organisée en quatre chapitres. Le premier dresse un état des connaissances sur les thèmes transversaux de cette recherche doctorale. D'abord, l'apparition des PEP dans les PFMR est remise en contexte. Ensuite, le champ de la RPSS et les principes de recherche qui le fondent sont présentés. À la lumière de ces principes, la manière dont sont étudiées les PEP est subséquentement analysée. Enfin, un dernier sous-chapitre explicite les concepts d'une approche novatrice d'évaluation, l'approche réaliste, et montre sa pertinence pour évaluer des interventions sociales complexes, telles que les PEP (Article 1A)<sup>1</sup>. Le second chapitre de la thèse présente la démarche scientifique de la recherche doctorale, et énonce les objectifs et les méthodes de recherche. Dans le troisième chapitre, les résultats de recherche, correspondant à l'étude des trois enjeux spécifiques mentionnés plus haut, sont rapportés sous la forme de deux articles scientifiques (Articles 2 et 3) et d'un sous-chapitre, que nous nommerons *article* par

---

<sup>1</sup> L'Article 1A et l'Article 1B correspondent aux deux parties d'un article scientifique qui a été scindé dans le cadre de cette thèse, afin d'en respecter la cohérence interne.

commodité de langage (Article 4). Enfin, le quatrième chapitre présente les enseignements tirés des résultats et de la démarche scientifique. Cette dernière section aborde également les leçons méthodologiques apprises dans le cadre de l'utilisation des concepts de l'approche réaliste (Article 1B). Le chapitre se termine par une réflexion sur les limites de la recherche doctorale. Une conclusion clôture la thèse.

# Chapitre 1 – État des connaissances

L'état des connaissances est divisé en quatre sous-chapitres.

Le premier rappelle le contexte dans lequel les politiques d'exemption des paiements directs des soins sont apparues dans les pays à faible et moyen revenu.

Le second présente le champ de la recherche sur les politiques et systèmes de santé, et les principes qui le fondent.

À la lumière de ces principes, le troisième sous-chapitre brosse un portrait de l'étude des politiques d'exemption des paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu.

Enfin, le quatrième sous-chapitre explicite les concepts de l'approche réaliste, une approche d'évaluation novatrice, et tâche d'en montrer la pertinence pour évaluer les politiques d'exemption des paiements directs des soins, en tant qu'interventions sociales complexes.



## **1.1. Du ticket modérateur, ou paiement direct, au retour à la « gratuité » des soins**

Une des fonctions essentielles du système de santé est son financement (World Health Organization, 2007). Selon Rannan-Eliya (2009) :

« Le financement de la santé comprend non seulement les processus permettant de mobiliser le financement, mais aussi la manière dont les fonds sont canalisés et appliqués pour obtenir des services sanitaires » (Rannan-Eliya, 2009, p. 75)

Divers mécanismes existent pour financer le système de santé. Dans le contexte des pays d'Afrique subsaharienne, Gilson et Mills (1995) en recensent trois principaux utilisés dans les années 1980-1990 : les systèmes nationaux de paiements directs des soins, les stratégies de financement communautaire, et l'assurance sociale. Le paiement direct des soins, appelé également ticket modérateur, est défini ainsi par McIntyre (2007) :

« Paiement direct effectué par un patient individuel à un prestataire de santé qui est différent des paiements réalisés par un régime d'assurance maladie ou à partir des ressources publiques » (p.xi) (McIntyre, 2007)

Au cours de la décennie 1980, les gouvernements africains recoururent aux paiements directs pour deux raisons majeures : augmenter leurs revenus, et améliorer la disponibilité des médicaments. En effet, la crise économique du début de la décennie heurta violemment les pays d'Afrique dont la dette publique croissait, et dans lesquels le secteur public de la santé était confronté à de graves problèmes de sous-financement (Lambo & Sambo, 2003; Paganini, 2004; Peabody, 1996). Les gouvernements entreprirent donc de réformer leurs systèmes de santé, et notamment leur financement.

Ces réformes visaient à : 1) augmenter les fonds disponibles pour le secteur de la santé; 2) améliorer la qualité et la couverture des soins; 3) permettre une redistribution des taxes en faveur des plus pauvres en s'assurant que les plus riches contribuent aux coûts de leurs propres soins; 4) améliorer les modes d'utilisation des services en limitant l'utilisation excessive ou « frivole » inutile; 5) modifier le comportement du personnel de santé en leur faisant prendre

conscience des coûts que les usagers doivent supporter, et donc du besoin de les minimiser et d'attirer davantage d'usagers face à la concurrence d'autres formes de services de santé (Gilson & Mills, 1995). Elles étaient largement inspirées des principes de la Nouvelle Gestion Publique, dont l'objectif était d'améliorer les performances de l'appareil étatique par l'application des principes des marchés privés (de Visscher & Varone, 2004).

C'est dans ce contexte que naquit l'Initiative de Bamako en 1987. Son but était d'améliorer l'accès aux services de santé primaires et aux médicaments essentiels, dans la lignée des engagements de la Conférence d'Alma Ata de 1978 ("Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978," 1978). Promue par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'OMS, elle puisait son inspiration dans un rapport de de Ferranti publié en 1985, qui mettait en exergue les différents problèmes auxquels faisaient face les pays à faible et moyen revenu (PFMR) pour financer leur système de santé (de Ferranti, 1985a).

Dans son rapport, de Ferranti identifie trois problèmes majeurs : un manque d'efficacité des systèmes de santé, notamment dans l'allocation de leurs ressources, un problème d'équité, notamment dans la répartition des ressources entre zones urbaines et zones rurales, et un problème de qualité des services dû au sous-financement du secteur de la santé. À titre d'illustration, en 1985, le Zaïre (actuelle République démocratique du Congo) dépensait dans la santé moins de US\$1 par habitant, le Burkina Faso environ US\$4 et le Mali moins de US\$2 (Vogel, 1993). Les services publics de santé étaient désertés par les usagers : ceux qui en avaient les moyens se tournaient vers les services privés, tandis que les plus pauvres n'accédaient plus que rarement aux soins de santé et faisaient face à des dépenses catastrophiques (Audibert, Mathonnat, & de Roodenbeke, 2004).

Face à ces constats, de Ferranti (1985b) évoque la participation financière des usagers aux coûts des soins de santé comme l'une des solutions. La tarification des soins de santé aux usagers apparaissait en effet comme le moyen le plus sûr d'assurer une partie du recouvrement des coûts du système de santé, de pallier la sous-utilisation des services de santé et de garantir l'efficacité des dépenses tout en préservant l'équité :

« The main goals of user fees are to mobilize revenues, promote efficiency, foster equity, increase decentralization and sustainability, and foster private sector development » (Shaw & Griffin, 1995)

L'efficacité devait être garantie par la décentralisation de la gestion des dépenses, confiée à des comités sur la base de la participation communautaire des populations, tandis que l'équité était assurée par la mise en place de mécanismes d'exemption :

« [...] revenues from user fees could be used to subsidise those least able to afford care. Exemptions schemes were proposed to get round the difficulty of poor people not being able to afford essential services. » (Whitehead et al., 2001, p. 833)

Selon Paganini (2004), l'Initiative de Bamako était présentée par son promoteur, James P. Grant, comme un moyen de garantir un ensemble de services de santé primaires face au vent de réformes structurelles et des moyens de plus en plus limités des systèmes de santé. Elle devait permettre de rediriger vers le secteur public les dépenses engagées par les ménages pour obtenir des soins dans les secteurs privés et informels.

En effet, lorsque l'Initiative de Bamako voit le jour, le paiement des soins par les usagers n'est pas nouveau dans les PFMR. Face aux difficultés des gouvernements à financer des services de qualité, les patients se dirigeaient souvent vers les centres de santé privés où les soins étaient payants, ou se trouvaient confrontés à des dépenses informelles de soins (Audibert et al., 2004). Toutefois, l'Initiative de Bamako donne un visage nouveau au système de santé en promouvant officiellement les paiements directs des soins dans les structures publiques, dans des pays où prédominait jusqu'alors la gratuité des soins (Audibert et al., 2004), héritage social colonial (Tizio & Flori, 1997).

L'Initiative de Bamako fut rapidement adoptée par de nombreux pays africains, comme le Kenya et la Zambie en 1989, ou encore le Togo en 1991 (Nolan & Turbat, 1995), ainsi que certains pays d'Asie (Birmanie, Vietnam, Cambodge) et d'Amérique latine (Pérou) (Deschamps, 2000). Ils étaient soutenus dans leur démarche par certaines organisations internationales, dont la Banque Mondiale et le Fonds monétaire international. À cette époque, la scène de la santé internationale subissait des transformations importantes, inhérentes à la

place grandissante de la Banque Mondiale dans ce secteur. Comme le montrent plusieurs auteurs (Fournier, Haddad, & Mantoura, 2001; Lee & Goodman, 2005; Serre & Pierru, 2001), l'institution de Bretton Woods acquérait progressivement une légitimité importante dans le secteur de la santé, symbolisée par deux rapports consacrés à la santé et publiés par l'institution en 1987 et 1993 (World Bank, 1987, 1993). Ainsi, même si la Banque Mondiale n'était pas partie prenante dans l'Initiative de Bamako, les politiques d'ajustement structurel qu'elle menait dans les PFMR depuis le début des années 1980 et qui visaient à réduire les dépenses publiques dans les secteurs sociaux contribuèrent à l'expansion de l'Initiative de Bamako.

Malgré ces réformes, les problèmes de financement des systèmes de santé persistent. Rannan-Eliya (2009) explique qu'ils contribuent au retard accumulé par les PFMR pour atteindre les OMD 4 et 5. Selon lui, les raisons de ce retard sont au nombre de quatre :

- « - un financement inadéquat de la santé dans de nombreux pays;
- un financement de la santé et des systèmes de prestation inefficaces et inefficaces qui donnent lieu à des insuffisances significatives entre ce qui est réalisé et ce qui serait potentiellement réalisable moyennant le financement disponible;
- une absence d'intégration entre le financement des programmes verticaux et horizontaux, ce qui met les ressources en concurrence et sape les stratégies nationales; et
- une absence d'informations sur ce que les pays connaissent du fonctionnement de leurs systèmes de santé et des solutions possibles. »

(Rannan-Eliya, 2009, pp. 68-69)

Parallèlement, la mise en place des paiements directs ne s'est pas systématiquement accompagnée d'une amélioration de l'utilisation des services publics de santé (Gilson, 1997; James et al., 2006; Lagarde & Palmer, 2011; Pearson, 2004). Par exemple, en République démocratique du Congo, Haddad et Fournier (1995) montrent qu'entre 1987 et 1991, l'utilisation des services de santé diminua de 40%, du fait notamment de l'introduction des paiements directs, et ce malgré l'amélioration de la qualité des services. En Tanzanie, Hussein et Mujinja (1997) estiment à plus de 50% la baisse de l'utilisation des services ambulatoires dans les hôpitaux de districts publics après la mise en place des paiements directs. De plus, le caractère inéquitable du ticket modérateur est largement dénoncé, au même titre que son

inefficience (Russell & Gilson, 1997; Yates, 2009), rejoignant les constats posés par Evans et ses collègues en 1993 au Canada (Evans, Barer, & Stoddart, 1993; Stoddart, Barer, Evans, & Bhatia, 1993).

En 1994, l’Afrique du Sud décida d’abolir les paiements directs des soins pour les enfants de moins de six ans et les femmes enceintes dans les cliniques et hôpitaux publics. Plusieurs pays d’Afrique subsaharienne lui emboîtèrent le pas tout au long de la décennie 2000, tels que la Sierra Leone, l’Ouganda et le Sénégal. Ce sont maintenant plus d’une quinzaine d’entre eux qui ont restauré ce que l’on appelle communément la « gratuité » des soins, par la mise en place de politiques d’exemption, au moins pour certains services de santé ou certaines catégories de populations (Robert & Samb, 2012).

En 2008, à l’occasion du G8 de Hokkaido, un rapport du *Groupe de travail sur l’action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé* revient sur les options financières qui se présentent aux PFMR pour atteindre les OMD 4 et 5 (Rannan-Eliya, 2009) : le service national de santé financé par l’impôt, l’assurance médicale et sociale, l’assurance santé basée sur les communautés, et l’assurance santé privée et volontaire. Le ticket modérateur, ou paiement direct des soins, n’est plus présenté comme une alternative. Il est, au contraire, désigné comme l’option la moins désirable, à remplacer par d’autres instruments de financement.

Les politiques d’exemption des paiements directs se sont progressivement imposées dans le panorama des politiques publiques de santé mises en œuvre en Afrique subsaharienne. Elles ont longtemps dominé les débats sur la problématique du financement de la santé et de l’accès aux soins dans les PFMR (World Health Organization, 2010), débats alimentés par une multitude d’études scientifiques. Le thème de la couverture universelle en matière de santé semble désormais les y avoir supplantées. Elles sont toutefois toujours en vigueur et certains les considèrent même comme une étape sur le chemin de l’universalisation de la couverture en santé (Meessen, 2013b; Ridde & Queuille, 2010; Yates, 2009).

## **1.2. La recherche sur les politiques et systèmes de santé (RPSS) dans les pays à faible et moyen revenu**

### **1.2.1. La naissance d'un nouveau champ de recherche en santé mondiale**

Il existe plusieurs définitions d'un système de santé. Les deux plus couramment utilisées sont celle de Roemer et, plus récemment, celle de l'OMS. Elles sont les suivantes :

« the combination of organisation, financing and management that culminate in the delivery of health services to the population » (Roemer (1991), cité par Wegman (1992, pp. 242-243))

« All the organisations, institutions and resources that are devoted to producing health actions. A health action is defined as any effort, whether in personal health care, public health services, or through intersectoral initiatives, whose primary purpose is to improve health. » (World Health Organization, 2000, p. xi)

On peut sans doute mettre en corrélation le nombre de ces définitions avec celui des cadres existants pour comprendre et analyser le système de santé. Plusieurs auteurs ont tenté de les classer; c'est le cas de van Olmen et al. (2010), de Shakarishvili et al. (2011), et de Hoffman et al. (2012). Selon van Olmen et al. (2010), certains cadres sont descriptifs, tandis que d'autres offrent des lignes directrices pour l'action et sont donc plus prescriptifs. Les auteurs les classent en deux catégories : d'une part, les cadres exhaustifs qui permettent une analyse au niveau national et s'attachent généralement aux mécanismes de financement et de régulation, d'autre part, les cadres qui s'intéressent uniquement à un « sous-système » ou à un niveau du système de santé.

Ayant pour ambition d'harmoniser les cadres existants afin de mieux cerner le champ de la recherche sur le renforcement des systèmes de santé, Shakarishvili et al. (2011) posent, quant à eux, trois constats : 1) de manière générale, les cadres proposés s'entendent sur les quatre objectifs du système de santé, à savoir améliorer la santé, protéger des risques financiers liés à la maladie, s'adapter aux besoins et satisfaire les attentes des usagers; 2) il convient de distinguer les activités et investissements qui contribuent à renforcer le système de

santé, et ceux qui contribuent à améliorer les résultats de santé; 3) une distinction doit également être faite entre les composantes opérationnelles (p. ex. le financement) et conceptuelles (p. ex. l'équité) du système de santé. Enfin, Hoffman et al. (2012) recensent, pour leur part, 41 cadres d'analyse du système de santé. Ils distinguent ceux qui sont descriptifs de ceux qui se veulent interactifs, et opèrent une classification selon quatre objectifs : comprendre le système de santé, comparer les différents systèmes, les évaluer, et guider le changement.

Parallèlement à ce champ de recherche relativement techniciste, le domaine de l'étude des politiques publiques de santé se développe. Une politique publique est :

« a purposive course of action followed by an actor or a set of actors in dealing with a problem or a matter of concern » (Anderson (1984, p. 3), cité par Bernier et Clavier (2011))

Cette définition montre l'aspect processuel de l'action publique et le rôle prépondérant des acteurs dans ce processus. Dans le domaine de la santé, Buse, Mays, et Walt (2005) proposent la définition suivante d'une politique de santé :

« courses of action (and inaction) that affect the sets of institutions, organizations, services and funding arrangements of the health system » (Buse et al., 2005, p. 6).

Cette définition fait le lien entre la recherche sur les systèmes de santé et celui sur les politiques publiques de santé, et permet de comprendre l'émergence d'un nouveau champ de recherche englobant ces deux perspectives : la recherche sur les politiques et systèmes de santé (RPSS), en pleine expansion dans les PFMR. En effet, quoique les travaux menés sur ces domaines dans les pays développés soient utiles pour les PFMR, les particularismes qui caractérisent les processus politiques dans les PFMR, tels que la faiblesse des systèmes de régulation et de contrôle, les rapports de clientélisme dans les systèmes politiques, ou encore l'implication des bailleurs, nécessitent la mise en contexte du champ de recherche (Gilson & Raphaely, 2008).

Ainsi, depuis 1999 et la création de l'*Alliance for Health Policy and Systems Research*, la recherche sur les systèmes de santé et celle sur les politiques de santé dans les PFMR sont réunies sous la même bannière. Elles forment un domaine de recherche dont l'objectif est :

« [...] to understand and improve how societies organize themselves in achieving collective health goals, and how different actors interact in the policy and implementation processes to contribute to policy outcomes. By nature, it is interdisciplinary, a blend of economics, sociology, anthropology, political science, public health and epidemiology that together draw a comprehensive picture of how health systems respond and adapt to health policies, and how health policies can shape – and be shaped by – health systems and the broader determinants of health. » (Alliance for Health Policy and Systems Research, n.d.)

L'évolution de ce champ d'étude résulte de plusieurs constats posés notamment par G. Walt et L. Gilson depuis les années 1990. Dès 1994, les deux chercheuses notent que l'analyse des politiques de santé dans les PFMR cible essentiellement le contenu technique et la conception des politiques de santé, au détriment de la compréhension des jeux d'acteurs et des processus d'élaboration des politiques et de leur mise en œuvre (Gilson & Mills, 1995; Walt & Gilson, 1994). Ignorer les processus et les jeux d'acteurs, ainsi que les contextes dans lesquels ils interviennent, rend pourtant difficile l'explication des échecs et succès des politiques (Gilson & Raphaely, 2008; Walt et al., 2008).

En 2008, une cartographie de la recherche sur les politiques de santé dans les PFMR par Gilson et Raphaely (2008) montre un champ de relativement faible importance, caractérisé par sa diversité, sa fragmentation et la prédominance des chercheurs d'institutions des pays développés. Les auteures mettent le doigt sur la faiblesse analytique des études, leur limite en terme de pouvoir explicatif, leur manque d'assise théorique, à l'exception de l'utilisation des travaux de Kingdon (1995) et Lipsky (2010), et leur faible intérêt pour les enjeux de pouvoir et l'analyse du discours et de la rhétorique. Elles remarquent enfin la tendance des chercheurs à négliger l'aspect constructif de leurs recherches pour l'action.

Ces lacunes de la recherche sur les politiques de santé dans les PFMR ne semblent pas épargner les pays développés, puisque Bernier et Clavier (2011) notent :



« the bulk of policy analysis in public health research (including health promotion) is largely concerned with measuring and evaluating policy impacts and outcomes and pays little attention to the policymaking process » (Bernier & Clavier, 2011, p. 110).

Outre les limites méthodologiques et théoriques du corpus d'études recensées par Gilson et Raphaely (2008), les auteures relèvent que seuls 11% de ces études optent pour une perspective large, soit en menant des analyses comparatives d'une politique ou d'une intervention dans plusieurs PFMR, soit en s'intéressant à plusieurs politiques dans une région géographique donnée. Considérant ces insuffisances, et dans la perspective d'alimenter la réflexion et l'action pour le renforcement des systèmes de santé des PFMR, Gilson et Raphaely (2008) et Walt et al. (2008) appellent à davantage d'analyses de la mise en œuvre des politiques de santé, d'études multipays, ainsi que de synthèses des études disponibles, fondées sur des approches théoriquement robustes et structurées.

Au-delà de l'organisation des systèmes de santé et de l'influence des politiques de santé, les répercussions de mouvements politiques de l'échelle globale à l'échelle locale sont encore relativement sous-étudiées. Or, Walt et al. (2008) expliquent que :

« [...] policy is increasingly shaped and influenced by forces (such as global civil society) outside state boundaries (Keck and Sikkink 1998). [...] There is less geographical distance between regions, exchanges have become faster, ideas and perceptions spread rapidly through global communications and culture. This means that the policy environment is increasingly populated by complex cross-border, inter-organizational and network relationships, with policies influenced by global decisions as well as by domestic actions » (Walt et al., 2008, p. 309)

En outre, les différents modèles qui conceptualisent les liens entre mondialisation et santé intègrent les politiques et les systèmes de santé (Florey, Galea, & Wilson, 2007; Huynen, Martens, & Hilderink, 2005; Labonte & Schrecker, 2007; Woodward, Drager, Beaglehole, & Lipson, 2001). Pourtant, deux revues de littérature récentes montrent que les études menées dans les PFMR et portant sur la mise à l'agenda d'une part (Walt & Gilson, 2014) , et la formulation et l'adoption des politiques de santé d'autre part (Berlan, Buse, Shiffman, & Tanaka, 2014), abordent peu l'influence des structures de gouvernance mondiale et des forces de la mondialisation. Parallèlement, des travaux menés en anthropologie, en histoire et en

science politique traitent de plus en plus de ces enjeux (Grundy, Hoban, Allender, & Annear, 2014; Kapilashrami & McPake, 2013; Magrath & Nichter, 2012), sans être encore tout à fait intégrés à la RPSS. C'est pourquoi leurs auteurs tâchent d'en montrer toute la pertinence pour la RPSS (Pfeiffer & Nichter, 2008; Storeng & Mishra, 2014).

Aujourd'hui, le champ a pris un nouvel essor. Le premier *Symposium international pour la recherche sur les systèmes de santé* tenu à Montreux (Suisse) en 2010 a conduit à la création en 2012 de *Health Systems Global*, un réseau de chercheurs, de décideurs et d'intervenants dans le domaine de la recherche sur les politiques et systèmes de santé des PFMR. La tenue de ce symposium tous les deux ans renforce le maillage de ces acteurs et contribue au développement d'une communauté épistémique de plus en plus présente à l'échelle internationale.

### **1.2.2. Les principes fondateurs de la RPSS**

La RPSS est un champ de recherche en développement construit à partir de la volonté de plusieurs chercheurs de combler les lacunes de la recherche sur les politiques de santé d'une part et sur les systèmes de santé d'autre part. Plusieurs écrits enrichissent progressivement la compréhension de ce champ, sa définition, et ses contours. À leur lecture, quatre principes émergent, constituant le socle de la RPSS. Il s'agit de la complémentarité des angles d'analyse pour l'étude des politiques et des systèmes de santé, de l'interdisciplinarité, de la transversalité des connaissances, et de l'ancrage conceptuel et théorique. Ces principes sont explicités dans les sections suivantes.

#### **a) La complémentarité des angles d'analyse pour l'étude des politiques et des systèmes de santé**

Confrontée à la persistance des défis auxquels font face les systèmes de santé des PFMR, la communauté scientifique remet progressivement en question le modèle dominant de la recherche sur les systèmes de santé. Ce modèle, inspiré largement des sciences médicales et du mouvement de la médecine fondée sur les données probantes (Kernick, 2006), postule une relation de cause à effet relativement simple et directe, dans un système mécanique composé

de fonctions explicites qui interagissent entre elles de manière structurée (Kernick, 2006; Plsek & Greenhalgh, 2001).

Désormais, la nature complexe et dynamique des systèmes de santé est reconnue et fait évoluer la façon de concevoir l'intervention et la recherche (Adam & de Savigny, 2012; Plsek & Greenhalgh, 2001). Dans cette perspective, une approche systémique est mise de l'avant (de Savigny & Adam, 2009; Swanson et al., 2012), permettant de comprendre l'interrelation et la dynamique des différents systèmes qui composent tant le système de santé que le contexte dans lequel il fonctionne. En effet, comme l'expliquent Plsek et Greenhalgh (2001) :

« Our efforts to improve the formal system of medical care can be aided or thwarted by these other more informal “shadow systems.”<sup>12</sup> Since each agent and each system is nested within other systems, all evolving together and interacting, we cannot fully understand any of the agents or systems without reference to the others. » (Plsek & Greenhalgh, 2001, p. 626)

Ancrée dans ce paradigme, la RPSS conçoit les systèmes de santé comme un ensemble de trois niveaux qui constituent les différents paliers d'influence et d'opération de ces systèmes (Gilson, 2012). Il s'agit :

- du niveau macroscopique, généralement centré sur « le système de santé national, ou domestique, tout en reconnaissant que ce système est également influencé par un contexte plus large et international » (Gilson, 2012, p. 24), ce contexte impliquant par exemple le système de gouvernance mondiale ou les acteurs internationaux;
- du niveau mésoscopique, qui comprend « le système de santé local, souvent appelé système de santé de district, ainsi que le niveau organisationnel, comme les hôpitaux » (Gilson, 2012, p. 24);
- et du niveau microscopique, qui s'intéresse aux individus dans le système et qui inclut « les prestataires et les patients, de même que les citoyens, les gestionnaires et l'élite politique – et leurs interactions » (Gilson, 2012, p. 25).

Ces niveaux, qui s'influencent mutuellement, peuvent être compris comme des angles d'analyse complémentaires. Ils ne concernent pas nécessairement uniquement le système de santé, et s'appliquent à toute intervention complexe qui touche le système de santé. Ainsi, tout objet de recherche qui entre dans le champ de la RPSS peut être observé sous l'un ou l'autre de ces angles, ou sous plusieurs d'entre eux :

« An HPSR [*health policy and systems research*] study may involve considering one or more of the following aspects:

- the wider arena in which policy is made (macro level analysis);
- the processes and institutional arrangements within which policy change is developed and implemented (meso level analysis);
- the impact of specific people on policy change and its impacts (micro level analysis) – the balance of structure (institutional influences) and agency (autonomy) that shapes such actions (Hudson & Lowe, 2004). » (Gilson, 2012, p. 31)

La complémentarité des angles d'analyse pour mieux comprendre une intervention fait nécessairement appel à la pluridisciplinarité, telle que définie par Resweber (2011). Selon ce dernier, la pluridisciplinarité est la « mise en convergence de plusieurs disciplines en vue d'examiner, sous plusieurs aspects, une question donnée » (Resweber, 2011, p. 176). Elle permet de montrer la complexité d'une question de recherche tout en s'assurant de la rigueur de la démarche disciplinaire pour l'étude de chaque aspect du problème. La RPSS encourage explicitement cette ouverture disciplinaire, favorisant l'interdisciplinarité en tant que second principe fondateur. Nous explicitons ce principe dans la section suivante.

## **b) L'interdisciplinarité**

Selon Hamel (1995), l'interdisciplinarité est l'« utilisation combinée de quelques disciplines, combinaison entraînant des transformations réciproques dans chacune d'elles » (Hamel, 1995, p. 61). Elle est aussi comprise comme la résultante de l'intégration et de l'interaction entre savoirs disciplinaires (Klein (2010), cité par Kleinpeter (2013, p. 126)). Plus récemment, Resweber (2011) définit l'interdisciplinarité à la fois comme « une opération de transfert des concepts d'une discipline à une autre » et comme « une herméneutique qui s'emploie à concilier les perspectives, les approches et les méthodes [...], à opérer une fusion

des horizons » (Resweber, 2011, p. 178). Elle se distingue donc de la pluridisciplinarité qui se limite à la juxtaposition de perspectives disciplinaires. L'interdisciplinarité permet d'adopter des approches non conventionnelles, dont Contandriopoulos, Rey, Brousselle, et Champagne (2012) démontrent la pertinence pour l'évaluation des interventions complexes en santé publique.

La RPSS a ouvert la porte aux multitudes de traditions disciplinaires et approches de recherche qui produisent des connaissances pertinentes pour le renforcement des systèmes de santé. Ainsi, alors que l'analyse des réformes des systèmes de santé était largement dominée par la production de données quantitatives et de démarches associées à une épistémologie post-positiviste, deux publications majeures ont substantiellement contribué à décloisonner ce champ, en valorisant une approche pluridisciplinaire.

En premier lieu, un guide méthodologique (Gilson, 2012) accorde une importance majeure aux sciences sociales, à la recherche qualitative de type anthropologique et sociologique, ainsi qu'à la recherche participative et à la recherche-action. Il montre tout l'intérêt de la pluridisciplinarité pour répondre à la nature complexe des systèmes de santé, des politiques de santé, des processus et des interactions des acteurs. Il reconnaît donc la pertinence des postures post-positiviste, réaliste critique et constructiviste, selon les problématiques de recherche investiguées. Parallèlement à ce guide, une production (Methodology Centre for Systematic Reviews of Health Policy and System Research in LMICs, 2011) soutenue par l'*Alliance for Health Policy and Systems Research* met en lumière les différentes formes de recensions des écrits pertinentes pour l'analyse des enjeux des systèmes de santé. Les revues Cochrane, dont la pertinence pour le champ de la RPSS, est limitée y sont présentées au même titre que les revues réalistes (Pawson, 2006), les métaethnographies (Barnett-Page & Thomas, 2009; Noblit & Hare, 1988) et les revues narratives (Arai et al., 2007).

En second lieu, un récent numéro spécial de *Health Policy and Planning* (Gilson, 2014) poursuit la réflexion sur la construction du champ de la RPSS. D'une part, les articles de ce numéro précisent l'état de la recherche, par exemple l'utilisation de la théorie de la *street-level bureaucracy* (Erasmus, 2014), ou les connaissances disponibles sur les processus de mise

en œuvre (Erasmus, Orgill, Schneider, & Gilson, 2014). D'autre part, ils montrent la pertinence des synthèses de type qualitative et partagent une approche réflexive sur ces méthodes de recherche (Gilson, 2014).

Les réflexions sur la complémentarité des méthodes et des approches n'ont pas uniquement cours dans le domaine de la RPSS. Par exemple, en promotion de la santé, Bernier et Clavier (2011) et de Leeuw, Clavier, et Breton (2014) montrent l'intérêt des sciences politiques pour comprendre les processus qui influencent les politiques de santé. En recherche évaluative, nombreux sont les auteurs qui partagent cette vision. La *Real World Evaluation* en est la démonstration, comme en témoigne notre récente bibliographie commentée (Ridde & Robert, 2014). Ces réflexions se fondent sur le constat de plus en plus prégnant de la complexité du monde dans lequel nous vivons (Morin, 2005), et donc des politiques et des systèmes de santé qui en font partie (Plsek & Greenhalgh, 2001), constat à partir duquel tend à émerger un nouveau paradigme de recherche (Tremblay & Richard, 2011).

Le champ de la RPSS fait ainsi la part belle à la pluridisciplinarité, et pave explicitement la voie à l'interdisciplinarité, quoique nous n'ayons pas trouvé de définition de ce principe dans les écrits fondateurs du champ (Gilson, 2012; Gilson et al., 2011; Gilson & Raphaely, 2008; Walt & Gilson, 1994; Walt et al., 2008).

### **c) La transversalité des connaissances**

Les fondateurs de la RPSS ont bien mis en évidence le manque de transversalité des connaissances produites sur les politiques de santé dans les PFMR (Gilson & Raphaely, 2008; Walt et al., 2008). Un constat similaire est posé dès 2005 par Marmor, Freeman, et Kieke (2005) concernant l'analyse comparée des politiques de santé, alors que le mouvement de réforme du financement de la santé touche de nombreux pays industrialisés, et que les décideurs scrutent les expériences menées à l'extérieur des frontières nationales. Pourtant, bon nombre d'interventions et de réformes dans les pays d'Afrique subsaharienne présentent des caractéristiques communes. Les politiques d'exemption des paiements directs des soins en sont un exemple parfait, à l'instar d'autres réformes et initiatives, telles que l'Initiative de Bamako (Paganini, 2004), la couverture universelle en matière de santé (World Health

Organization, 2010), ou le financement basé sur les résultats (Meessen, Soucat, & Sekabaraga, 2011).

Dans ce contexte, les synthèses de connaissances deviennent incontournables. Les méta-analyses et les revues systématiques constituent les outils plébiscités par les partisans des politiques fondées sur les données probantes (*evidence-based policy*) et les décideurs, car « les bonnes synthèses de connaissances les libèrent et leur permettent de se concentrer sur les autres aspects qui constituent le processus d'élaboration des politiques » (Sheldon, 2005, pp. S1-S2). Bien que les synthèses de type Cochrane tiennent encore le haut de la pyramide des données probantes (Petticrew & Roberts, 2003), d'autres recensions des écrits sont désormais utilisées (Dixon-Woods, Agarwal, Jones, Young, & Sutton, 2005; Petticrew, 2009).

En effet, la nécessité de composer avec des interventions sociales complexes a fait évoluer ces outils de synthèse (Petticrew, 2009; Shepperd et al., 2009; Waters, 2009). Les revues systématiques n'ont en effet pas tenu leurs promesses en termes de transférabilité à d'autres domaines plus sociaux (Greenhalgh et al., 2003; White, 2001). De nouvelles formes de revues prenant en compte des données qualitatives (Barnett-Page & Thomas, 2009; Dixon-Woods et al., 2006), mais également la combinaison de données quantitatives et qualitatives voient le jour (Dixon-Woods et al., 2005; Pluye & Hong, 2014; Pope, Mays, & Popay, 2007). Elles répondent à la nécessité d'intégrer les études pertinentes pour répondre à la question de recherche, et non seulement les études les plus robustes selon la hiérarchie traditionnelle des données probantes (Jackson, Waters, & Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions Taskforce, 2004). Comme l'affirment Jackson et al. (2004), ce n'est plus la hiérarchie des preuves qui doit guider la sélection des études à inclure dans la revue, mais bien leur utilité à répondre à la question de recherche.

Pope et al. (2007) recensent quatre approches mixtes de revues : l'approche narrative, l'approche thématique, l'approche EPPI (*Evidence for Policy and Practice Information*), et l'approche réaliste. Proposée par Pawson dans la lignée de l'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 1997), l'approche réaliste pour la synthèse des connaissances (ou revue réaliste) vise à développer des théories de moyenne portée, qui prennent en compte la manière dont le contexte influence les mécanismes pour produire des effets (Pawson, 2002b, 2006; Pawson, Greenhalgh, Harvey, &

Walshe, 2005). En explicitant les liens existant entre la philosophie de la complexité et l'épistémologie réaliste, et en démontrant son utilité pour l'évaluation des interventions sociales, les auteurs sont devenus incontournables dans la RPSS. En témoignent l'organisation de sessions parallèles dédiées à l'approche réaliste lors des deux derniers symposiums internationaux pour la recherche sur les systèmes de santé (Marchal, 2012, octobre, 2014, septembre; Wong, 2012, octobre), la participation d'un chercheur réaliste à une session plénière sur les paradigmes et les méthodes de recherche pour l'étude des systèmes de santé centrés sur l'individu (McPake, 2014, septembre), et l'existence d'un groupe de travail sur la recherche fondée sur les théories, dont l'approche réaliste, au sein du groupe thématique *SHaPeS (Social science approaches for research and engagement in health policy and systems)* du réseau *Health Systems Global*. Par ailleurs, la revue réaliste permet des avancées théoriques (Pawson, 2000), ce qui constitue un enjeu majeur de la RPSS, comme nous le montrons dans la section suivante.

#### **d) L'ancrage conceptuel et théorique**

Walt et al. (2008), Gilson (1997) et (Walt & Gilson, 2014) ont mis en lumière les lacunes de l'ancrage conceptuel ou théorique des études empiriques dans la RPSS. A ce titre, la conclusion de l'analyse du champ dans les PFMR par (Walt et al., 2008) est édifiante :

« Schlager (1997, p. 14) observed that the field of policy studies is characterized by 'mountain islands of theoretical structure, intermingled with and occasionally attached together by foothills of shared methods and concepts, and empirical work, all of which is surrounded by oceans of descriptive work not attached to any mountain of theory' (cited in Sabatier 2007, p. 323). We think this statement accurately characterizes the field of health policy analysis as well. » (Walt et al., 2008, p. 315)

Les auteurs enjoignent donc les chercheurs de la RPSS non seulement à utiliser les cadres conceptuels et les théories existantes dans d'autres disciplines, telles que les sciences sociales, mais également à partager leurs expériences de recherche et à poursuivre les réflexions théoriques et conceptuelles pour la RPSS. Les travaux de Gilson (Gilson, 2014; Gilson, Schneider, & Orgill, 2014) et de ses collègues (Berlan et al., 2014; Erasmus, 2014; Erasmus et al., 2014; Walt & Gilson, 2014) qui mettent en évidence les concepts utilisés pour



l'analyse des politiques dans les PFMR et qui proposent de nouvelles avancées conceptuelles, de Béland et Ridde (2014) qui montrent l'intérêt du concept des « idées », issu de la science politique et de la sociologie, pour comprendre la résistance des professionnels de santé concernant la gratuité des soins, et de Grundy et ses collègues (Grundy, Annear, Ahmed, & Biggs, 2014; Grundy, Hoban, et al., 2014), qui utilisent les concepts d'« écologie » et d'« habitus », tout en soulignant la pertinence des trajectoires historiques pour comprendre l'évolution des politiques de santé en Asie, sont exemplaires.

En résumé, la recherche sur les politiques et systèmes de santé met de l'avant la complémentarité des angles d'analyse pour comprendre les enjeux qui sont ses objets de recherche, l'interdisciplinarité pour les étudier, et la nécessité de produire des connaissances transversales qui soient robustes, et ancrées dans la théorie. La formalisation d'un domaine de recherche fondé sur ces quatre principes est nouvelle et participe à leur légitimation pour l'analyse des politiques et des systèmes de santé.

Les politiques d'exemption des paiements directs des soins sont un objet typique de la RPSS. La manière dont elles ont été étudiées, notamment en Afrique subsaharienne, témoigne non seulement de l'évolution du champ, mais également des limites de la prise en considération de ses principes fondateurs. Nous tâchons de l'explicitier dans le sous-chapitre suivant.

### 1.3. L'étude des politiques d'exemption des paiements directs

Les politiques d'exemption des paiements directs ont fait l'objet de tant d'études qu'un chercheur a récemment pointé du doigt « le point de saturation des données », au moins concernant l'étude des processus de formulation et de mise en œuvre (Meessen, 2013b). Malgré les recensions d'écrits sur le sujet, il est toutefois malaisé de mesurer l'ampleur de cette production scientifique. Une synthèse exploratoire (*scoping study*) recense 21 études publiées dans des revues scientifiques et évaluées par les pairs, jusqu'à juillet 2008 (Ridde & Morestin, 2011). Une recension du même ordre, qui se limite aux expériences de cinq pays (Burkina Faso, Ghana, Mali, Niger, Sénégal), dénombre 33 documents jusqu'à fin 2009 (Robert, Kafando, Queuille, & Ridde, 2011), les critères de sélection permettant l'inclusion de rapports et autres documents constituant « la littérature grise », ainsi que les expériences de « gratuité » des organisations non gouvernementales. Récemment, une revue systématique, qui se centre sur les mesures quantitatives des effets des politiques d'exemption en santé maternelle, inclut onze études (Dzakpasu, Powell-Jackson, & Campbell, 2014).

De manière générale, les études portant sur les PEP abordent deux thématiques principales : leurs effets d'une part, et leur mise en œuvre d'autre part. En ce qui concerne les effets, Ridde et Morestin (2011) en comptent 17 sur 20 dans leur synthèse exploratoire. Ces études traitent majoritairement de l'utilisation des services de santé touchés par les mesures d'exemption (Asante, Chikwama, Daniels, & Armar-Klemesu, 2007; Bhayat & Cleaton-Jones, 2003; Lagarde, Barroy, & Palmer, 2012; Penfold, Harrison, Bell, & Fitzmaurice, 2007; Wilkinson, Gouws, Sach, & Karim, 2001), ainsi que des coûts (Ben Ameer, Ridde, Bado, Ingabire, & Queuille, 2012; Deininger & Mpuga, 2005; Goudge, Gilson, Russell, Gumede, & Mills, 2009; Manzi et al., 2005; Ridde, Kouanda, Bado, Bado, & Haddad, 2012; Xu et al., 2006), et de l'équité (El-Khoury, Hatt, & Gandaho, 2012; Gilson, 1997; Mills et al., 2012). Ces études utilisent des devis quantitatifs, quasi expérimentaux ou non, et font appel à l'épidémiologie et aux méthodes des sciences économiques. Elles dominent nettement le champ de l'étude des PEP.

En ce qui concerne la mise en œuvre, les études s'intéressent généralement à l'expérience des « *implementers* » (soignants ou cadres) (Belaid & Ridde, 2012; Carasso, Lagarde, Cheelo, Chansa, & Palmer, 2012; Netshandama, Nemathaga, & Shai-Mahoko, 2005; Witter & Diadhio, 2008), ou mettent en lumière les difficultés de mise en œuvre des PEP (Diarra, 2012; Ousseini, 2011; Ridde, Diarra, & Moha, 2011; Witter & Adjei, 2007). De nature qualitative, elles empruntent généralement à l'étude de cas (Yin, 2014), le plus souvent de manière implicite. Ces études ont des fondements conceptuels et théoriques faibles et sont donc fréquemment descriptives. Quelques auteurs se démarquent et proposent une analyse des jeux d'acteurs pour expliquer les variations dans la mise en œuvre des PEP, tels que Belaid et Ridde (2014) au Burkina Faso et Maluka (2013) en Tanzanie. Plus rares sont les chercheurs qui adoptent une approche de science politique; à notre connaissance, seuls Kajula, Kintu, Barugahare, et Neema (2004) et Moat et Abelson (2011) ont mené de tels travaux, uniquement sur le cas des PEP en Ouganda.

Parallèlement, il existe plusieurs études utilisant des devis de recherche mixte. Leurs objectifs de recherche sont variables : par exemple, comprendre les différences de coûts des soins pour les ménages (Goudge, Russell, et al., 2009; Ridde et al., 2013), documenter le vécu des « *implementers* » (Walker & Gilson, 2004), tenter de faire le lien entre mise en œuvre et effets (Nimpagaritse & Bertone, 2011), évaluer la qualité des services (Nabyonga-Orem et al., 2008) et l'adhésion des formations sanitaires à la gratuité (Chuma, Musimbi, Okungu, Goodman, & Molyneux, 2009). Si ces études ont une démarche plus ou moins proche de la recherche mixte, d'autres s'apparentent davantage à des études multiméthodes, avec une perspective largement descriptive et sans intégration des données (Agyepong & Nagai, 2010; Witter et al., 2010; Witter, Khalid Mousa, Abdel-Rahman, Hussein Al-Amin, & Saed, 2013). Nous opérons cette distinction entre méthodes mixtes et multiméthodes en nous appuyant sur la définition proposée par la revue spécialisée *Journal of Mixed Methods Research*, sachant qu'il n'existe pas de consensus apparent quant à la définition d'une étude multiméthode :

« Mixed methods research is defined as research in which the investigator collects and analyzes data, integrates the findings, and draws inferences using both qualitative and quantitative approaches or methods in a single study or program of inquiry. » (Journal of Mixed Methods Research, 2000-2014)

Au-delà de ces études qui forment un panorama relativement hétéroclite des connaissances sur les PEP dans bon nombre de pays différents, quelques programmes de recherche ont permis de produire des portraits plus holistiques des enjeux soulevés par les PEP. Certains se sont attachés à une ou plusieurs politiques d'exemption dans un même pays. Au Sénégal et au Ghana, une équipe s'est intéressée aux politiques d'exemption des soins de santé maternelle, dans le cadre de l'initiative *IMMPACT (Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment)*, financée par la coopération britannique. Leurs travaux ont donné lieu à un article dans lequel les auteurs comparent, quoique de manière relativement descriptive et sans fondement conceptuel, les expériences des deux pays (Witter, Armar-Klemesu, & Dieng, 2008). De même, en Zambie, un programme de recherche, mené par un consortium incluant le ministère zambien de la Santé, l'Université de Zambie, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, et l'Université de Cape Town, s'est penché sur la gratuité des soins dans les centres de santé. Les composantes de la recherche sont de qualité variable, et généralement faible, tant par la méthode que par les fondements conceptuels, à l'exception des études d'impact (Lagarde, 2010; Lagarde & Palmer, 2010). Les connaissances produites ont fait l'objet d'un résumé qui se limite à présenter les résultats par type d'études, sans offrir de réflexion transversale (Carasso, 2010).

D'autres programmes s'intéressent aux expériences d'exemption dans plusieurs pays. Un seul d'entre eux, le programme *FEMHealth (Fee exemption for maternal health care)*, également dans le cadre de l'initiative *IMMPACT*, concerne un seul type de politiques d'exemption : celles visant les soins maternels. Ce programme, qui touche quatre pays (Bénin, Mali, Maroc, Burkina Faso), propose une démarche de recherche solide, fondée sur un cadre d'analyse explicite se basant sur les notions de complexité et d'évaluation fondée sur les théories (Marchal, van Belle, De Brouwere, & Witter, 2013), ainsi que sur l'approche réaliste (Marchal, van der Veker, et al., 2013). À ce jour, seuls les rapports par pays ont été publiés, et non les évaluations réalistes. Certains résultats de ces évaluations ont cependant été présentés

lors de conférences (Essolbi, 2012, novembre; van Belle, Marchal, & Mayhew, 2014, octobre). Une analyse transversale des études est disponible (Witter & FEMHealth team, 2014); néanmoins, elle présente uniquement les résultats des recherches portant sur les coûts et l'impact des interventions.

Trois autres programmes touchent plusieurs types de PEP dans plusieurs pays. Le premier d'entre eux est une consultation multipays financée par l'UNICEF en 2008, dont l'objectif était d'explicitier les processus et stratégies qui avaient permis la mise en œuvre de ces interventions au Burundi, Ghana, Liberia, Ouganda, Sénégal et Burkina Faso (Meessen et al., 2009). Bien que fondés sur un cadre d'analyse (Hercot, Meessen, Ridde, & Gilson, 2011) s'inspirant notamment des travaux de Walt et Gilson (1994), les résultats de cette consultation sont descriptifs, comme le précisent à juste titre les chercheurs (Meessen et al., 2009; Meessen, Hercot, et al., 2011).

En 2010, un projet de capitalisation d'expériences de gratuité des soins, organisé par un consortium réunissant le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, l'organisation non gouvernementale HELP et ECHO, la branche humanitaire de la Commission Européenne, a concerné différentes PEP dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Niger, Sénégal, Togo) (Ridde, Queuille, & Kafando, 2012). Ce projet, qui fait la part belle aux connaissances tacites des « *implementers* », n'avait pas nécessairement pour ambition de produire des données scientifiquement robustes :

« Rappelons que l'objectif de ces activités démarrées en 2010 était, non seulement de produire de nouvelles connaissances sur les politiques, mais aussi, de faire en sorte que les participants à cet exercice de capitalisation puissent s'interroger sur leur politique et, in fine, s'engager dans leur amélioration. » (Ridde & Queuille, 2012, p. 290)

Toutefois, et bien que la qualité des connaissances produites soit relativement faible, les études de cas menées par les équipes pays étaient fondées sur un cadre d'analyse explicite. Une analyse transversale a par ailleurs été menée (Ridde, Queuille, Kafando, & Robert, 2012) et met en évidence les difficultés de la mise en œuvre des PEP dans ces pays.

Enfin, un programme de recherche, intitulé *L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Niger)* (Olivier de Sardan & Ridde, 2014b), a été mené conjointement par le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et le Laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local, le LASDEL. La spécificité de ce programme est double, puisqu'il visait à la fois à « insérer les politiques d'exemption dans le cadre plus vaste du fonctionnement quotidien des systèmes de santé », et à « développer une expérience de combinaison entre approches ethnographiques et épidémiologiques, qualitatives et quantitatives » (Olivier de Sardan & Ridde, 2014a, p. 7). Explicitement ancré dans les méthodes mixtes, ce programme a produit des connaissances généralement robustes, à quelques exceptions près, et la conclusion apporte une réflexion intéressante sur la contribution des méthodes mixtes à l'étude des politiques publiques (Ridde & Olivier de Sardan, 2014). Les analyses portent cependant généralement sur le niveau microscopique des jeux d'acteurs, des processus de mise en œuvre et des effets, négligeant les niveaux mésoscopique et macroscopique.

De ce tour d'horizon de l'étude des PEP, on peut d'abord conclure que le champ est dominé par les études utilisant des méthodes quantitatives, particulièrement les études des effets. Celles-ci présentent néanmoins des faiblesses méthodologiques, du fait notamment du contexte « réel » dans lesquels s'opèrent ces politiques et qui limite l'utilisation des devis les plus robustes (Ridde & Haddad, 2013). On peut également noter que, malgré la diversité des méthodes et des objectifs de recherche, et l'émergence des méthodes mixtes, la majorité des études est monodisciplinaire. Une des raisons est sans doute à trouver dans les contraintes de publication qui obligent parfois à morceler les résultats d'une étude (Ridde & Morestin, 2011). En outre, sauf exception, ces études ont rarement des fondements conceptuels, ce qui a également été noté par Marchal, van Belle, et al. (2013). Enfin, rares sont celles qui se penchent sur les niveaux mésoscopique et macroscopique des PEP. Cela étant, il faut reconnaître que les tentatives d'interdisciplinarité sont réelles et ont apporté de l'eau au moulin des connaissances des PEP. Ainsi, ce sujet de recherche est une illustration intéressante de la posture adoptée dans la recherche sur les politiques et systèmes de santé.

Si cette production de données probantes répond à la demande des décideurs politiques qui souhaitent en savoir davantage sur ces politiques, elle ne permet pas de les guider dans leur choix de politiques, en fonction de leurs objectifs, des populations visées et des contextes locaux. En effet, dans cet ensemble hétérogène, et malgré une littérature scientifique croissante, il est difficile d'appréhender ce qui fonctionne, pour quels bénéficiaires, et dans quels contextes. Face à ce défi, l'approche basée sur les théories permettrait d'élargir les connaissances des différents contextes dans lesquels une intervention fonctionne (Pawson, 2003; Pawson & Sridharan, 2010), et d'atteindre un niveau d'abstraction utile pour généraliser les résultats de recherche (Chen, 1990). Ainsi, la validité externe des évaluations serait garantie et la transférabilité des résultats en serait facilitée. En donnant un éclairage sur la manière dont les programmes fonctionnent et peuvent être mis en œuvre dans les contextes qui sont les leurs, ce type d'évaluation serait mieux à même de répondre aux attentes des décideurs (Chen, 1994).

S'inspirant de ce raisonnement, l'approche réaliste (Pawson, 2002b; Pawson & Tilley, 1997) permet de se départir de la traditionnelle question de l'efficacité des interventions, et de s'interroger plutôt sur la manière dont elles fonctionnent. Le sous-chapitre suivant présente les principes de cette approche pour l'évaluation des interventions sociales complexes, telles que les politiques d'exemption des paiements directs des soins.

## **1.4. L'approche réaliste pour l'évaluation des interventions sociales complexes (Article 1A)**

Au moment du dépôt de la thèse, ce sous-chapitre fait partie d'un article publié dans un numéro spécial de la revue *Mesure et évaluation en éducation*. Afin d'assurer la cohérence de la thèse, la seconde partie de l'article est présentée dans le Chapitre 5 *Discussion*.

Robert, E., & Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : De la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108. doi:0.7202/1025741ar

### **Auteurs:**

Émilie Robert, Valéry Ridde

### **Contributions des auteurs:**

Émilie Robert a rédigé l'ensemble de l'article. Valéry Ridde a apporté un regard critique et constructif aux différentes versions de l'article. Les auteurs ont lu et approuvé la version finale de l'article.



L'approche réaliste gagne en popularité auprès des chercheurs en sciences sociales, notamment ceux dont les objets de recherche sont complexes : programmes, projets ou politiques publiques qui visent à modifier ou à améliorer une situation sociale. En effet, l'approche réaliste a été adaptée à la pratique de l'évaluation de programmes (Pawson & Tilley, 1997), et plus récemment à celle de la revue systématique (Pawson et al., 2005). L'évaluation réaliste vise à comprendre, à partir d'observations empiriques, une intervention, en s'intéressant spécifiquement aux mécanismes sous-jacents de l'intervention et à l'influence du contexte. La revue réaliste, ou synthèse réaliste, est également une démarche évaluative qui utilise les écrits existants pour comprendre une famille d'interventions. Une évaluation réaliste ou une revue réaliste n'est pas une stratégie de recherche à proprement parler. Il s'agit plutôt d'adopter une perspective particulière fondée sur les principes du réalisme critique pour comprendre une intervention (Pawson et al., 2005). Ces pratiques de recherche évaluative semblent mieux adaptées aux exigences du mouvement de la prise de décision ou de l'action fondée sur les preuves scientifiques (Pawson, 2006). Ainsi, elles s'inscrivent dans une perspective tant formative, en produisant des connaissances permettant d'améliorer les interventions, que fondamentale, en contribuant à l'avancement des connaissances empiriques et théoriques.

Pourtant, l'approche réaliste est encore peu connue et utilisée par les chercheurs, évaluateurs et étudiants francophones. Une partie de l'explication à cette situation est certainement à trouver dans la complexité de l'approche et la rareté des écrits en français la concernant. En effet, les concepts de l'approche réaliste sont relativement bien connus; plusieurs ouvrages (Henry, Julnes, & Mark, 1998; Pawson, 2006, 2013; Pawson & Tilley, 1997) et articles scientifiques (Pawson, 2002b, 2003; Pawson et al., 2005) sont dédiés à l'évaluation réaliste ou à la revue réaliste.

Néanmoins, ces concepts sont encore soumis à des interprétations diverses ou à des difficultés d'opérationnalisation (Calnan & Ferlie, 2003; Marchal, van Belle, van Olmen, Hoeree, & Kegels, 2012; Pawson & Manzano-Santaella, 2012). Sur le plan de la pratique, les articles empiriques d'évaluation réaliste se multiplient dans des champs disciplinaires divers,

et les revues réalistes commencent à se développer. Bien que leurs auteurs tâchent de mettre en lumière les difficultés méthodologiques rencontrées, rares sont ceux qui font l'exercice scientifique systématique de mettre en perspective les concepts et la pratique de l'évaluation et de la revue réalistes. Quant au défi linguistique, nous avons recensé seulement deux articles en langue française. Le premier est un chapitre de livre écrit par Blaise, Marchal, Lefèvre, et Kegels (2010) dans lequel les auteurs montrent la pertinence de l'évaluation réaliste pour l'étude des inégalités sociales de santé, face aux méthodes expérimentales. Toutefois, les auteurs ne mettent pas en relation les concepts de l'approche réaliste avec la pratique de l'évaluation de programme. Le second est un article dans lequel les auteurs mettent en lumière les défis de l'utilisation de l'approche réaliste (Ridde, Robert, Guichard, Blaise, & Van Holmen, 2011), sans nécessairement proposer des pistes de solution. [...]

Cette partie abordera le thème de la complexité des interventions sociales, puisque c'est dans cette perspective que s'inscrivent l'évaluation de programmes et la revue réalistes. Ensuite, l'approche réaliste sera située par rapport aux autres traditions épistémologiques, et la vision de la causalité selon le réalisme critique sera explicitée. Enfin, il sera question de l'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique en tant qu'approche fondée sur les théories.

### **1.4.1. Comprendre et analyser les interventions sociales et complexes**

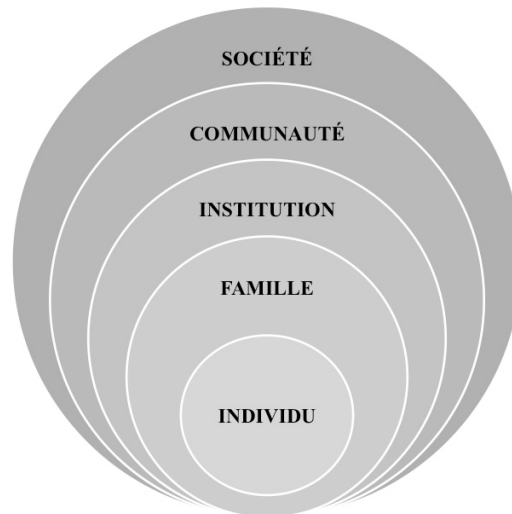
L'approche réaliste s'intéresse spécifiquement aux phénomènes dits « sociaux », aux interactions sociales entre plusieurs individus ou groupes d'individus, ou encore aux interventions sociales. Plante (1994) propose une définition du terme « programme » :

« [...] ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui l'animent. [...] (Il) est sous le contrôle d'une ou de plusieurs personnes responsables de la qualité de sa formulation et de son fonctionnement. (Il) est mis en place pour transformer des choses ou l'état d'une chose [...] » (Plante (1994), cité par Ridde et Dagenais (2012, p. 16))

Les personnes dont il s'agit sont des acteurs sociaux qui agissent dans un environnement avec lequel ils sont en interaction.

La particularité des phénomènes sociaux est qu'ils sont généralement complexes. Le modèle socioécologique (Figure 1) (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988) illustre l'imbrication des différents niveaux qui constituent le monde social. Ainsi, l'individu se trouve au centre d'une multitude de couches sociales (famille, institution, communauté, société). L'interaction entre ces systèmes est complexe et crée pour l'individu un ensemble d'occasions favorables et d'obstacles à l'action. Il en est de même pour les interventions sociales puisque celles-ci s'intéressent à ces phénomènes sociaux : elles sont complexes.

Figure 1 - Une illustration du modèle socioécologique



La complexité, considérée comme un paradigme émergent de la recherche (Tremblay & Richard, 2011), est une manière d’appréhender les phénomènes sociaux qui se distingue de la conception mécanique du monde qui a longtemps prédominé (Morin & Le Moigne, 1999). Pawson (2013) propose une « *check-list* » de la complexité des interventions sociales. Les éléments de cette « *check-list* » sont définis dans le Tableau I et illustrés avec l’exemple des politiques d’exemption des paiements directs des soins en Afrique subsaharienne.

Tableau I – La « *check-list* de la complexité » et l'exemple des PEP, adapté de Pawson (2013) et Ridde, Robert, et al. (2011)

---

**Volontés** Ce sont les individus – à travers leurs décisions et leurs volontés – qui font qu'une intervention va fonctionner ou non. Ces choix sont motivés par plusieurs raisons qui n'appartiennent pas nécessairement à l'intervention.

*Les usagers décident de recourir ou non aux services publics de santé gratuits mis en place par les PEP. Ce choix peut être motivé par la gravité de la maladie, la confiance dans le système de santé, etc.*

---

**Mise en œuvre** Une intervention consiste en une longue chaîne de mise en œuvre et implique une multitude d'acteurs et d'institutions.

*Les PEP ont un nombre important de composantes incluant les modalités de financement, les mesures d'accompagnement, les mesures de suivi et d'évaluation, etc. Elles impliquent autant le personnel soignant que le personnel administratif à tous les échelons de la pyramide sanitaire.*

---

**Contextes** Une intervention est enchâssée dans plusieurs niveaux de contextes et de systèmes sociaux.

*Les PEP sont mises en œuvre à plusieurs échelons de la pyramide sanitaire. Elles interviennent dans des contextes ruraux ou urbains, de grande ou de relative pauvreté, caractérisés par un climat social plus ou moins serein et des traditions sociales et culturelles diverses.*

---

**Temps** Une intervention est un processus qui se déroule dans le temps. L'histoire de l'intervention influence ce processus.

*L'instauration des PEP a contribué à augmenter la fréquentation des services de santé. Étant donné les délais de remboursement des actes réalisés gratuitement au niveau des formations sanitaires, cela a entraîné des ruptures de stock de médicaments, ce qui a contraint certains agents de santé à faire payer les médicaments censément gratuits.*

---

---

**Résultats** Une intervention produit un ensemble d'effets, attendus ou non, dont la mesure et l'interprétation sont difficiles.

*Les PEP produisent des effets en termes d'utilisation des services, de dépenses de santé, de rapidité de recours aux soins, etc. Ces effets sont hétérogènes selon les pays, les régions, les populations concernées, etc. Leur interprétation en est difficile : ainsi, la variation des effets en termes d'utilisation des services peut s'expliquer par la restauration, dans certaines formations sanitaires, du paiement des soins, ou bien par les relations entre les soignants et la population qui favorisent ou limitent le recours aux soins, ou encore par les caractéristiques des populations couvertes par les formations sanitaires (éloignement géographique, niveau d'éducation, connaissances des modalités des PEP, etc.).*

---

**Rivalité** Une intervention n'est pas mise en œuvre dans un vacuum. D'autres interventions visant des résultats similaires existent, et brouillent les pistes de l'évaluation.

*Les PEP existent en parallèle à de nombreux programmes visant à améliorer l'accès aux soins, tels que les mutuelles, le financement basé sur la performance, les programmes de transfert d'argent, etc.*

---

**Émergence** Une intervention est un système dans lequel les acteurs interagissent. Leurs interactions modifient leurs comportements, leurs mentalités, ce qui transforme le système dans lequel ils évoluent.

*Les PEP sont des systèmes dans lesquels les usagers, les agents de santé, les membres des comités de gestion interagissent. Ces interactions influencent les comportements de ces acteurs et leurs façons de penser. Par exemple, les abus des usagers (stockage de médicaments, mensonges des mères sur l'âge des enfants pour bénéficier de la gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans, etc.) peuvent contribuer à affaiblir le soutien des agents de santé aux PEP, miner les relations entre les patients et les soignants, inciter les agents de santé à réintroduire le paiement des soins, etc. Ces actions contribuent à transformer les PEP.*

La complexité qui caractérise ce type d'interventions – que l'on décrit souvent comme une « boîte noire » (Weiss, 1970) – est ce que l'évaluation de programmes et la revue réalistes cherchent à mettre en lumière et à comprendre.

## 1.4.2. Le réalisme critique, une branche du post-positivisme

Guba et Lincoln (1994) distinguent trois courants (ou paradigmes) de la philosophie des sciences : le positivisme, le post-positivisme et le constructivisme (Tableau II). Cette classification peut être considérée comme idéale, au sens wébérien du terme, dans la mesure où ces visions se situent sur un continuum et qu'il existe des nuances et des branches spécifiques à chacune d'elles. Toutefois, ce tableau reste utile à des fins pédagogiques.

Tableau II – Le réalisme critique dans la philosophie des sciences, adapté de Guba et Lincoln (1994)

	Positivisme	Post-positivisme	Constructivisme
<b>Ontologie</b>	<b>Réalisme 'naïf'</b> <i>La réalité existe et peut être appréhendée.</i>	<b>Réalisme 'critique'</b> <i>La réalité existe, mais elle ne peut être appréhendée que de manière imparfaite.</i>	<b>Relativisme</b> <i>La réalité est une construction locale, spécifique et sociale.</i>
<b>Épistémologie</b>	<b>Objectivité</b> <i>Les découvertes sont vraies / exactes.</i>	Objectivité comprise comme un <b>'gardien / agent de régulation'</b> Tradition critique <i>Les découvertes sont probablement vraies / exactes.</i>	<b>Subjectivité</b> <i>Les découvertes sont créées.</i>
<b>Méthode</b>	<b>Expérimentale / contrôlée</b> Vérification d'hypothèses <i>Méthodes quantitatives</i>	Recherche dans des <b>environnements naturels</b> , avec une <b>information situationnelle</b> , sollicitant les points de vue <b>émiques</b> Falsification des hypothèses <i>Méthodes quantitatives et qualitatives</i>	<b>Herméneutique / Dialectique</b> <i>Méthodes qualitatives</i>

Le réalisme critique se situe dans le courant du post-positivisme et se distingue des autres courants de la philosophie des sciences. Sur le plan de l'ontologie, c'est-à-dire la nature de la réalité et de sa forme, il postule l'existence d'une réalité objective quoique saisissable uniquement à travers nos sens. Sur le plan de l'épistémologie, c'est-à-dire la nature de la relation entre le chercheur et la connaissance, il reconnaît la nécessité de l'objectivité dans le sens d'un idéal à atteindre. Cette philosophie requiert néanmoins un questionnement sur la correspondance des résultats avec la connaissance acquise et tacite, ce qui lui vaut le qualificatif de « critique ». Ainsi, les résultats de recherche ne sont pas objectifs par nature ou parce qu'ils sont obtenus grâce à des méthodes scientifiques. Ils ne sont pas non plus issus d'une coconstruction, comme c'est le cas dans la tradition constructiviste. Enfin, sur le plan de la méthode, c'est-à-dire les moyens de la recherche de la connaissance, la recherche prend place de manière générale en contexte naturel et donne une place à la perspective émique, c'est-à-dire au point de vue de l'acteur (Olivier de Sardan, 1998). Il est donc utile d'utiliser tant les méthodes quantitatives que qualitatives (McEvoy & Richard, 2006). Il convient de préciser que, dans l'approche réaliste selon Pawson et Tilley (1997), le projet scientifique n'est pas tant de falsifier des hypothèses que d'approfondir et de préciser des théories. Cet aspect sera approfondi au moment d'aborder le mode d'investigation de l'approche réaliste et l'évaluation fondée sur les théories.



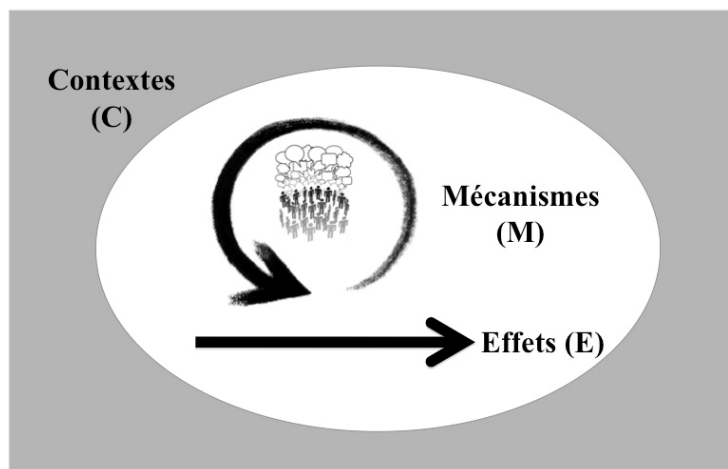
### **1.4.3. Causalité, mécanisme et mode de raisonnement**

La causalité selon le réalisme critique est générative, et non pas « successionniste ». Dans une perspective de causalité « successionniste », un effet est produit par une variable dite indépendante qui la précède. Il est donc nécessaire de contrôler les variables du contexte pour pouvoir mettre au jour cette relation qui est par définition simple. Cette relation est constante et peut être observée de manière systématique.

La causalité générative a trois postulats (Pawson, 2006) :

1. Le premier postulat est qu'une intervention ne fonctionne pas en elle-même et n'est pas ce qui produit un effet. Selon le réalisme critique, toute intervention déclenche un mécanisme ou un ensemble de mécanismes qui permet la production d'effets.
2. Le deuxième postulat, illustré dans la Figure 2, est que toute intervention est située dans un contexte. L'interaction du contexte et de l'intervention est ce qui déclenche – ou non – le mécanisme.
3. Le troisième postulat est que – dans la perspective d'une influence du contexte – il n'est pas tant nécessaire de chercher la loi immuable qui permet d'associer une intervention à la production d'un ou plusieurs effets que d'observer ce que Lawson (cité par Pawson (2006)) nomme des demi-régularités. Une demi-régularité est la survenue régulière, mais non nécessairement permanente, d'un effet à la suite de la mise en place d'une intervention qui déclenche un ou plusieurs mécanismes dans un contexte particulier. Dans l'évaluation et la revue réalistes, ces demi-régularités prennent la forme de configurations Contexte-Mécanisme-Effet.

Figure 2 – Interaction du contexte et de l'intervention pour déclencher le mécanisme, adapté de Pawson (2006)



Le mécanisme dont il est question est l'un des concepts les plus difficiles à appréhender de l'approche réaliste, si ce n'est le plus difficile. En s'inspirant des travaux de Pawson (2006) et de Astbury et Leeuw (2010), le mécanisme peut être compris comme un élément du raisonnement de l'acteur face à une intervention. Un mécanisme est généralement caché, sensible aux variations du contexte et aux activités mises en œuvre dans le cadre de l'intervention, et produit des effets. Par exemple, Kane, Gerretsen, Scherpier, Dal Poz, et Dieleman (2010) recensent certains des mécanismes qui permettent aux actions de formation – en tant qu'intervention – d'améliorer la performance des agents de santé communautaire dans les PFMR : un sentiment d'auto-efficacité et de maîtrise des tâches, un sentiment d'estime de soi, et l'assurance de la présence d'un système de soutien. L'acteur doit ici être compris non pas seulement comme un individu, mais comme une entité. Il peut s'agir également d'une organisation douée d'une intelligence collective et d'un raisonnement (Marchal et al., 2012). Le mécanisme, au sens réaliste, est à distinguer du terme « mécanisme » utilisé généralement en évaluation et qui fait le plus souvent référence à une activité ou à un mode de fonctionnement de l'intervention qui fait l'objet de l'évaluation (Astbury & Leeuw, 2010). Ainsi, une formation n'est pas un mécanisme au sens réaliste; il s'agit d'une intervention ou

d'une activité qui fait partie d'une intervention plus large. En revanche, le sentiment de disposer de savoir-faire appropriés pour intervenir dans des contextes d'enseignement différents que peuvent éprouver les participants à la suite d'une formation constitue un mécanisme.

Fondées sur ces bases épistémologiques et conceptuelles, l'évaluation réaliste et la revue réaliste vont au-delà de la question traditionnelle des évaluations fondées sur une épistémologie positiviste, « l'intervention fonctionne-t-elle ? ». Elles posent également la question du comment, pour qui, pour quoi et dans quelles circonstances. La démarche de l'approche réaliste est donc la suivante (Pawson & Tilley, 1997) :

« L'objet fondamental de la recherche sociale est d'expliquer des **régularités** intéressantes, intrigantes et socialement significatives. L'explication se fait sous la forme d'un postulat à propos des **mécanismes** sous-jacents qui produisent ces régularités et consiste donc à formuler des propositions sur la manière dont **l'interaction** entre la structure (le contexte) et l'agence (l'acteur) constitue la régularité. Dans la recherche de type réaliste, on s'intéresse également à la manière dont le fonctionnement de ces mécanismes est contingent et conditionnel, et donc déclenché dans des **contextes** locaux, historiques ou institutionnels spécifiques. »\*<sup>2</sup> (Pawson & Tilley, 1997, p. 71)

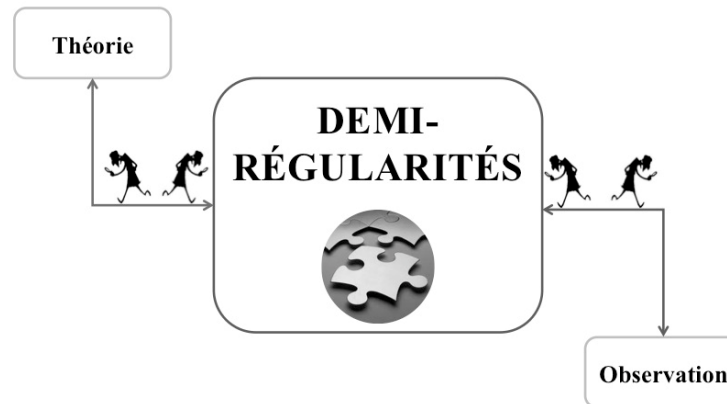
Les concepts clés de l'approche réaliste sont indiqués en gras.

Pour conclure sur la causalité générative, il convient d'évoquer la particularité du mode de raisonnement qui l'accompagne. Les démarches scientifiques se fondent sur trois idéaux types de modes de raisonnement dont les deux plus courants sont le raisonnement déductif et le raisonnement inductif. Le raisonnement déductif part d'une théorie sur laquelle sont fondées des hypothèses qui sont ensuite mises à l'épreuve de l'observation empirique dans le but de confirmer ou non cette théorie. Le raisonnement inductif prend le chemin inverse et consiste à partir de l'observation empirique afin de distinguer des régularités qui feront l'objet d'hypothèses nécessaires au développement d'une théorie. Dans l'approche réaliste, on utilise un troisième mode de raisonnement dit « réductif » ou abduction (Figure 3).

---

<sup>2</sup> Les citations suivies d'un astérisque ont été traduites en français par les auteurs dans l'article scientifique. La traduction française a été maintenue dans la thèse.

Figure 3 – Le raisonnement réductif ou abduction



L'abduction est un mode de raisonnement itératif dans la mesure où il consiste en un va-et-vient constant entre la théorie et l'observation empirique pour identifier les demi-régularités évoquées plus haut. En fait, les observations empiriques peuvent être appréhendées comme les morceaux d'un puzzle que l'on essaie de reconstituer à partir d'un modèle qui serait la théorie, ce modèle n'étant pas figé, mais se précisant au fur et à mesure de la recherche et de la confrontation avec les observations empiriques. Certains chercheurs réalistes utilisent l'analogie du chasseur à la recherche des indices de la présence de la bête (McEvoy & Richard, 2006). De même, le chercheur recherche dans l'observation empirique des indices de la présence d'une demi-régularité. Cela étant, le plus important dans ce mode de raisonnement est qu'il vise plus spécifiquement à répondre à la question « Pourquoi ? » et donc à générer des hypothèses explicatives d'un phénomène. Il est possible ici d'évoquer une autre analogie, celle de Sherlock Holmes cherchant à élucider un meurtre (Carson, 2008) : il faut à la fois trouver qui est le meurtrier, comment s'est déroulé le meurtre, et pourquoi le meurtre a eu lieu, c'est-à-dire le motif du crime. Dans l'évaluation réaliste, on va chercher à comprendre pourquoi une intervention produit un effet particulier en s'intéressant aux mécanismes et au rôle du contexte.

#### 1.4.4. Théories et approche réaliste

La théorie joue un rôle important dans l'évaluation et la revue réalistes. L'évaluation réaliste est issue du courant de l'évaluation fondée sur la théorie (*theory-based* ou *theory-driven evaluation*) dont les grandes figures sont Chen et Rossi (1980) et Weiss (1997). Alkin et Christie (2004) situent ce courant dans la branche des méthodes où se trouvent les théoriciens qui se sont intéressés à l'importance des méthodes de recherche pour la conduite des évaluations.

Selon eux, les interventions sociales sont des théories : elles sont fondées sur l'idée (la théorie) qu'une intervention est censée produire un effet pour différentes raisons liées aux activités mises en œuvre. Il s'agit de ce qui est nommé théorie de l'intervention ou théorie du programme (ou encore logique d'intervention). Weiss (1997) précise que :

« la théorie dont il est question est l'ensemble de croyances ou de suppositions qui soutiennent les activités du programme. Elles sont les hypothèses sur lesquelles les gens, consciemment ou inconsciemment, planifient leurs programmes et leurs actions. »\* (Weiss, 1997, p. 503)

Ce type de théorie permet d'orienter la recherche. C'est elle que l'on met à l'épreuve de l'observation empirique, toujours dans la perspective de mieux comprendre comment et pourquoi elle produit ses effets et dans quel ou quels contextes.

La théorie d'une intervention peut être modélisée de façon à expliciter le cheminement du raisonnement de l'intervention jusqu'à la production des effets attendus. La modélisation d'une intervention peut être plus ou moins élaborée, et illustrer les liens entre différents éléments de l'intervention d'une manière plus ou moins exhaustive. Cela ne signifie pas pour autant que l'intervention n'est pas complexe, d'autant plus qu'il peut être difficile de représenter graphiquement cette complexité. [...]

Un second type de théorie est fréquemment mentionné lorsque l'approche réaliste est évoquée; il s'agit de la théorie de moyenne portée. La théorie de moyenne portée se distingue de la théorie de programme par son niveau d'abstraction. Elle est une généralisation suffisamment abstraite pour expliquer une famille d'interventions, dont fait partie celle qui est

à l'étude. Le concept de théorie de moyenne portée a été proposé par Merton (1968) qui la définit en ces termes :

« une théorie dont le niveau se situe entre les hypothèses de travail, mineures, mais nécessaires, qui se développent au quotidien dans le cadre de la recherche, et les efforts systématiques d'intégration pour développer une théorie unitaire qui expliquerait toutes les uniformités observées du comportement social, de l'organisation sociale, et du changement social »\* (Merton, 1968, p. 448)

Dans son application à l'évaluation réaliste, les auteurs ont de leur côté proposé la définition suivante d'une théorie de moyenne portée (Ridde, Robert, et al., 2011) :

« niveau d'abstraction théorique qui permet d'expliquer les tendances et les régularités observées dans les interactions contexte-mécanisme-effet d'un ensemble d'interventions » (Ridde, Robert, et al., 2011, p. 40)

Pour illustrer ce niveau d'abstraction, les auteurs proposent deux exemples issus d'une évaluation réaliste (Marchal, Dedzo, & Kegels, 2010) et d'une revue réaliste (Jagosh et al., 2012). Marchal et al. (2010) ont mené une évaluation réaliste de la gestion d'un hôpital performant au Ghana. Ils ont formulé ainsi la théorie de moyenne portée se rapportant à l'intervention de gestion :

« Les gestionnaires hospitaliers des hôpitaux performants déploient des structures organisationnelles qui permettent la décentralisation et des équipes autogérées, et stimulent la délégation de décision, le flux d'information et la transparence. Leur paquet « gestion des ressources humaines » combine la sécurité de l'emploi, une compensation adéquate et de la formation. Cela conduit à un engagement et une confiance forts envers l'organisation. Les conditions incluent des leaders compétents avec une vision explicite, des espaces relativement larges de prise de décision et des ressources adéquates. »\* (Marchal et al., 2010, p. 4)

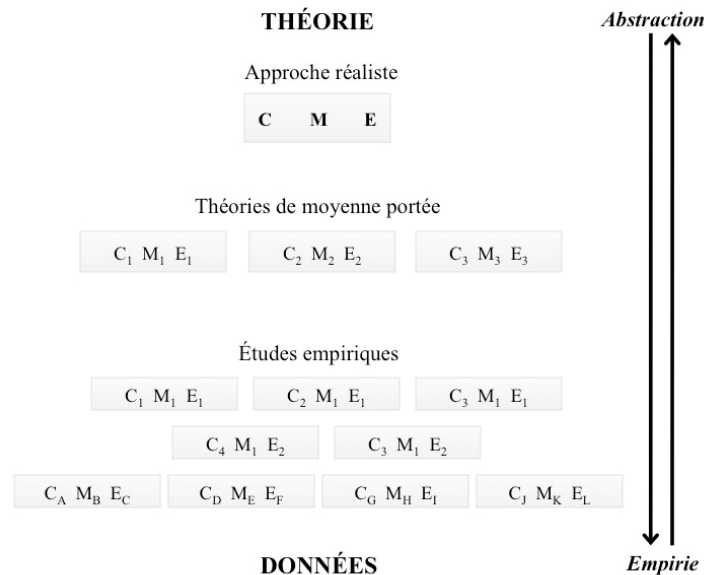
Le niveau de généralisation permet d'expliquer tant la gestion de l'hôpital étudié spécifiquement au Ghana que d'autres organisations hospitalières performantes.

Un second exemple de théorie de moyenne portée, utilisée par Jagosh et al. (2012) pour comprendre l'impact de la cogouvernance dans les processus de recherche participative, est la théorie de la synergie partenariale. Les auteurs expliquent cette théorie :

« Appliquée aux interventions participatives dans le secteur de la santé, la théorie soutient que la collaboration de plusieurs participants crée ou améliore les résultats de la recherche au-delà de ce qu'une seule personne ou organisation aurait pu obtenir en travaillant dans les mêmes conditions. »\* (Jagosh et al., 2012, p. 318)

La Figure 4 montre le positionnement des différents concepts évoqués ci-dessus sur une échelle abstraction / empirie. À l'une des extrémités se trouvent les données – du côté de l'empirie – et de l'autre se trouve la théorie – du côté de l'abstraction. Sur le plan de l'empirie se retrouvent les études empiriques, c'est-à-dire les évaluations réalistes au cours desquelles sont collectées des données empiriques pour comprendre comment fonctionnent des interventions sociales et pourquoi, explicitées sous la forme de configurations Contexte-Mécanisme-Effet. À un degré d'abstraction supérieur se trouvent les théories de moyenne portée qui expliquent comment et pourquoi une famille d'interventions fonctionne, également sous la forme de configurations Contexte-Mécanisme-Effet (C-M-E).

Figure 4 – Positionnement des concepts de l'approche réaliste sur l'échelle de l'empirie et de l'abstraction, adapté de Pawson et Tilley (1997, p. 121)



De cet état des connaissances, nous pouvons conclure que les politiques d'exemption des paiements directs des soins sont toujours un sujet d'actualité en Afrique subsaharienne, et constituent une problématique largement investiguée, souffrant néanmoins d'une fragmentation disciplinaire et de lacunes théoriques et méthodologiques. Elles illustrent bien les défis posés à la recherche sur les politiques et systèmes de santé dont les principes fondateurs doivent pourtant permettre de mieux comprendre ses objets de recherche, caractérisés par la complexité et leur appartenance au monde social. L'approche réaliste constitue une voie nouvelle à emprunter dans cette perspective.





## **Chapitre 2 – Démarche scientifique, objectifs et méthodes de recherche**

Cette thèse s'inscrit dans le champ de la recherche sur les politiques et systèmes de santé (Gilson, 2012; Gilson et al., 2011; Sheikh, George, & Gilson, 2014). Le présent chapitre présente d'abord la démarche scientifique associée à cet ancrage dans la RPSS, en montrant comment les principes fondateurs du champ ont été opérationnalisés. À la lumière de la démarche, les objectifs de recherche sont ensuite précisés. Enfin, les méthodes utilisées pour atteindre les objectifs sont brièvement présentées.

## 2.1. Démarche scientifique

L'état des connaissances a montré que quatre principes fondaient la RPSS : la complémentarité des angles d'analyse pour l'étude des politiques et des systèmes de santé, l'interdisciplinarité, la transversalité des connaissances, et l'ancrage conceptuel et théorique. Ces principes ont donc guidé notre recherche.

Concernant le principe de complémentarité des angles d'analyse, inspirés de l'analogie des aveugles et de l'éléphant, légende indienne popularisée par John Godfrey Saxe ("The poems of John Godfrey Saxe: The blind men and the elephant," s.d.), nous considérons que les politiques d'exemption des paiements directs des soins peuvent être appréhendées sous différents angles. En effet, nous avons montré dans l'état des connaissances que les PEP étaient des interventions sociales complexes; à ce titre, elles sont multidimensionnelles et paradoxales (Contandriopoulos et al., 2012). Appréhender les PEP selon des angles distincts permet donc d'éclairer de manière complémentaire cette réforme majeure du système de santé qui touche plusieurs pays d'une région géographique spécifique, l'Afrique subsaharienne. Selon Gilson (2012), les systèmes de santé sont constitués de trois niveaux que nous avons définis précédemment : macroscopique, mésoscopique, et microscopique. Nous comprenons ces niveaux des systèmes de santé comme des angles d'analyse complémentaires. Dans cette perspective, nous avons voulu explorer un des enjeux propres à chacun d'eux, afin de contribuer à mieux comprendre les PEP.

Au niveau macroscopique, les acteurs de la santé mondiale contribuent à influencer les orientations et les actions menées dans les PFMR (Koivusalo, 1999; Serre & Pierru, 2001), particulièrement les pays d'Afrique subsaharienne qui dépendent de l'aide au développement. Or, ils se sont largement exprimés tant au sujet des paiements directs des soins qu'au sujet de leur abolition. C'est pourquoi nous nous sommes interrogés sur le positionnement de ces acteurs dans le débat sur les paiements directs des soins dans les PFMR.

Au niveau mésoscopique, les PEP interviennent dans des systèmes de santé fragilisés par des décennies de réformes structurelles et des problèmes chroniques de sous-financement

(Rannan-Eliya, 2009). Plusieurs études ont mis le doigt sur les difficultés de mise en œuvre des PEP dans ce contexte, alors que les études sur l'utilisation des services de santé gratuits en soulignent le succès (Ridde & Morestin, 2011). Face à ce paradoxe, et considérant les changements majeurs induits par les PEP sur les systèmes de santé, nous avons donc souhaité investiguer les effets perturbateurs de ces politiques sur les systèmes de santé des PFMR.

Au niveau microscopique, les PEP visent à améliorer l'accès aux services publics de santé des populations pour lesquelles les paiements directs constituent un frein majeur au recours aux soins (Gilson, 1997). De ce fait, nous nous sommes penchés sur les expériences de recours aux soins des usagers bénéficiaires des PEP en Afrique subsaharienne, afin de mieux comprendre comment ces politiques influencent leurs comportements et leurs choix.

En ce qui a trait au principe d'interdisciplinarité, la recherche sur les politiques d'exemption des paiements directs des soins dans les PFMR montre des tentatives d'interdisciplinarité qu'il est essentiel de poursuivre. En conséquence, cette thèse tente d'intégrer ce principe sur plusieurs plans. Sur le plan des méthodes, des outils issus d'autres champs que celui de la santé publique et des politiques et systèmes de santé ont été privilégiés, dans la mesure où ils permettaient de répondre à l'objectif de recherche. Sur le plan des concepts, les avancements conceptuels réalisés dans des champs de recherche parallèles, tels que l'économie et l'étude du développement, ont été pris en compte autant que possible et lorsque l'objectif de recherche s'y prêtait. Enfin, sur le plan des données, nous avons utilisé des devis d'études permettant d'intégrer des données de différente nature, notamment dans une perspective de recherche mixte (Creswell & Plano Clark, 2011).

Cette thèse s'inscrit également dans le principe de transversalité des connaissances. En effet, il y est question d'enjeux transversaux portant sur les PEP, enjeux qui concernent l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne concernés par ces interventions. Ainsi, les PEP constituent à la fois un exemple des mouvements de réformes mondialisés, une transformation importante des systèmes de santé, et une réponse à un problème fondamental de santé publique. En outre, elles ciblent un problème similaire à plusieurs pays (accès financier aux soins); elles sont fondées sur un principe commun (gratuité des soins au point de service); et elles touchent de nombreux PFMR, particulièrement en Afrique subsaharienne. Dans cette

perspective, nous avons souhaité tirer bénéfice d'un corpus de connaissances riche et varié. C'est pourquoi nous avons privilégié dans cette thèse l'utilisation des synthèses de connaissances, outils de prédilection pour la prise de décision fondée sur les données probantes (Sheldon, 2005).

Enfin, face aux insuffisances de la RPSS au sujet de l'ancrage conceptuel ou théorique des études empiriques (Gilson, 1997; Walt et al., 2008), insuffisances qui touchent également l'étude des PEP, nous avons tenté de donner un éclairage théorique ou conceptuel aux études qui composent cette thèse, lorsque cela était pertinent et réalisable. De nombreux auteurs se sont penchés sur la définition et le processus de construction des théories dans la recherche académique (Gay & Weaver, 2011). Les cadres conceptuels participent de ce processus de construction. Dans notre recherche, nous optons pour la distinction suivante entre théorie et cadre conceptuel, opérée par Walt et al. (2008) :

« Frameworks organize inquiry by identifying elements and relationships among elements that need to be considered for theory generation (Ostrom 2007). They do not, of themselves, explain or predict behaviour and outcomes (Schlager 2007). [...] Theories are more specific than frameworks, and postulate precise relationships among variables that can be tested or evaluated empirically. » (Walt et al., 2008, pp. 310-311)

Les leçons tirées de cette démarche scientifique sont explicitées dans le chapitre *Discussion* de cette thèse.

## 2.2. Objectifs de recherche

Ancrée dans la RPSS, cette thèse tente de combler les lacunes dans les connaissances portant sur un objet précis, les politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique subsaharienne, tout en apportant une contribution au développement du champ.

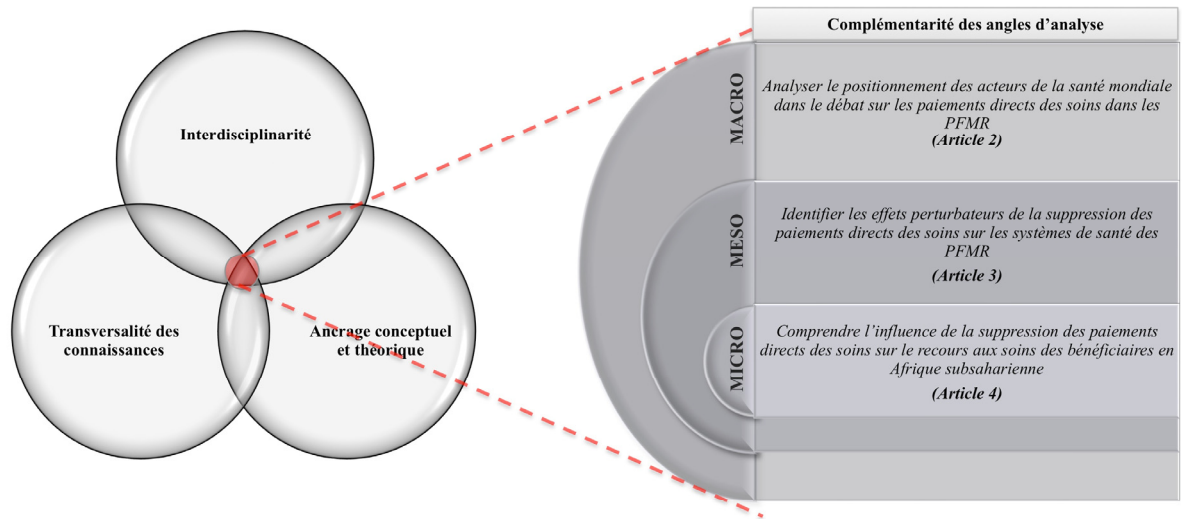
L'objectif de cette thèse est donc double. Il s'agit d'abord d'explorer les PEP à partir de l'étude de trois enjeux spécifiques, correspondant aux trois angles d'analyse proposés par Gilson (2012). Ces enjeux sont étudiés dans le cadre des objectifs spécifiques suivants, auxquels répondent trois articles :

- 1) analyser le positionnement des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les paiements directs des soins dans les PFMR (Article 2);
- 2) identifier les effets perturbateurs de la suppression des paiements directs des soins sur les systèmes de santé des PFMR (Article 3);
- 3) comprendre l'influence de la suppression des paiements directs sur le recours aux soins des bénéficiaires dans les pays d'Afrique subsaharienne (Article 4).

Il s'agit également de contribuer à la construction du champ de la RPSS, en adoptant une démarche réflexive explicite et en en tirant des enseignements. Ces enseignements sont expliqués dans le Chapitre *Discussion*. Ils sont au nombre de deux et concernent d'une part les apports de l'utilisation des principes fondateurs de la RPSS et de la démarche scientifique, que ce soit pour l'étude des PEP ou pour l'avancement du champ, et d'autre part l'opérationnalisation des concepts de l'approche réaliste.

La Figure 5 propose une illustration de la démarche scientifique utilisée dans cette thèse. Elle montre notamment que la rencontre des principes d'interdisciplinarité, de transversalité des connaissances et d'ancrage conceptuel et théorique permet d'étudier un objet de recherche sous les trois angles (ou niveaux) d'analyse qui correspondent aux objectifs spécifiques de la recherche.

Figure 5 – Illustration de la démarche scientifique et des principes fondateurs de la RPSS utilisés dans la thèse



## 2.3. Méthodes de recherche

Nous avons choisi, pour chacun des trois enjeux étudiés dans cette thèse, la démarche méthodologique la plus appropriée. Ces démarches sont explicitées dans chacun des articles qui composent le chapitre *Résultats* de cette thèse. Nous les présentons ici de manière synthétique. Le point commun de ces démarches est qu'elles sont des recensions des écrits, scientifiques ou non.

Pour analyser le positionnement des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les paiements directs des soins dans les PFMR (Article 2), nous nous sommes inspirés de l'analyse des parties prenantes (*stakeholder analysis*) (Varvasovszky & Brugha, 2000a). Ce type d'analyse vise à :

« [...] generating knowledge about actors – individuals and organizations – so as to understand their behaviour, intentions, interrelations and interests; and for assessing the influence and resources they bring to bear on decision-making or implementation processes. » (Varvasovszky & Brugha, 2000a, p. 338)

Une recherche documentaire a donc été menée à partir de l'analyse des documents publiés et officiellement attribués aux acteurs de la santé mondiale entre 2005 et 2011. Ces acteurs ont été catégorisés en quatre groupes : les organisations intergouvernementales, les organisations internationales non gouvernementales, les agences gouvernementales de coopération, et les réseaux et groupes de travail transnationaux. Ils ont par la suite été classés selon leur position par rapport à l'abolition des paiements directs. Enfin, une analyse thématique des discours a été réalisée dans l'objectif de mettre en évidence les arguments utilisés par chaque acteur pour défendre sa position.

Afin d'identifier les effets perturbateurs de la suppression des paiements directs des soins sur les systèmes de santé des PFMR (Article 3), nous avons entrepris une synthèse exploratoire. Ce type de recension des écrits permet de cartographier un champ d'études, et de mettre en lumière le type de connaissances produites dans ce champ et les sources de connaissances (Arksey & O'Malley, 2005; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010). Cette synthèse a été réalisée à partir d'études empiriques portant sur l'abolition des frais demandés



aux usagers des services de santé, et publiées dans des revues scientifiques, entre 1988 et 2009. Le contenu des articles sélectionnés a été extrait et synthétisé selon une méthode descriptive analytique, au regard des six grandes fonctions essentielles des systèmes de santé (World Health Organization, 2007), à savoir : leadership et gouvernance, systèmes d'information sanitaire, financement de la santé, ressources humaines pour la santé, produits et technologies médicaux essentiels, prestation des services.

Enfin, dans l'objectif de comprendre l'influence de la suppression des paiements directs sur le recours aux soins des bénéficiaires dans les pays d'Afrique subsaharienne (Article 4), nous avons mené une revue réaliste (Robert & Ridde, 2013). La revue réaliste, dont les principes ont été présentés dans le Chapitre 1 *État des connaissances*, permet de remettre en contexte les effets produits par une intervention (Pawson, 2002b), et offre la possibilité de discerner les tendances causales sous-jacentes aux interventions complexes. Selon un processus itératif faisant appel à différents types d'écrits provenant de disciplines diverses, une théorie de moyenne portée a été développée et propose une explication de la manière dont les politiques d'exemption des paiements directs des soins permettaient d'améliorer le recours aux soins des usagers. Nous avons ensuite mis cette théorie à l'épreuve des études empiriques sélectionnées à partir d'une stratégie de recherche documentaire explicite et de critères de sélection appropriés, et dont la qualité et la pertinence ont été évaluées. La confrontation de la théorie et des études empiriques nous a permis de proposer une théorie réaliste du recours aux soins de santé gratuits en Afrique subsaharienne.

## **Chapitre 3 – Résultats**

Ce chapitre présente les résultats de la recherche doctorale.

Il est constitué de deux articles, et d'un sous-chapitre dont la version sous la forme de deux articles est en préparation au moment du dépôt de la thèse.

Le Tableau III présente ces trois contributions, les auteurs et les étapes dans la publication.

Tableau III – Description des articles de la thèse

Articles	Auteurs	Étapes dans la publication
Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study (Article 2)	Émilie Robert, Valéry Ridde	Publié dans <i>Globalization and Health</i> : Robert, E., & Ridde, V. (2013). Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study. <i>Globalization and Health</i> , 9, 29. doi:10.1186/1744-8603-9-29
A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems (Article 3)	Valéry Ridde, Émilie Robert, Bruno Meessen	Publié dans <i>BMC Public Health</i> : Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. <i>BMC Public Health</i> , 12, 289. doi:10.1186/1471-2458-12-289
Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : Une revue réaliste (Article 4)	Émilie Robert, Oumar Malla Samb, Bruno Marchal, Valéry Ridde	La version sous la forme de deux articles scientifiques est en préparation.  Le protocole de recherche de l'étude a été publié dans <i>BMJ Open</i> et est disponible à l'Annexe 1.  Robert, E., Ridde, V., Marchal, B. , & Fournier, P. (2012). Protocol: A realist review of user fee exemption policies for health services in Africa. <i>BMJ Open</i> , 2, e000706. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000706

### **3.1. Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study (Article 2)**

Au moment du dépôt de la thèse, cet article est publié dans la revue *Globalization and Health* :

Robert, E., & Ridde, V. (2013). Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study. *Globalization and Health*, 9, 29. doi:10.1186/1744-8603-9-29

#### **Auteurs :**

Émilie Robert, Valéry Ridde

#### **Contributions des auteurs :**

Sur une idée originale de Valéry Ridde et sous sa supervision, Émilie Robert a mené l'ensemble de l'étude. L'étudiante a conçu la méthode, effectué la recherche documentaire, développé les outils d'analyse (arbre décisionnel et grille d'analyse), réalisé l'analyse des documents, défini les axes de discussion, et rédigé la première version de l'article.

Valéry Ridde a supervisé l'ensemble de ces étapes, et apporté un regard critique et constructif à la méthode, aux outils d'analyse, aux conclusions des analyses, et aux versions successives de l'article.

Les deux auteurs ont lu et approuvé la version finale de l'article.

#### **Remerciements :**

Les auteurs tiennent à remercier : le *Groupe étudiant de réflexions sur les politiques* d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest de l'Université de Montréal, et particulièrement Michèle Boileau-Falardeau et Oumar Malla Samb pour leur aide au cours de l'analyse; Catherine Pirkle et le Centre de recherche du CHUM pour leur soutien à la traduction; et les réviseurs anonymes pour leurs commentaires constructifs sur l'article.

La publication en accès libre a été financée par une subvention de recherche (ROH 115213) octroyée à Valéry Ridde par les Instituts de recherche en santé du Canada.

## **RÉSUMÉ**

### **Contexte**

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

### **Méthodes**

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

### **Résultats**

Nous avons répertorié 56 acteurs de la santé mondiale pour lesquels nous avons retenu 140 documents. Parmi eux, 55% sont en faveur de l'abolition des paiements directs des soins ou de la gratuité des soins au point de service. Si aucun acteur ne se prononce plus en faveur des paiements directs, 30% ne prennent pas position. Seule la Banque Mondiale s'exprime à la fois en faveur des paiements directs et en faveur de la gratuité des soins au point de service. Les acteurs circonscrivent généralement leur position positive à certaines populations (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, etc.) ou à certains soins (soins primaires, de base, essentiels). Trois types d'arguments sont utilisés par les acteurs pour défendre leur position : économique, moral/éthique et pragmatique.

## **Conclusion**

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

**Mots-clés :** paiements directs des soins; pays à faible et moyen revenu; politique de santé internationale; changement politique

## **ABSTRACT**

### **Background**

Since the advent of health user fees in low- and middle-income countries in the 1980s, the discourse of global health actors (GHAs) has changed to the disadvantage of this type of healthcare financing mechanism. The aim of the study was to identify and analyze the stance of GHAs in the debate on user fees.

### **Methods**

We conducted documentary research using public documents published by and officially attributed to GHAs from 2005 to 2011. We categorized GHAs into four groups: intergovernmental organizations, international non-governmental organizations, government agencies, and working groups and networks. We then classified the GHAs according to their stance relative to the abolition of user fees, and conducted a thematic analysis of their discourse to understand the arguments used by each GHA to justify its stance.

### **Results**

We identified 56 GHAs, for which we analyzed 140 documents. Among them, 55% were in favor of the abolition of user fees or in favor of free care at the point of delivery. None of the GHAs stated that they were in favor of user fees; however, 30% did not take a stand. Only the World Bank declares that it is both in favor of user fees and in favor of free care at point of service. GHAs generally circumscribe their stance to specific populations (pregnant women, children under 5 years, etc.) or to specific health services (primary, basic, essential). Three types of arguments are used by GHAs to justify their stance: economic, moral and ethical, and pragmatic.

### **Conclusion**

The principle of “user pays” seems to have fizzled. Production and dissemination of evidence, as well as certain advocacy networks, may have contributed to this change in discourse. However, GHAs should go a step further and translate their words into action, so that free



healthcare at the point of delivery becomes a reality in low- and middle-income countries. They should provide technical and financial support to those countries that have chosen to implement user fee exemption policies, sometimes influenced by a GHA.

**Key words:** user fees; LMICs; international health policy; global health actors; policy change

## **List of abbreviations**

AFD	Agence française du développement (French Development Agency)
AMCP-F	Action mondiale contre la pauvreté – France
CEU	Council of the European Union
CIDA	Canadian International Development Agency
DANIDA	Danish International Development Agency
DFID	Department for International Development – United Kingdom
ECHO	Humanitarian Aid Department of the European Commission
GA	Government agency
GHA	Global health actor
GHW	Global Health Watch
GIZ	Germany Development Cooperation
INGO	International non-government organization
IGO	International government organization
ILO	International Labour Organization
JICA	Japan International Cooperation Agency
LMIC	Low and middle income country
MDG	Millennium Development Goal
MDM	Médecins du Monde
MSF	Médecins sans frontières
NW/WGs	Network / Working group
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
P4H	Providing for Health

PHM	People's Health Movement
TF on IIFHS	Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WAHO	West African Health Organization
WHO	World Health Organization

### 3.1.1. Background

Universal health coverage is the new objective of the decade (Rodin & de Ferranti, 2012) and several low-and middle-income countries (LMICs), such as India and Ghana, are now testing the principle of sharing the financial risks linked with access to healthcare. However, such policies are few in number, especially in Africa (Appiah, 2012), and user fees remain a widespread health financing mechanism (Knaul, Wong, Arreola-Ornelas, & Mendez, 2011; Tangcharoensathien et al., 2011).

The issue of health user fees has been fiercely debated (Gilson & McIntyre, 2005) since the publication of the *De Ferranti report* (De Ferranti, 1985), and the *Agenda for Reform* by the World Bank (Akin, Birdsall, & De Ferranti, 1987), and the implementation of the Bamako Initiative in the late 1980s. The financial participation of users of health services, by means of user fees, was regarded as a way to improve community participation and access to primary health care (Ridde, 2011), where health systems were weak and underfunded. Many African countries (e.g. Burkina Faso, Niger, Senegal, South Africa, Uganda, etc.) and some countries in Asia (e.g. Burma, Vietnam, Cambodia) and in Latin America (e.g. Peru, Honduras) reformed their health system based on this principle (Deschamps, 2000).

Even in the early years of implementing the Bamako Initiative in Africa and Asia, voices were raised to denounce the potential risks of such an approach for the most disadvantaged populations. As a case in point, the Canadian Public Health Association declared in 1990: “The financial requirements of attaining and sustaining PHC [primary health care] must not be met by imposing an increased financial burden on the poorest and most vulnerable in society [...]” (Canadian Public Health Association, 1990). Studies in LMICs (Gilson, 1997; James et al., 2006) have regularly shown that user fees deterred the use of health services and threatened equity (Ridde & Girard, 2004; Whitehead, Dahlgren, & Evans, 2001). However, the evidence is mixed (James et al., 2006; Lagarde & Palmer, 2011), showing, for example, that quality of care improved in some settings.

Currently there seems to be few strong supporters of user fees. Indeed, in a context where the objectives of the Millennium Development Goals are still far from being achieved, particularly in African countries (United Nations, 2012), health user fees are major barriers to access to care for vulnerable populations (McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006). More than fifteen years have passed since South Africa has decided to make health care free for a certain part of its population in 1994. This country paved the way for its neighbors. Today, despite the multiple setbacks faced by user fee exemption policies, specifically with regards to implementation (Ridde, Robert, & Meessen, 2012), around twenty LMICs, supported by several international donors, have followed the example of South Africa (Robert & Samb, 2013).

Some feel that there is now a consensus on the need to abolish user fees (Hutton, 2004; Yates, 2009): “A consensus is emerging that user fees are not an appropriate financing mechanism for health services in developing countries” (Yates, 2009, p. 2079). The Lancet editorial of September 2012 with its categorical statement that direct payments “should be scrapped” (2012, p. 859) seems to confirm this growing opinion on the global health scene.

In this study, we sought to determine to what extent a consensus exists among the various global health actors (GHAs) on the issue of user fees in LMICs. The objective is therefore to identify and analyze the public position statements of GHAs in the debate.

### **3.1.2. Methods**

#### **Research design**

As the example of the Bamako Initiative shows, more and more health reforms and public health policies are initiated at the supranational level. The “global agora” (Stone, 2008) is now the place where public policy processes, notably agenda setting, are taking place. Multiple actors, and not only states, are involved in priority setting in LMICs (Kapiriri, 2012). Moreover, the debate on user fees far exceeds the frontiers of the countries in which they are implemented. We thus decided to focus on the supranational debate involving GHAs, rather than local or state actors.

In the frame of a study on a supranational debate, collecting primary data from stakeholders is hardly feasible. It is therefore possible to base the study on secondary data, as explained by Varvasovszky and Brugha (2000):

“A supra-national analysis, involving international actors, is likely to rely more on a review of policy documents, reports and existing data” (Varvasovszky & Brugha, 2000, p. 340)

We therefore conducted documentary research, facilitated by the abundance of documents published by GHAs and their accessibility. This type of study also has the advantage of limiting the influence of the researcher on the study material (Cellard, 1997).

#### **Identification of stakeholders**

According to Varvasovsky and Brugha (2000), stakeholders are:

“actors who have an interest in the issue under consideration, who are affected by the issue, or who – because of their position – have or could have an active or passive influence on the decision-making process” (Varvasovszky & Brugha, 2000, p. 341)

We initially classified the different types of GHAs according to the categorization proposed by Evans and Newnham (1998). They distinguish between: 1) intergovernmental organizations (IGOs), composed mainly of member states and established by treaty, giving them a legal international status, and 2) international non-governmental organizations (INGOs), which are voluntary associations composed of individuals or organizations for international action. In order to take into consideration the new GHAs (Szlezak et al., 2010), we also included: 3) government agencies (GAs), national development aid agencies that act in the frame of bilateral agreements, mostly involving high-income countries; and 4) working groups and transnational networks (NW/WGs). Indeed, the globalization of trade is accompanied by the emergence of a new category of actors whose voice on the global health scene is gradually growing. Heterogeneous by nature, these actors can be either formal working groups formed by international experts or representatives of organizations for a specific purpose or mission (e.g. The Task Force on Global Action for Health System Strengthening, called also the *Takemi Working Group*) or transnational networks that are formed from a common interest (e.g. MDG Africa Steering Group, a group of leader intergovernmental organizations). These actors are developing rapidly and produce many reports that are widely disseminated.

For each category, a list of major GHAs was compiled through an iterative process (Table I). According to our knowledge of the context, we initially identified GHAs according to their involvement – at the global level – in health care financing and/or access to health care discussions. We then used the snowballing technique to complete this list: we added to the list any new GHA mentioned by previously identified GHAs and who met the two criteria mentioned above. An expert in global health also recommended the inclusion of other GHAs.

Table I – Categorization of GHAs

Intergovernmental organizations (IGOs)	Governments and their agencies (GAs)	International non-governmental organizations (INGOs)	Transnational networks, task forces and working groups		
			Networks of INGOs	Networks of GAs and IGOs	Other
African Development Bank*	Germany (GIZ) Canada (CIDA)	Bill and Melinda Gates Foundation	Action for Global Health	Commission for Africa	Countdown to 2015
Asian Development Bank	Denmark (DANIDA)	Médecins du Monde	Action mondiale contre la pauvreté	G8 MDG Africa Steering Group	Global Health Council
African Union	United States (USAID)	Médecins Sans Frontière	Coordination Sud	The Global Campaign for health MDGs	International Health Partnership +*
Council of the European Union	France (AFD)	Merlin	Global Health Watch	UNAIDS	People's Health Movement
European Parliament	Japan (JICA)	Oxfam	InterAction		Task Force on Global Action for Health System Strengthening
European Commission	Netherlands	Rockefeller Foundation	The Global Call to Action Against Poverty		Taskforce on innovative international financing for health systems
Humanitarian Aid Department of the European Commission (ECHO)	Norway	Save the Children			The Global Coalition on Women and AIDS
Inter-American Development Bank	Sweden	World Vision			UN Millennium Project
International Labor Organization (ILO)	United Kingdom (DFID)				P4H
Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)					
The World Bank					
United Nations Children's Fund (UNICEF)					
United Nations Development Programme (UNDP)					
United Nations General Assembly					
United Nations Population Fund (UNFPA)					
West African Health Organization (WAHO)					
World Health Assembly					
World Health Organization (WHO)			n = 6	n = 5	n = 9
<b>n = 18</b>	<b>n = 10</b>	<b>n = 8</b>		<b>n = 20</b>	

\* No document was found for these GHAs.



## **Data collection**

Insofar as we are interested in a supranational debate in the public arena, we chose to only analyze the official and public position statements of GHAs. Because the World Wide Web has become the major public relations medium (White & Raman, 1999), we posited that GHAs willing to express a public statement would use this channel of information to inform the public and spread their message. As a consequence, we opted to look for documents available on the Internet. We also considered that documents that are not public or that are under disclosure should not be part of our analysis because they are not accessible to the public. Furthermore, because we focused on the Internet as the only source of information, we ensured that the process of data collection was as transparent, systematic and unbiased as possible.

The official websites of the listed GHAs were systematically and comprehensively consulted to find any public documents. To be included in the study, a document had to: 1) be in English or in French; 2) be published between 2005 and 2011; 3) be published by a GHA; 4) address the issue of development, poverty or healthcare in LMICs; 5) be officially credited by the GHA (documents marked "the views expressed in this paper are solely those of the author" and similar were excluded); 6) present a point of view, a strategy, a position, a call, a plan of action, and not just an activity report.

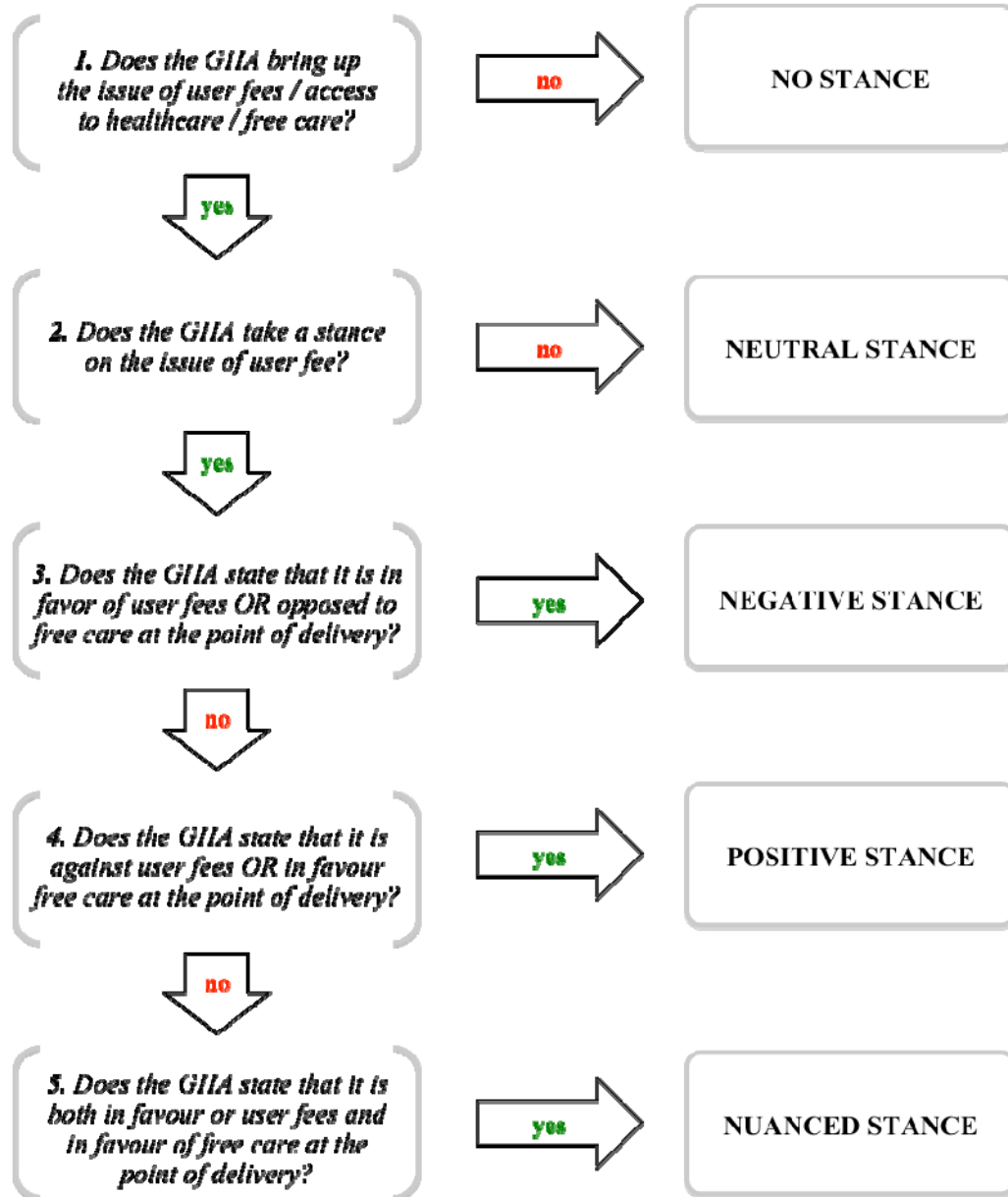
In order to get the most accurate vision of the possible positions of the GHAs, the "snowballing" technique was applied to selected documents. This technique allowed us to take into account new actors that were gradually added to the list of stakeholders. Key informants, whose research interests focus on the issues of health system financing in LMICs, access to health care for vulnerable populations and equity, were also contacted. These persons directed us to available documentation from conferences or international meetings.

## **Data analysis**

As a first step, we mapped the positions of the GHAs in the debate on the abolition of user fees. We took the features of the stakeholders' analysis, which is used to understand the role of stakeholders in the political decision-making process. This provides a focus on policy stakeholders, their interests and their relationships (Varvasovszky & Brugha, 2000), notably on health policy issues (Brugha & Varvasovszky, 2000). Such studies were recently conducted in LMICs about universal health coverage in Tanzania (Gilson et al., 2012) and about the influence of research on health systems in the policy-making process (Hyder et al., 2010).

A decision tree (Figure 6) guided the classification of the GHAs according to their position on the issue of user fees. It classifies the GHAs into five groups: no stance, neutral stance, negative stance, positive stance and nuanced stance. When multiple documents were assigned to one GHA, the most recent document in which a position was identified was used to determine the GHA's position.

Figure 6 – Decision tree to classify GHAs according to their stance on the issue of user fees



For each document, passages that were relevant to the study were transcribed into a Microsoft Excel matrix for easier data handling. The lead author applied the decision tree to all passages. A research assistant applied the item 2 “Does the GHA take a stance on the issue of user fees?” to all passages, except those already categorized “No stance”. In order to limit observer bias, this step was carried out blinded to knowledge of the authors of the passages. An inter-observer agreement was calculated for item 2 using Cohen's kappa coefficient (Freelon, 2010). The coefficient obtained was 88.9%. Disagreements were resolved by consensus.

As a second step, the lead author conducted a thematic analysis of the GHAs’ discourse to identify what arguments were used to justify their position. Mapping the positions of the GHAs allowed us to inductively develop a coding grid. This grid was applied to the passages compiled in the Microsoft Excel matrix, or to the entire document when necessary. It was iteratively completed before being finalized.

### **3.1.3. Results**

#### **Description of the GHAs and included documents**

We identified 56 GHAs: 18 were intergovernmental organizations, 10 were government agencies, 8 were international non-governmental organizations and 20 were working groups and transnational networks. We screened 203 documents meeting the inclusion criteria 1 to 4 for all GHAs, with the exception of the African Development Bank and International Health Partnership+ for which we could not find any relevant documents. Of these documents, 63 were excluded (Figure 7) because they did not meet the inclusion criteria 5 and 6. The stakeholder analysis was carried out using the 140 remaining documents. Among them, 38 were published by intergovernmental organizations, 34 were published by government agencies, 27 by international non-governmental organizations, and 41 by working groups and transnational networks. The thematic analysis was performed on the 88 documents belonging to the GHAs who have addressed the issue of access to health care, user fees or exemption policies. Table II describes the different types of documents.

Figure 7 – Selection process of the documents

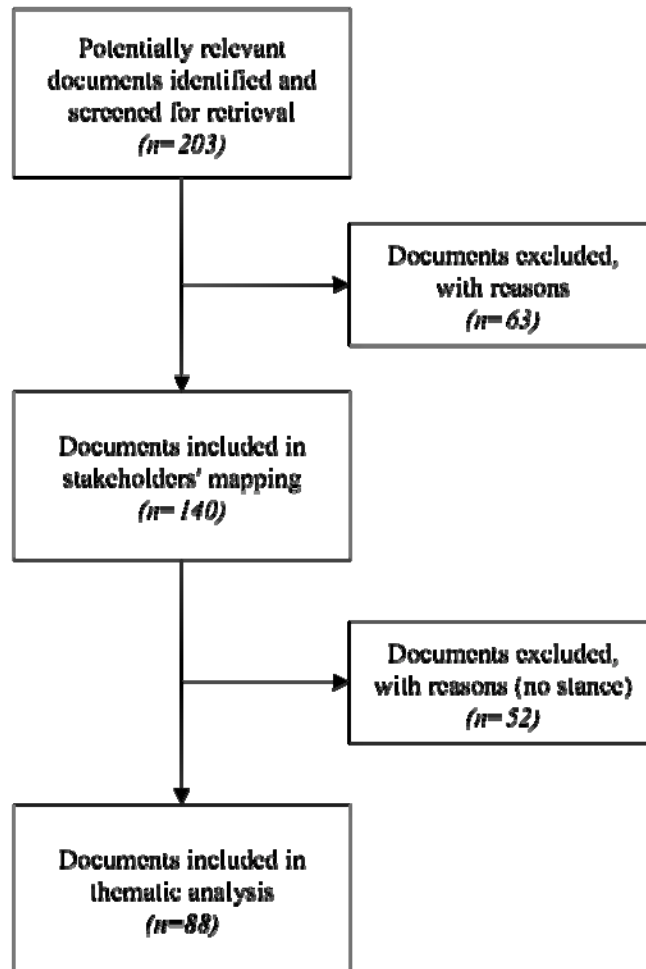
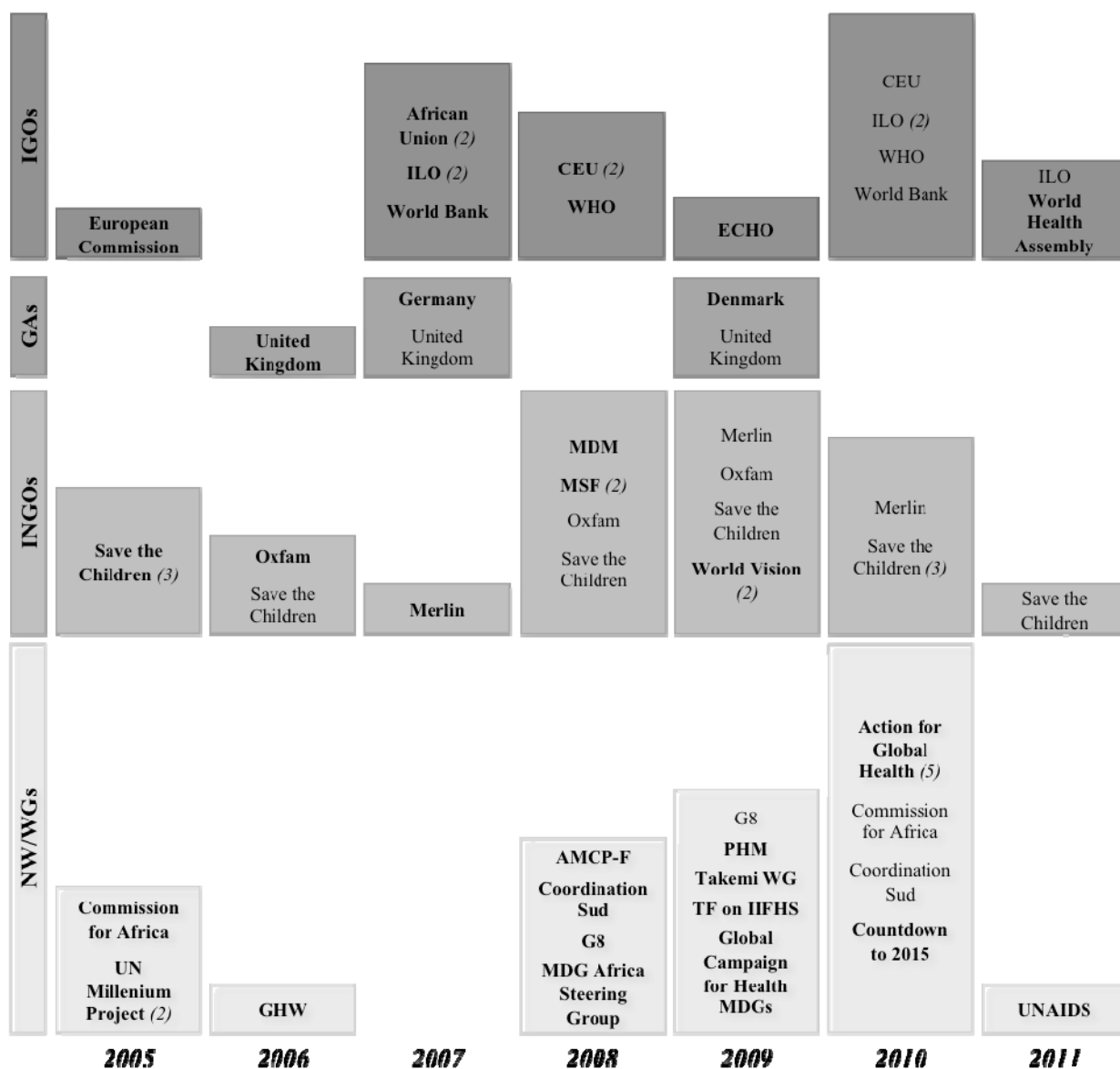


Table II – Description of the documents included in the study

	IGOs	GAs	INGOs	NW/WGs	TOTAL
<i>Total number of selected documents</i>	38	34	27	41	140
<i>Total number included in thematic analysis</i>	25	10	26	27	88
<i>Nature of documents</i>					
Action plan / strategy	14	9	0	3	26
Call to action / lobby document	1	0	23	15	39
Position paper / statement of principles	5	0	2	3	10
Report	5	1	1	6	13
<i>Topic of documents</i>					
Health (general)	8	3	1	3	15
MDGs	3	0	0	7	10
User fees / access to healthcare	1	0	9	0	10
Poverty / development	2	5	2	7	16
Specific health issue	6	2	14	10	32
Other	5	0	0	0	5

The majority of the documents in which the GHAs took a stance in favor of free care or in favor of abolishing user fees were published between 2008 and 2010 (Figure 8). Between 2005 and 2007, 19 documents (29%) were published, six of these (32%) by INGOs, while 43 (66%) were published between 2008 and 2010.

Figure 8 – Distribution of GHAs by year of publication of documents



Legend: This figure shows the distribution of GHAs by year of publication of documents in which they state that they are in favor of free care at the point of delivery or in favor of abolition of user fees. The size of each year block is proportional to the number of documents published that year. When the number of documents published by a GHA is more than one, the total number is indicated in brackets. The name of the GHA is highlighted when it is the first time it takes a positive stance from 2005.



## What are GHAs' positions on user fees?

The GHAs that took a stance in the debate are for the most part in favor of the abolition of user fees or in favor of free care at the point of delivery. Indeed, 30 of them (55%) fall into the category “Positive stance” (Table III). No GHA was in favor of user fees or against free care at point of service. However, 43% of the GHAs remain silent about the issue: either they do not address the issue (30%), or they discuss it in a neutral manner (13%). A case in point is UNAIDS, a United Nations partnership devoted to the issue of HIV/AIDS, which describes user fees as a barrier to access to care, without taking a stance:

“The costs of accessing services, including visit fees and transport costs, can also be an important barrier, especially among food-insecure people.” (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011, p. 38)

Only one GHA, the World Bank, is both in favor of user fees and in favor of free care at the point of delivery (Table III):

“[...] user fees have a role to play as copayment when there is evidence of excess demand. [...] Upon client-country demand, the Bank stands ready to support countries that want to remove user fees from public facilities [...]” (The World Bank, 2007, p. 50)

There are more INGOs that take a stance in favor of free health care or against health user fees (75%) than IGOs and GAs (respectively 41% and 30%). Similarly, GAs are more likely to fall into the categories “No stance” or “Neutral stance” (70%), whereas two INGOs (25%) fall into one of these two classes.

Table III – Distribution of GHAs according to their position in the health user fee debate

	<b>No stance</b> n=16 (30%)	<b>Neutral stance</b> n=7 (13%)	<b>Negative stance</b> n=0	<b>Positive stance</b> n=30 (55%)	<b>Nuanced stance</b> n=1 (2%)
<b>IGOs</b>	UNDP UNFPA UN General Assembly UNICEF WAHO	Asian Development Bank European Parliament Inter-American Development Bank OECD		African Union Council of the European Union ECHO European Commission International Labour Organization World Health Assembly WHO	The World Bank
<b>GAs</b>	France Canada Japan Netherlands Norway USA	Sweden		Denmark Germany UK	
<b>INGOs</b>	Gates Foundation Rockefeller Foundation			MDM Merlin MSF Oxfam Save the Children World Vision	
<b>NW/WGs</b>					
<i>GAs and IGOs</i>				Commission for Africa G8 MDG Africa Steering Group The Global Campaign for the Health MDGs UNAIDS	
<i>INGOs</i>	InterAction The Global Call to Action Against Poverty			Action for Global Health Action mondiale contre la pauvreté Coordination Sud Global Health Watch	
<i>Other</i>	Global Health Council	The Global Coalition on Women and AIDS P4H		Countdown to 2015 People' Health Movement Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Task Force on Global Action for Health System Strengthening UN Millennium Project	

## **What characterizes the “positive stance” of GHAs?**

In general, GHAs who take a stance in favor of free care or in favor of the abolition of user fees specify the populations or the type of services for which they are in favor of such measures. Documents in which GHAs take a stance often deal with mother and child health (Countdown to 2015, 2010; The World Bank, 2007; World Vision, 2009b). Some documents also deal with one or the other of these populations (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011; Merlin, 2009; Save the Children UK, 2011) or with poor and vulnerable populations (Action for Global Health, 2010a; Coordination Sud, 2008; The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals, 2009).

With regard to the type of health services for which user fees could be abolished according to the GHAs, the following are listed: basic health care (Commission for Africa, 2005; Department for International Development, 2006; Merlin, 2007; UN Millennium Project, 2005), essential health care (Department for International Development, 2007; MDG Africa Steering Group, 2008; Save the Children UK, 2005b), and primary health care (Action for Global Health, 2010a; Médecins du Monde, 2008; World Health Organization, 2008). GHAs also discuss HIV/AIDS prevention, treatment and care (Council of the European Union, 2008b; Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, 2007) and malaria (Médecins Sans Frontières Belgique, 2008a). The Global Call to Action against Poverty – France (2008) specifically mentions long-term illness. Finally, some GHAs are in favor of free care for a combination of populations and services, such as basic health care for children under five (Action for Global Health, 2010b; G8, 2008).

Some GHAs sometimes formulate conditions in which they support free health care: the World Bank (2007, 2010), ECHO (2009), World Vision (2009b), Merlin (Merlin, 2009), G8 (2008, 2009). For example, ECHO (2009) stipulates that free health care must be guaranteed in emergency situations. The World Bank identifies three conditions:

“[...] (a) the lost revenue from user fees can be replaced with resources that reach the facilities in a timely and fiscally sustainable manner over the long-term; (b) effective public financial management systems ensure that such financial transfer replacements will effectively reach the health facilities that need them the most and in the context of the appropriate incentive framework for the provision of services to the poor; and (c) that resource replacements will be used to pay for the delivery of effective quality services for the poor, provided at the health facilities.” (The World Bank, 2007, p. 50)

In addition, not all GHAs formulate their stance as directly as Save the Children and some other INGOs who do not hesitate to call for the abolition of user fees: “In order to save the lives of children and enable the poorest families to get the care they need, user fees must be abolished [...]” (Save the Children UK, 2009, p. 3). For example, the Danish cooperation, while in favor of free care at the point of care, emphasizes the need to promote alternative financing mechanisms:

“An important strategy towards improved coverage and universal access to health services is to reduce out-of-pocket spending and ensure social protection against catastrophic health expenditures. A mix of financing mechanisms is needed in most countries in order to achieve this aim. [...] abolition of user fees is a strategy that cannot guarantee quality of service and be a stand-alone strategy.” (Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2009, p. 15)

The documents from intergovernmental organizations often mentioned the idea that user fees should be avoided, while suggesting other financing mechanisms, rather than removing them outright. This is particularly the case of the African Union (2007b), Council of the European Union (2010), the World Health Assembly (2011) and WHO (2008, 2010). Detailed characteristics on GHAs’ suggested measures, as well as target populations and services, are available in the additional file 2.

### **What arguments do GHAs use to justify their stance?**

International non-governmental organizations are more likely to condemn user fees than other GHAs who might have previously promoted and supported their implementation.

The discourse of intergovernmental organizations more often calls on a set of universal values such as fairness, justice, or the right to health (see below). Their discourse is not as committed as that of INGOs and they rarely highlight the disadvantages of user fees, such as the African Union:

“In exploring additional sources of revenue countries should work towards a solidarity model within a framework of equity, seeking to implement pre-payment systems to avoid user fees at the time that care needs to be sought.” (African Union, 2007a, p. 11)

Notable exceptions among intergovernmental organizations are WHO and ECHO, who are true campaigners against user fees.

Regarding the nature of the arguments, we identified three main types of arguments (Table IV): economic arguments, moral and ethical arguments, and pragmatic arguments. Economic arguments are built around two rationales. The first one concerns the catastrophic health expenditures that households incur specifically as a result of user fees. These catastrophic expenditures would lead to the further impoverishment of the poorest households: “Where user fees exist, those who struggle to pay can be pushed further into poverty or debt” (Save the Children UK, 2009, p. 1). Some GHAs also present their views in the context of the fight against poverty and the promotion of growth, as indicated by the titles of documents, including one from the Council of the European Union: *The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development* (Council of the European Union, 2008b). The second rationale relates directly to the effectiveness of the health system. Indeed, user fees would not be “the best return on investment” (Oxfam International, 2009, p. 25) and their abolition would improve the cost-effectiveness of health services by promoting the use of services (Task Force on Global Action for Health System Strengthening, 2009).

Table IV – Distribution of GHAs according to the nature of their arguments

<b>Type of arguments</b>	<b>IGOs</b>	<b>GAs</b>	<b>INGOs</b>	<b>NWs/WGs</b>	<b>TOTAL</b>
1) Economics	6	2	6	6	<b>20</b>
2) Moral and ethics					
<i>Equity</i>	6	2	4	2	<b>14</b>
<i>Ethics</i>	5	1	3	4	<b>13</b>
<i>Human rights</i>	2	1	4	3	<b>10</b>
3) Pragmatic					
<i>Health preoccupations</i>	7	2	6	6	<b>21</b>
<i>MDGs</i>	4	2	4	11	<b>21</b>

With regard to moral and ethical arguments, equity is the reason most frequently cited by GHAs to justify their stance in the debate on user fees, and this view is relatively homogeneous. On one hand, user fees appear to be the most inequitable financing mechanism of health systems: “Direct payments are the least equitable form of health funding” (World Health Organization, 2010, p. 42). On the other hand, they are considered to have failed to ensure equitable access to health (Merlin, 2007).

User fees are also condemned because they accentuate gender inequalities as women often need to ask for money from their husbands before seeking care (Merlin, 2009; Oxfam International, 2009). Other ethical arguments are used by GHAs. They declare that user fees are a source of exclusion and discrimination (Action for Global Health, 2010b; Council of the European Union, 2008a; Médecins Sans Frontières Belgique, 2008b), that they are unfair (African Union, 2007b; Save the Children UK, 2009) or “intolerable” (ECHO, 2009), and that they pose a threat to life itself (Global Health Watch, 2006; Oxfam International, 2006).

Some GHAs, especially international non-governmental organizations, take a principled stand in favor of the right to health which frames their point of view on free care:

“Commitments to child survival are legal obligations enshrined in a series of international human rights instruments” (Save the Children UK, 2008, p. 1). Lastly, one NW/WG – the People’s Health Movement – considers that “health services must be democratic” and should therefore be free of charge (People's Health Movement, 2009, p. 11).

In the case of pragmatic arguments, health concerns of populations are the most frequently cited. Indeed, for GHAs, user fees are a barrier that prevents people, especially the poorest, from accessing health care (Global Health Watch, 2006; World Health Organization, 2010). This barrier should be removed in order to improve access to health care and use of health services (Commission for Africa, 2005; Countdown to 2015, 2010; Sixty-fourth World Health Assembly, 2011), as well as early diagnostics (Médecins du Monde, 2008), to eliminate certain diseases (Commission for Africa, 2005; Commission of the European Communities, 2005; Médecins Sans Frontières Belgique, 2008a), to improve quality and coverage of health services (Médecins du Monde, 2008; Merlin, 2009), and ultimately to save lives (Department for International Development, 2006; Save the Children UK, 2006; World Vision, 2009b). The second argument used by GHAs concerns the health Millennium Development Goals. According to the vast majority of GHAs, removing user fees would contribute to achieve the health Millennium Development Goals:

“In the absence of more pro-poor funding policies being put in place in these countries – including providing care free at the point of use – the current lack of progress towards MDG 4 looks set to continue.” (World Vision, 2009a, p. 36)

These arguments appeal to several concepts and ideas like poverty, development, equity, or the right to health, for which GHAs do not specify any definition in the documents included in the study.

To conclude, we note that several GHAs strengthen their argument by using scientific literature (n = 14), gray literature (n = 20), or their own research results or experience (n = 7).

### **3.1.4. Discussion**

#### **Key messages**

Our study shows that promoting user fees as a way of financing health systems of LMICs is no longer the trend. There is indeed a consensus among GHAs who take a stand, at least from a rhetorical point of view, in favor of avoiding user fees at the point of delivery. User fees are deemed not only as the most inequitable means of health system financing, but also as a major barrier to access to care. However, the consensus is less obvious on the action. Most GHAs suggest abolishing user fees or establishing free access to health services. Several others, including intergovernmental organizations, avoid mentioning free healthcare; rather, they emphasize the need to find alternative mechanisms of financial protection, such as social protection (Council of the European Union, 2010; International Labour Office, 2010) or pre-payment mechanisms (African Union, 2007b; Sixty-fourth World Health Assembly, 2011). As shown in the additional file 2, beneficiaries of these measures are often identified as the most vulnerable and the poorest and coincide with the target beneficiaries of the health Millennium Development Goals (mothers, children under 5, people living with HIV/AIDS). This is consistent with the statements made by some GHAs that user fees hinder the achievement of the Millennium Development Goals by slowing access to health care.

Our study also shows that international non-governmental organizations are more likely to take a stand than other GHAs. Most (Doctors of the world / Médecins du Monde, 2013; Doctors without borders / Médecins sans frontières, 2013; Oxfam International, 2007; Save the Children, 2013) have an advocacy mission, which leads them to take sides on diverse development or humanitarian issues, such as access to care. They are also direct witnesses of the problem of access to care for vulnerable populations. In contrast, few government agencies take a stand, probably because of their position in the global agora. Indeed, government agencies are responsible for implementing the foreign policy of their country, whose first aim is to defend its national interests on the international scene (Feldbaum & Michaud, 2010;



King, 2002). Each undertaking is part of a complex diplomatic logic (Feldbaum & Michaud, 2010), especially as some are among the largest donors in the field of health.

### **History of changes**

While some international non-governmental organizations have been defending the principle of free care for a long time, this is not the case of government agencies and intergovernmental organizations that have sometimes contributed - directly or indirectly - to the implementation of user fees. Indeed, UNICEF and WHO influenced the Bamako Initiative, which promoted user fees in LMICs. At that time, the World Bank was becoming influential in the health sector, transforming power relations on the international health scene (Fournier, Haddad, & Mantoura, 2001; Lee & Goodman, 2002; Serre & Pierru, 2001). Although it was not involved in the development of the Bamako Initiative, it pursued structural adjustment programs in developing countries since the early 1980s that aimed to reduce public spending in the social sectors. These programs contributed to the expansion of the Bamako Initiative. The diversification and expansion of the World Bank to the health sector influenced the nature of health financing reforms, leading to the “fabrication of a consensus”, as put by Serre and Pierru (2001).

This movement was part of a broader discussion about health system financing in Western countries and in LMICs, which started in the early 1990s. In this way, “[...] the propagation of HCF (health care financing) has been [...] shaped by the building of a consensus across different institutions and national settings, defining the 'problem' of HCF and potential solutions” (Lee & Goodman, 2002). Through its financial strength and technical expertise, the World Bank became the leader on the global health scene (Kickbusch, 2000), defining new norms and rules for international cooperation organizations, academic institutions and policy makers of LMICs who were dependent on international aid (Fournier et al., 2001). A paradigm was born and contributed to influence the vast majority of health care financing reforms in LMICs, particularly on the African continent.

The discourse on health care financing is characterized by a change in the stance of major GHAs, including intergovernmental organizations. Indeed, between the stance of the World Bank in 1987 and its stance twenty years later (The World Bank, 2007), the dominant principle of user-pays has fizzled out. The recent speech by its president Jim Yong Kim at the World Health Assembly in May 2013 gives effect to this change. He claimed there:

“Anyone who has provided health care to poor people knows that even tiny out-of-pocket charges can drastically reduce their use of needed services. This is both unjust and unnecessary” (Kim, 2013)

### **Incremental reform or fundamental change?**

Is this change incremental or fundamental? As opposed to incremental change, fundamental or paradigmatic change is “a fundamentally new direction [...], also understood as signifying the emergence of a new paradigm or way of thinking about a policy issue” (Bryant, 2002, p. 90). If our study shows the existence of a consensus, it also shows that some intergovernmental organizations and working groups and transnational networks have a nuanced stance and abstain, in particular, from promoting the abolition of user fees. They have a moderate discourse in which one perceives a tension between the desire to support the abolition of direct payments, for the sake of fairness and social justice, and the need to provide solutions to ensure the sustainability of health care financing. The same tension exists in the discourse of health staff, particularly in Mali, who admit that user fees are a barrier to access to health care for the poor, while remaining cautious about possible alternatives (Touré, 2012). Therefore, the consensus may be more about the need to find alternative ways to finance equitable health systems, such as universal health coverage.

In addition, we may legitimately ask whether certain intergovernmental organizations’ statements are not empty statements of principle. Indeed, speech façades, that use the vocabulary promoted by civil society in particular, are no stranger to international health policy (Edwards, 1993). For example, the goal of fairness that is shared by all GHAs and that helps justify their stance is never defined. The more systematic presence of this objective in

the discourse of GHAs is certainly a step towards the establishment of common values within the international community (Whitehead, Dahlgren, & Gilson, 2001). Yet, the risk that it becomes a slogan for some GHAs is present.

### **Evidence and networks: the drivers of change**

The change of GHAs' stance can be explained by the coexistence of several factors. We believe that the production and dissemination of scientific evidence on user fees and the influence of some networks of actors in global health have contributed to this change.

Since the 1990s, the evidence-based approach has gained interest, particularly in the area of political decision-making (Niessen, Grijseels, & Rutten, 2000). This approach aims to encourage policy-makers to take scientific evidence into consideration when developing new policies. International organizations have undertaken to contribute to the production of knowledge, either through their own publications (Niessen et al., 2000; Serre & Pierru, 2001), or through the financing of research in the academic world (Lee & Goodman, 2002). This evidence could allow some intergovernmental organizations to justify particular discourses and promote specific policies, from a strategic and argumentative perspective (2001).

Given the considerable challenge of health care financing reforms, and in order to inform policy makers and the public about the effects of these reforms, many researchers have focused on the impact of user fees on utilization of health services by populations (Lagarde & Palmer, 2011). For their part, INGOs, especially Save the Children, have capitalized on their field experience to produce information on the effects of user fees on access to care for vulnerable populations (Save the Children UK, 2005a, 2005b). Despite the methodological limitations of these studies, the results mostly demonstrated a negative impact of user fees on access to health care for the poor (James et al., 2006). This abundance of scientific evidence and field experience may have contributed to change the position of GHAs. It also strengthened the committed discourse of INGOs, as shown by the use of scientific literature in their documents. If evidence could not be the single factor changing the position of

intergovernmental organizations, it certainly contributed to the already strong debate between supporters and critics of user fees, while casting doubt on these cost recovery policies in the minds of LMICs policy makers.

Knowledge can contribute to political change, but only as the instrument of change that actors must use. These actors, whether they are individual or collective, have beliefs and values. They have goals they seek to achieve through the mobilization of resources and they are constrained by rules and institutions (Thelen, 1999). Advocacy networks offer an interesting perspective for understanding the involvement of different actors in policy changes over long periods (Sabatier, 1987). These networks consist of “persons holding a variety of positions (elected officials, interest group leaders, researchers) who share a particular belief system – i.e., a set of basic values, causal reasoning, and perceptions of problems – and who show a significant degree of coordinated activity over time” (Sabatier, 1987, p. 660). In this perspective, ideas have an important role in the process of change and elaboration of public policy at the national level. Two types of networks seem to have played a role in the political change of health care financing in LMICs: global policy networks, particularly transnational political elite (Lee & Goodman, 2002), and transnational advocacy networks (Keck & Sikkink, 1999).

Lee et Goodman (2002) trace the path of health care financing reforms and show the role of global policy networks in building consensus:

“This consensus has been achieved through a range of research and training initiatives, project funding, the career movement of individuals, and other forms of collaborative work across higher- and lower-income countries, health economics and public health, and public and private sectors.” (Lee & Goodman, 2002, p. 116)

The authors highlight the “transatlantic divide” between American schools of thought, which are in favor of user fees, and European schools, which are rather unfavorable to user fees. The scope of this study ends in the 2000s and offers a historical perspective that is necessary to understand how the terms of the debate on user fees in LMICs evolved. For

further analysis, we could focus on elements recognized as having fostered the emergence of a consensus, including how European schools of thought have gained legitimacy, to the point of participating in reversing dominant positions.

Transnational advocacy networks (Keck & Sikkink, 1999) differ from advocacy networks not only by their transnational character, but also by their activism. A transnational advocacy network “includes those relevant actors working internationally on an issue, who are bound together by shared values, a common discourse, and dense exchanges of information and services” (Keck & Sikkink, 1999, p. 89) Among these networks, INGOs play a central role, as they are able to initiate actions and put pressure on key international stakeholders. Indeed, INGOs “participate in the agenda setting of international issues, in the decision-making process and in the implementation of international action programs” (Hassenteufel, 2008). Several INGOs have published a large number of reports showing the negative effects of user fees on access to care for the poor, while putting pressure on their government and / or intergovernmental organizations to make them take a clear position in favor of free care at the point of delivery. Transnational advocacy networks have several levers to influence policy decision-making (Keck & Sikkink, 1999): “information politics” which is the capacity to quickly mobilize politically relevant information; “symbolic politics” which is the ability to use symbols or striking stories to give meaning to action; “leverage politics” which is the ability to solicit more powerful stakeholders to influence a situation; “accountability politics” which is the ability to compel actors to comply with their declaration of intent. We think that the study of these tactics would allow a better understanding of the influence that these actors have had in changing the stance of intergovernmental organizations and government agencies with respect to user fees in LMICs.

Beyond these two drivers of change, our study suggests a third driver: the LMICs themselves. We note that the publication of documents in which GHAs take a stand in favor of free care or the abolition of user fees increases between 2008 and 2010. It is during this period that influential stakeholders such as the WHO, the European Commission, the G8 and several working groups and transnational networks take a stand in the debate. However, these

documents follow the decision of several LMICs to implement user fee exemption policies. Indeed, Ghana and Burkina Faso opted for exemption policies for maternal health in 2003, followed in 2005 by Niger, Mali and Senegal (Robert & Samb, 2013). This suggests that most GHAs may have felt they had to take a stand with regard to the policies initiated by LMICs. However, the multiplicity of exemption measures since 2009, particularly in West Africa, suggests that the stance of GHAs has in turn prompted other LMICs such as Côte d'Ivoire, Togo and Sierra Leone to implement exemption policies.

### **From words to deeds**

Whatever the nature of the change that is taking place on the international health scene, the stance of GHAs alone is ineffective in improving the health of populations. Even if “change may be symbolic before being concrete due to the performative dimension of political discourse” (Hassenteufel, 2008), it must be transformed into action to last. The first to take action were international non-governmental organizations, including MSF and MDM. Their documents show their experiences in implementing free health care at the local level. These experiences provided them with arguments for their lobby campaigns. More recently, intergovernmental organizations have pressured governments of LMICs to introduce user fee exemption measures. As an example, in Burkina Faso, the World Bank has supported the implementation of the subsidy for emergency obstetric and neonatal care (Richard et al., 2011). In Niger, the Bank has subordinated loans to the introduction of free health care for children under 5 (Ousseini, 2011). However, the Bank’s conditions were not followed by technical or financial support. In Niger, it has not provided the necessary financial support to ensure the smooth functioning of the exemption measures it advocated. This has forced the country to turn to other donors, such as the French cooperation (Ousseini, 2011) which allowed a part of its aid to be used to fund free care for children under 5. The limits of their actions could explain why intergovernmental organizations tend not to mention free care or exemption policies as possible solutions, and merely highlight the inequitable nature of user fees.

These examples illustrate the difficulties faced by LMICs to implementing user fee exemption policies, without the support of donors. Indeed, although many exemption policies were implemented in several sub-Saharan African countries, their outcomes in terms of service utilization were marred by problems of implementation. A lack of preparation, both operational and financial, has been highlighted in many studies (Meessen et al., 2011; Ridde et al., 2012). A major repercussion was the return of illegal user fees (Chuma, Musimbi, Okungu, Goodman, & Molyneux, 2009; Nimpagaritse & Bertone, 2011; Witter, Armar-Klemesu, & Dieng, 2008), which may counteract the expected policy effects. Furthermore, exemption policies' sustainability is far from assured (Atim & Wang, 2012), and out-of-pocket payments remain an issue for those who do not benefit from these policies or have to pay for transportation, medicine, etc. (World Health Organization, 2010). Thus, although they have generally shown their potential to improve health services utilization (Pariyo et al., 2009; Penfold, Harrison, Bell, & Fitzmaurice, 2007; Witter, Dieng, Mbengue, Moreira, & De Brouwere, 2010), user fee exemption policies are rarely promoted as a way to ensure equitable access to healthcare. However they are increasingly seen as a step towards universal health coverage (Atim & Wang, 2012; Meessen, 2013; Yates, 2009). In this context, the debate now seems to be more about the most effective and equitable mechanisms to achieve universal health coverage in LMICs.

## **Limits**

Although we conducted the study so as to limit bias, including interpretation bias, our work has some limitations that are inherent to the research design. First, because we used only secondary data, we limited our analysis to the official and public discourse of major stakeholders. However, as shown in the case of Niger, where France supported the user fee exemption policy, the absence of documents addressing the issue of user fees by some GHAs does not mean that there are no positions taken on “the ground”. Similarly, the financial or technical support by a GHA for a national user fee exemption policy or a local free care program does not necessarily mean that it takes a stand against health user fees or for universal

free care. Such actions may be motivated by contextual considerations that are political, social or health-related.

In addition, it is possible that certain documents were not found, a major challenge being to ensure the completeness of the data collection strategy. We recall in this respect that the documents marked “the views expressed in this paper are solely those of the author” and similar were excluded. It is also possible that other GHAs not included in our initial sample expressed opinions on the issue of user fees. However, we could not trace their presence in the debate. Indeed, the multiplicity of stakeholders makes it difficult to ensure their full representation. Moreover, the data collection strategy ended in mid-2011; other documents may have been published since and state, specify or modify the stance of some GHAs. Ensuring that findings are up-to-date can be challenging when dealing with global policy issues that are very contemporary and are under close scrutiny.

Finally, the objective of this study was to identify and analyze the public position statements of GHAs in the debate on health user fees. It would have been particularly interesting to understand the evolution of the change in the stances of GHAs in this debate and analyze how it relates to the international debate on healthcare financing. However this is beyond the scope of our study.



### **3.1.5. Conclusion**

Our study is one of the few to analyze the stance of GHAs on a global health policy issue based on the analysis of public documents. It shows that there is a consensus on the need to make health care free at the point of delivery in LMICs to ensure equitable access for all. The consensus seems to follow, not precede, the establishment of user fee exemption policies in some LMICs. While universal health coverage becomes the new objective in global health policy, free care at the point of delivery is far from being a reality for many citizens in LMICs. This is why GHAs, and especially intergovernmental organizations, should not settle for a speech front and must translate their words into action. Intergovernmental organizations and government agencies who have the necessary means must ensure both technical and financial support to the governments of LMICs committed to implement user fee exemption policies.

As for the scientific community, we should continue our work to improve GHAs' understanding of challenges, successes and obstacles faced by governments when implementing such reforms. We also need to better understand the historical evolution of the debate on user fees, as a way to understand global governance and how it influences public health policies in LMICs.

## Bibliography

- Action for Global Health. (2010a). *2010 reality check: Time is running out to meet the health MDGs*. Brussels, Belgium: Action for Global Health. Retrieved from [http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user\\_upload/\\_temp\\_/Action\\_Aid\\_\\_WEBLORES\\_.pdf](http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user_upload/_temp_/Action_Aid__WEBLORES_.pdf).
- Action for Global Health. (2010b). *Improving the health of children across the world needs to be made a priority by governments*. Strasbourg, France: Action for Global Health. Retrieved from [http://www.globalhealthguide.eu/files/MDG4\\_CSStatement\\_FINAL.pdf](http://www.globalhealthguide.eu/files/MDG4_CSStatement_FINAL.pdf).
- Action Mondiale Contre la Pauvreté - France. (2008). *Health for development: Challenges and responsibilities: At the midway point in the Millennium development goals, where do we stand on health? The French civil society recommendations*. Paris, France: AMCP-France. Retrieved from [http://www.actionmondialecontrelapauvrete.org/article.php3?id\\_article=232](http://www.actionmondialecontrelapauvrete.org/article.php3?id_article=232).
- African Union. (2007a). *Africa Health Strategy: 2007-2015*. Addis Ababa, Ethiopia: African Union. Retrieved from [http://www.africanunion.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13avr/doc/en/SA/AFRICA\\_HEALTH\\_STRATEGY.pdf](http://www.africanunion.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY.pdf).
- African Union. (2007b). *The new partnership for Africa's development (NEPAD): Health strategy*. Addis Ababa, Ethiopia: African Union. Retrieved from [http://www.iag-agi.org/bdf/docs/framework\\_-\\_nepad\\_health\\_strategy.pdf](http://www.iag-agi.org/bdf/docs/framework_-_nepad_health_strategy.pdf).
- Akin, J., Birdsall, N., & De Ferranti, D. (1987). *Financing health services in developing countries: An agenda for reform*. Washington, DC: The World Bank.
- Appiah, B. (2012). Universal health coverage still rare in Africa. *Canadian Medical Association Journal*, 184(2), E125-126. doi: 10.1503/cmaj.109-4052
- Atim, C., & Wang, H. (2012). How should we track progress toward universal health coverage in low-income countries? *African Journal of Health Economics*, 2, E-publication ahead of print. [http://www.ajhe.org/TRACKING%20UHC%20IN%20LICs%20Oct2012%20FinalSubmitted%20\(1\).pdf](http://www.ajhe.org/TRACKING%20UHC%20IN%20LICs%20Oct2012%20FinalSubmitted%20(1).pdf)
- Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: A review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239-246. doi: 10.1093/heapol/15.3.239

- Bryant, T. (2002). Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17(1), 89-98. doi: 10.1093/heapro/17.1.89
- Canadian Public Health Association. (1990). *Position Paper. Sustainability and Equity: Primary Health Care in Developing Countries*. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association. Retrieved from [http://www.cpha.ca/uploads/resolutions/1990\\_pp1\\_e.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/resolutions/1990_pp1_e.pdf).
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.
- Chuma, J., Musimbi, J., Okungu, V., Goodman, C., & Molyneux, C. (2009). Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *International Journal for Equity in Health*, 8, 15. doi: 10.1186/1475-9276-8-15
- Commission for Africa. (2005). *Our common interest: Report of the Commission for Africa*. London, United Kingdom: Commission for Africa. Retrieved from [http://ocpa.irmo.hr/resources/docs/Commission\\_for\\_Africa\\_Report-en.pdf](http://ocpa.irmo.hr/resources/docs/Commission_for_Africa_Report-en.pdf).
- Commission of the European Communities. (2005). *A European programme for action to confront HIV/AIDS, malaria and tuberculosis through external action (2007-2011)*. Brussel, Belgium. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0179:FIN:EN:PDF>.
- Coordination Sud. (2008). *Préparation du G8 de Hokkaido, Toyako, Japon 7-9 Juillet 2008. Propositions des ONG françaises*. Paris, France: Coordination Sud. Retrieved from [http://www.ong-ngo.org/old/IMG/pdf/Positions\\_Coordination\\_SUD\\_G8\\_2008.pdf](http://www.ong-ngo.org/old/IMG/pdf/Positions_Coordination_SUD_G8_2008.pdf).
- Council of the European Union. (2008a). *Council conclusions on the promotion and protection of the rights of the child in the European Union's external action: The development and humanitarian dimensions*. Brussels, Belgium: Council of the European Union. Retrieved from [http://www.eu2008.si/en/News\\_and\\_Documents/Council\\_Conclusions/May/0526\\_GAER\\_C-pravice\\_otrok.pdf](http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Council_Conclusions/May/0526_GAER_C-pravice_otrok.pdf).
- Council of the European Union. (2008b). *The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development: EU Agenda for Action on MDGs*. Brussels, Belgium: Council of the European Union. Retrieved from <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st11/st11096.en08.pdf>.
- Council of the European Union. (2010). *Council conclusions on the EU role in global health*. Brussels, Belgium: Council of the European Union. Retrieved from [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/foraff/114352.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/foraff/114352.pdf).

- Countdown to 2015. (2010). *Countdown to 2015 decade report (2000-2010) with country profiles: Taking stock of maternal, newborn and child survival*. Washington, DC: WHO / UNICEF. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599573\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599573_eng.pdf).
- De Ferranti, D. (1985). *Paying for health services in developing countries: An overview* (T. W. Bank Ed.). Washington, DC: The World Bank.
- Department for International Development. (2006). *Eliminating world poverty. Making governance work for the poor. A white paper on international development*. London, United Kingdom: The Stationery Office. Retrieved from <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm68/6876/6876.pdf>.
- Department for International Development. (2007). *Working together for better health*. London, United Kingdom: Department for International Development. Retrieved from <http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/workingtogether.pdf>.
- Deschamps, J.-P. (2000). Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement : Sciences, société et éthique. *Médecine / Sciences, 16*, 1211-1217.
- Doctors of the world / Médecins du Monde. (2013). The principles and values of the network. Retrieved from <http://www.mdm-international.org/spip.php?article79>
- Doctors without borders / Médecins sans frontières. (2013). History and principles. Retrieved from <http://www.doctorswithoutborders.org/aboutus/?id=5226&cat=about-us-pages>
- ECHO. (2009). *DG ECHO position paper on user fees for primary health services in humanitarian crises*. Brussels, Belgium: ECHO. Retrieved from [http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/health\\_2009\\_note\\_on\\_user\\_fees.pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/health_2009_note_on_user_fees.pdf).
- Editorial. (2012). The struggle for universal health coverage. *Lancet*, 380(9845), 859. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61485-8
- Edwards, M. (1993). 'Does the doormat influence the boot?': Critical thoughts on UK NGOs and international advocacy. *Development in Practice*, 3(5), 163-175. doi: 10.1080/096145249100077281
- Evans, Graham, & Newnham, Jeffrey. (1998). *The Penguin dictionary of international relations*. London, United Kingdom: Penguin Books.

- Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2007). *Promoting health - Fighting HIV / AIDS*. Berlin, Germany: Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. Retrieved from [http://www.bmz.de/en/publications/type\\_of\\_publication/information\\_flyer/information\\_brochures/Materialie178.pdf](http://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/information_flyer/information_brochures/Materialie178.pdf).
- Feldbaum, H., & Michaud, J. (2010). Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. *PLoS Medicine*, 7(4), e1000226. doi: 10.1371/journal.pmed.1000226
- Fournier, P., Haddad, S., & Mantoura, P. (2001). Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : L'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique. In Nouveaux Cahiers de l'IUED (Ed.), *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXIème siècle*. (Vol. 11, pp. 71-84). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Freelon, D. (2010). ReCal: Intercoder reliability calculation as a web service. *International Journal of Internet Science*, 5(1), 20-33.
- G8. (2008). *G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration*. Toyako, Japon: G8. Retrieved from [http://www.canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/G8\\_Hokkaido\\_Toyako\\_Summit\\_Leaders\\_Declaration-eng.pdf](http://www.canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/G8_Hokkaido_Toyako_Summit_Leaders_Declaration-eng.pdf).
- G8. (2009). *Responsible leadership for a sustainable future*. L'Aquila, Italy: G8. Retrieved from [http://www.g8italia2009.it/static/G8\\_Allegato/G8\\_Declaration\\_08\\_07\\_09\\_final,0.pdf](http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final,0.pdf).
- Gilson, L. (1997). The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12(4), 273-285.
- Gilson, L., Erasmus, E., Borghi, J., Macha, J., Kamuzora, P., & Mtei, G. (2012). Using stakeholder analysis to support moves towards universal coverage: Lessons from the SHIELD project. *Health Policy and Planning*, 27(suppl 1), i64-i76. doi: 10.1093/heapol/czs007
- Gilson, L., & McIntyre, D. (2005). Removing user fees for primary care in Africa: The need for careful action. *British Medical Journal*, 331(7519), 762-765. doi: 10.1136/bmj.331.7519.762
- Global Health Watch. (2006). *Global Health Watch 2005-2006: An alternative world health report*. London, United Kingdom: Zed Books Ltd. Retrieved from <http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/ghw.pdf>.

- Hassenteufel, P. (2008). *Sociologie politique : l'action publique*. Paris, France: A. Colin.
- Hutton, G. (2004). *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees": a look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. London, United Kingdom: DFID.
- Hyder, A., Syed, S., Puvanachandra, P., Bloom, G., Sundaram, S., Mahmood, S., . . . Peters, D. (2010). Stakeholder analysis for health research: Case studies from low- and middle-income countries. *Public Health, 124*(3), 159-166. doi: 10.1016/j.puhe.2009.12.006
- International Labour Office. (2010). *World social security report*. Geneva, Switzerland: ILO. Retrieved from <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=1985&lang=EN>.
- James, C. D., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., . . . Xu, K. (2006). To retain or remove user fees?: Reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy, 5*(3), 137-153.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2011). *Countdown to zero: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive*. Geneva, Switzerland: UNAIDS. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf).
- Kapiriri, L. (2012). Priority setting in low income countries: The roles and legitimacy of Development Assistance Partners. *Public Health Ethics, 5*(1), 67-80. doi: 10.1093/phe/phs004
- Keck, M. E., & Sikkink, K. (1999). Transnational advocacy networks in international and regional politics. *International Social Science Journal, 51*(159), 89-101. doi: 10.1111/1468-2451.00179
- Kickbusch, I. (2000). The development of international health policies: Accountability intact? *Social Science and Medicine, 51*(6), 979-989. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00076-9
- Kim, J. Y. (2013). *Poverty, health and the human future*. Paper presented at the World Health Assembly, Geneva, Switzerland. <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>
- King, N. B. (2002). Security, disease, commerce: Ideologies of postcolonial global health. *Social Studies of Science, 32*(5-6), 763-789. doi: 10.1177/030631270203200507

- Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., & Mendez, O. (2011). Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve latin american and Caribbean Countries. *Salud Publica Mexico*, 53(suppl 2), S85-S95. doi: 10.1590/S0036-36342011000800005
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD009094. doi: 10.1002/14651858.CD009094
- Lee, K., & Goodman, H. (2002). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980s. In L. Kelley, K. Buse & S. Fustukian (Eds.), *Health policy in a globalising world* (Vol. 2, pp. 97-119). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine*, 62(4), 858-865. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.001
- MDG Africa Steering Group. (2008). *Achieving the Millennium Development Goals in Africa*. New York, NY: United Nations Department of Public Information. Retrieved from <http://www.who.int/pmnch/events/2008/mdgsteeringgrouprecommendations.pdf>.
- Médecins du Monde. (2008). *L'accès gratuit aux soins de santé primaire : Une stratégie payante. Appel au G8*. Paris, France: Médecins du Monde France. Retrieved from <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/A-l-International/L-acces-gratuit-aux-soins-de-sante-primaire-une-strategie-payante-Appel-au-G8>.
- Médecins Sans Frontières Belgique. (2008a). *Full prescription: Better malaria treatment for more people, MSF's experience*. Brussels, Belgium: MSF. Retrieved from [http://www.msf.org/source/medical/malaria/2008/MSF\\_malaria\\_2008.pdf](http://www.msf.org/source/medical/malaria/2008/MSF_malaria_2008.pdf).
- Médecins Sans Frontières Belgique. (2008b). *No cash, no care: How "user fees" endanger health. An MSF briefing paper on financial barriers to healthcare*. Brussels, Belgium: Médecins Sans Frontières. Retrieved from <http://www.msf.org/source/access/2008/NocashNocareMSFapril2008.pdf>.
- Meessen, B. (2013). Free health care as a step towards Universal Health Coverage? Maybe, but only if we learn from the recent past. Health Financing in Africa Le Blog. Retrieved from <http://www.healthfinancingafrica.org/3/post/2013/03/free-health-care-as-a-step-towards-universal-health-coverage-maybe-but-only-if-we-learn-from-the-recent-past.html>

- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning, 26*(Suppl 2), ii16-29. doi: 10.1093/heapol/czr062
- Merlin. (2007). *Merlin's role in health financing*. London, United Kingdom: Merlin. Retrieved from <http://www.merlin.org.uk/userfiles/MerlinHealthFinance.pdf>.
- Merlin. (2009). *All mothers matter: Investing in health sector to save lives in fragile states*. London, United Kingdom: Merlin. Retrieved from [http://www.healthandfragilestates.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=51&&Itemid=38](http://www.healthandfragilestates.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=51&&Itemid=38).
- Ministry of Foreign Affairs of Denmark. (2009). *Health and development: A guidance note to Danish development assistance to health*. (9788770872676). Copenhagen, Denmark: Ministry of Foreign Affairs of Denmark. Retrieved from <http://www.danidadevforum.um.dk/NR/rdonlyres/2A569EDA-B5E5-4683-A3B0-4C8B99296A68/0/GNHFinal18NOV2009Final.pdf>.
- Niessen, L. W., Grijseels, E. W., & Rutten, F. F. (2000). The evidence-based approach in health policy and health care delivery. *Social Science and Medicine, 51*(6), 859-869. doi: S0277953600000666 [pii]
- Nimpagaritse, M., & Bertone, M. P. (2011). The sudden removal of user fees: The perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning, 26*(Suppl 2), ii63-71. doi: 10.1093/heapol/czr061
- Ousseini, A. (2011). *Une politique publique de santé au Niger: La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*. Niamey, Niger: LASDEL.
- Oxfam International. (2006). *In the public interest: Health, education, and water and sanitation for all*. Oxford, United Kingdom: Oxfam International. Retrieved from <http://www.oxfam.ca/sites/default/files/in-the-public-interest-health-education-and-water-and-sanitation-for-all.pdf>.
- Oxfam International. (2007). *Oxfam International strategic plan 2007-2012: Demanding justice*. The Hague, Netherlands: Oxfam International.
- Oxfam International. (2009). *Blind optimism: Challenging the myths about private health care in poor countries*. Oxford, United Kingdom: Oxfam International.



- Pariyo, G. W., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Rahman, M. H., Peterson, S., Bishai, D. M., . . . Peters, D. H. (2009). Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: Are reforms benefitting the poor? *International Journal for Equity in Health*, 8, 39. doi: 10.1186/1475-9276-8-39
- Penfold, S., Harrison, E., Bell, J., & Fitzmaurice, A. (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Medical Journal*, 41(7), 100-109.
- People's Health Movement. (2009). *People's Charter for Health*. Cape Town, South Africa: PHM Global Secretariat. Retrieved from <http://www.phmovement.org/en/about>.
- Richard, F., Hercot, D., Ouédraogo, C., Delvaux, T., Samaké, S., van Holmen, J., . . . Vandemoortele, J. (2011). Sub-Saharan Africa and the health MDGs: The need to move beyond the "quick impact" model. *Reproductive Health Matters*, 19(38), 42-55. doi: 10.1016/S0968-8080(11)38579-5
- Ridde, V. (2011). Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems? *International Journal of Health Services*, 41(1), 175-184. doi: 10.2190/HS.41.1.1
- Ridde, V., & Girard, J.E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 1(41), 37-51. doi: 10.3917/spub.041.0037
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, 12, 289. doi: 10.1186/1471-2458-12-289
- Robert, E., & Samb, O. M. (2013). Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique Contemporaine*, 2012(243), 100-101. doi: 10.3917/afco.243.0100
- Rodin, J., & de Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: The third global health transition? *Lancet*, 380, 861-862. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61340-3
- Sabatier, P. A. (1987). Knowledge, policy-oriented learning, and policy change: An advocacy coalition framework. *Science Communication*, 8(4), 649-692. doi: 10.1177/0164025987008004005
- Save the Children. (2013). *Investing in impact for children: Save the Children 2013-2015 strategic plan*. Westport, Ireland: Save the Children. Retrieved from <http://www.savethechildrenweb.org/Investing-in-Impact-for-Children/>.

- Save the Children UK. (2005a). *Killer bills: Make child poverty history - abolish user fees*. London, United Kingdom: Save the Children UK. Retrieved from [http://images.savethechildren.it/IT/f/img\\_publicazioni/img100\\_b.pdf](http://images.savethechildren.it/IT/f/img_publicazioni/img100_b.pdf).
- Save the Children UK. (2005b). *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, United Kingdom: Save the Children UK. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/An\\_Unnecessary\\_Evil\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/An_Unnecessary_Evil_1.pdf).
- Save the Children UK. (2006). *Paying with their lives: The cost of illness for children in Africa*. London, United Kingdom: Save the Children UK. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/paying\\_with\\_their\\_lives%281%29\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/paying_with_their_lives%281%29_1.pdf).
- Save the Children UK. (2008). *Saving children's lives: Why equity matters*. London, United Kingdom: Save the Children UK. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/saving-childrens-lives\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/saving-childrens-lives_1.pdf).
- Save the Children UK. (2009). *Health user fees - The case against*. London, United Kingdom: Save the Children UK. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/User\\_fees\\_FE\\_edit.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/User_fees_FE_edit.pdf).
- Save the Children UK. (2011). *No child born to die: Closing the gaps*. London, United Kingdom: Save the Children UK. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/No\\_Child\\_Born\\_to\\_Die\\_low\\_res.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/No_Child_Born_to_Die_low_res.pdf).
- Serre, M., & Pierru, F. (2001). Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie. *Lien social et Politiques*, 45, 105-128. doi: 10.7202/009402ar
- Sixty-fourth World Health Assembly. (2011). Sustainable health financing structures and universal coverage. New York, NY: World Health Assembly.
- Stone, D. (2008). Global public policy, transnational policy communities, and their networks. *Policy Studies Journal*, 36(1), 19-38. doi: 10.1111/j.1541-0072.2007.00251.x
- Szlezak, N. A., Bloom, B. R., Jamison, D. T., Keusch, G. T., Michaud, C. M., Moon, S., & Clark, W. C. (2010). The global health system: Actors, norms, and expectations in transition. *PLoS Medicine*, 7(1), e1000183. doi: 10.1371/journal.pmed.1000183
- Tangcharoensathien, V., Patcharanarumol, W., Ir, P., Aljunid, S. M., Mukti, A. G., Akkhavong, K., . . . Mills, A. (2011). Health-financing reforms in southeast Asia: Challenges in achieving universal coverage. *Lancet*, 377(Series), 863-873. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61890-9

- TaskForce on Global Action for Health System Strengthening. (2009). *Global action for health system strengthening*. Tokyo, Japan: Japan Center for International Exchange.
- The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. (2009). *Leading by example: Protecting the most vulnerable during the economic crisis*. Oslo, Norway: Office of the Prime Minister of Norway. Retrieved from [http://www.norad.no/en/thematic-areas/global-health/maternal-child-and-womens-health/health-mdgs-reports/\\_attachment/385329?\\_download=true&\\_ts=1333b72a57d](http://www.norad.no/en/thematic-areas/global-health/maternal-child-and-womens-health/health-mdgs-reports/_attachment/385329?_download=true&_ts=1333b72a57d).
- The World Bank. (2007). *Healthy development: The World Bank strategy for health, nutrition and population results*. Washington, DC: World Bank. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/HNPStrategyFINALApril302007.pdf>.
- The World Bank. (2010). *The World Bank's reproductive health action plan 2010-2015*. Washington, DC: The World Bank. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1261312056980/RHActionPlanFinalMay112010.pdf>.
- Thelen, K. (1999). Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science*, 2(1), 369-404. doi: 10.1146/annurev.polisci.2.1.369
- Touré, L. (2012). La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? *Afrique Contemporaine*, 3(243), 49-63. doi: 10.3917/afco.243.0049
- UN Millennium Project. (2005). *Who's got the power? Transforming health systems for women and children. Achieving the Millennium Development Goals*. London, United Kingdom: Millennium Project. Retrieved from <http://www.unmillenniumproject.org/documents/maternalchild-complete.pdf>.
- United Nations. (2012). *Millenium Development Goals: 2012 Progress Chart*. New York, NY. Retrieved from [http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/2012\\_Progress\\_E.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/2012_Progress_E.pdf).
- Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000). How to do (or not to do)... À stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338-345. doi: 10.1093/heapol/15.3.338
- White, C., & Raman, N. (1999). The World Wide Web as a public relations medium: The use of research, planning, and evaluation in web site development. *Public Relations Review*, 25(4), 405-419. doi: 10.1016/S0363-8111(99)00027-2
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358(9284), 833-836. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05975-X

- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in health: A global perspective. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth (Eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 309-323). New York, NY: Oxford University Press.
- Witter, S., Armar-Klemesu, M., & Dieng, T. (2008). National fee exemption schemes for deliveries: Comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In F. Richard, S. Witter & V. de Brouwere (Eds.), *Reducing Financial Barriers to Obstetric Care in Low-Income Countries* (pp. 167-198). Antwerp, Belgium: Institute of Tropical Medicine.
- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: Evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*, 25(5), 384-392. doi: 10.1093/heapol/czq013
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).
- World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage. The World Health Report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf).
- World Vision. (2009a). *Child health now: Together we can end preventable deaths*. Monrovia, Liberia: World Vision. Retrieved from [http://www.who.int/pmnch/topics/child/child\\_health\\_now.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/child/child_health_now.pdf).
- World Vision. (2009b). *Who's counting? 9.2 million children – the cost of inaction on child health*. Monrovia, Liberia: World Vision. Retrieved from [http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/11FBDA878493AC7A882574CD0074E7FD/\\$file/Who-s-Counting-report.pdf](http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/11FBDA878493AC7A882574CD0074E7FD/$file/Who-s-Counting-report.pdf).
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 373(9680), 2078-2081. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60258-0

## Additional file 1

### Documents published and credited by Global Health Actors (2005-2011)

Note: URL links were updated on October 9, 2012 or later. Some original URL links are missing. Documents can be obtained upon request to the lead author.

1. Action for Global Health. (2009). *Health in crisis: Why, in time of economic crisis, Europe must do more than ever to achieve the health Millennium Development Goals*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.actionforglobalhealth.eu/uploads/media/AFGH\\_Health\\_in\\_Crisis\\_Report2009\\_.pdf](http://www.actionforglobalhealth.eu/uploads/media/AFGH_Health_in_Crisis_Report2009_.pdf)
2. Action for Global Health. (2009). *Right to health and the health MDGs*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user\\_upload/\\_temp\\_/Right\\_to\\_Health\\_position\\_paper\\_AFGH\\_01.pdf](http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user_upload/_temp_/Right_to_Health_position_paper_AFGH_01.pdf)
3. \*Action for Global Health. (2010). *2010 reality check: Time is running out to meet the health MDGs*. Brussels, Belgium, Belgium. Retrieved from [http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user\\_upload/\\_temp\\_/AFGH\\_EU-Roadmap\\_NEW.pdf](http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user_upload/_temp_/AFGH_EU-Roadmap_NEW.pdf)
4. \*Action for Global Health. (2010). *Action for Global Health recommendations for the Council Conclusions on the European Commission's Communication on the EU role in global health*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.globalhealthguide.eu/files/AFGH\\_Open\\_Letter\\_Global\\_Health\\_Communication.pdf](http://www.globalhealthguide.eu/files/AFGH_Open_Letter_Global_Health_Communication.pdf)
5. \*Action for Global Health. (2010). *Improving the health of children across the world needs to be made a priority by governments*. Strasbourg, France. Retrieved from [http://www.globalhealthguide.eu/files/MDG4\\_CSOfstatement\\_FINAL.pdf](http://www.globalhealthguide.eu/files/MDG4_CSOfstatement_FINAL.pdf)
6. \*Action for Global Health, & Hart, M. (2010). *Dear member of the Development Cooperation Working Group*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.globalhealthguide.eu/files/AfGH\\_recommendations\\_for\\_the\\_MDG\\_summit.pdf](http://www.globalhealthguide.eu/files/AfGH_recommendations_for_the_MDG_summit.pdf)
7. \*Action mondiale contre la pauvreté. (2008). *Health for development: Challenges and responsibilities. At the midway point in the Millennium Development Goals, where do we stand on health? The French civil society recommendations*. Paris, France. Retrieved from [http://dev.actionmondialecontrelapauvrete.org/wp-content/uploads/2010/05/AMCP2007\\_Position\\_Santé\\_FR.pdf](http://dev.actionmondialecontrelapauvrete.org/wp-content/uploads/2010/05/AMCP2007_Position_Santé_FR.pdf)
8. \*African Union. (2007). *The new partnership for Africa's development (NEPAD): Health strategy*. Addis Ababa, Ethiopia. Retrieved from [http://www.iag-agi.org/bdf/docs/framework\\_-\\_nepad\\_health\\_strategy.pdf](http://www.iag-agi.org/bdf/docs/framework_-_nepad_health_strategy.pdf)
9. \*African Union. (2007). *Africa Health Strategy: 2007 - 2015*. Addis Ababa, Ethiopia. Retrieved from [http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13avr/doc/en/SA/AFRICA\\_HEALTH\\_STRATEGY.pdf](http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY.pdf)
10. African Union. (2010). *Actions on maternal, newborn and child health and development in Africa by 2015*. Kampala, Uganda. Retrieved from [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/news/2010/kampala\\_au\\_assembly\\_dec.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/news/2010/kampala_au_assembly_dec.pdf)
11. Agence française de développement. (2011). *Projet d'orientation stratégique 2007-2011 de l'Agence française de développement*. Paris, France. Retrieved from [http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/ELEMENTS\\_COMMUNS/pdf/POS\\_2\\_2007-2011.pdf](http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/ELEMENTS_COMMUNS/pdf/POS_2_2007-2011.pdf)
12. \*Asian Development Bank. (2005). *Development, poverty and HIV/AIDS: ADB's strategic response to a growing epidemic*. Metro Manila, Philippines. Retrieved from <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2005/in90-05.pdf>

13. \*Asian Development Bank. (2008). *An operational plan for improving health access and outcomes under Strategy 2020*. Metro Manila, Philippines. Retrieved from <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2008/Operational-Plan-For-Health.pdf>
14. Asian Development Bank. (2008). *Strategy 2020: The long-term strategic framework of the Asian Development Bank 2008-2020*. Metro Manila, Philippines. Retrieved from <http://www.adb.org/sites/default/files/Strategy2020-print.pdf>
15. \*Asian Development Bank. (2011). *Strategic Directions Paper on HIV / AIDS 2011 – 2015*. Metro Manila, Philippines. Retrieved from <http://www.adb.org/sites/default/files/strategic-directions-hiv-aids-2011-2015.pdf>
16. Bill and Melinda Gates foundation. (2010). *Global health program*. Washington, DC. Retrieved from <http://www.gatesfoundation.org/global-health/Documents/global-health-program-overview.pdf>
17. Canadian International Development Agency. (2006). *Sustainable Development Strategy 2007-2009*. Ottawa, ON. Retrieved from [http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Sustainable\\_development/\\$file/Sustainable%20Development%20Strategy2007-2009.pdf](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Sustainable_development/$file/Sustainable%20Development%20Strategy2007-2009.pdf)
18. Canadian International Development Agency. (2009). *Securing the future of children and youth: CIDA's children and youth strategy*. Ottawa, ON. Retrieved from [http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Youth-and-Children/\\$file/children-youth-strategy-e.pdf](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Youth-and-Children/$file/children-youth-strategy-e.pdf)
19. \*Commission for Africa. (2005). *Our common interest: Report of the Commission for Africa*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://ocpa.irmo.hr/resources/docs/Commission\\_for\\_Africa\\_Report-en.pdf](http://ocpa.irmo.hr/resources/docs/Commission_for_Africa_Report-en.pdf)
20. \*Commission for Africa. (2010). *Still our common interest: Commission for Africa report 2010*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.commissionforafrica.info/wp-content/uploads/2010/09/cfa-report-2010-full-version.pdf>
21. \*Commission of the European Communities (CE). (2005). *A European programme for action to confront HIV/AIDS, malaria and tuberculosis through external action (2007-2011)*. Brussels, Belgium. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0179:FIN:EN:PDF>
22. Commission of the European Communities (CE). (2006). *Investing in people: Communication on the thematic programme for human and social development and the financial perspectives for 2007-2013*. Brussels, Belgium. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0018:FIN:EN:PDF>
23. Coordination Sud. (2007). *Préparation du G8 de Heiligendamm 6/8 Juin 2007 : Propositions des ONG françaises*. Paris, France. Retrieved from <http://www.france.attac.org/archives/spip.php/spip.php?article7041&artpage=0-0>
24. \*Coordination Sud. (2008). *Préparation du G8 de Hokkaido, Toyako, Japon, 7-9 Juillet 2008 : Propositions des ONG françaises*. Paris, France. Retrieved from [http://www.ong-ngo.org/old/IMG/pdf/Positions\\_Coordination\\_SUD\\_G8\\_2008.pdf](http://www.ong-ngo.org/old/IMG/pdf/Positions_Coordination_SUD_G8_2008.pdf)
25. \*Coordination Sud. (2010). *Proposition des ONG françaises. G8 Muskoka - 25 et 26 juin 2010. G20 Toronto - 26 et 27 juin 2010*. Paris, France. Retrieved from [http://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/document\\_position\\_g8\\_g20.pdf](http://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/document_position_g8_g20.pdf)
26. Coordination Sud & Ferrier, F. (2004). *Positions des ONG française, G8 2003, Evian, France*. Paris, France. Retrieved from [http://doc-aea.aide-et-action.org/data/admin/position\\_des\\_ong\\_francaises\\_au\\_g8\\_d\\_evian.pdf](http://doc-aea.aide-et-action.org/data/admin/position_des_ong_francaises_au_g8_d_evian.pdf)
27. \*Council of the European Union. (2008). *Council conclusions on the promotion and protection of the rights of the child in the European Union's external action: The development and humanitarian dimensions*. Brussels, Belgium. Retrieved from

- [http://www.eu2008.si/en/News\\_and\\_Documents/Council\\_Conclusions/May/0526\\_GAERC-pravice\\_otrok.pdf](http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Council_Conclusions/May/0526_GAERC-pravice_otrok.pdf)
28. \*Council of the European Union. (2008). *The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development: EU Agenda for Action on MDGs*. Brussels, Belgium. Retrieved from <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st11/st11096.en08.pdf>
  29. \*Council of the European Union. (2010). *Council conclusions on the EU role in global health*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/foraff/114352.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/foraff/114352.pdf)
  30. \*Countdown to 2015. (2010). *Countdown to 2015 decade report (2000-2010) with country profiles: Taking stock of maternal, newborn and child survival*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599573\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599573_eng.pdf)
  31. DANIDA. (2007). *A world for all: Priorities of the Danish Government for Danish Development Assistance 2008-2012*. Copenhagen, Denmark. Retrieved from <http://amg.um.dk/en/~media/amg/Documents/Overall%20Policies/Priorities%20of%20the%20Danish%20Government/2007%20A%20World%20for%20All/AWorldForAll2007.ashx>
  32. DANIDA. (2010). *Freedom from poverty, freedom to change: Strategy for Denmark's development cooperation*. Copenhagen, Denmark. Retrieved from <http://um.dk/en/~media/UM/English-site/Documents/Danida/Goals/Strategy/Freedom from poverty.ashx>
  33. \*Department for International Development. (2005). *Social transfers and chronic poverty: Emerging evidence and the challenge ahead*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.unicef.org/socialpolicy/files/social-transfers\\_and\\_chronic\\_poverty.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/social-transfers_and_chronic_poverty.pdf)
  34. \*Department for International Development. (2006). *Eliminating world poverty: Making governance work for the poor. A White Paper on International Development (DFID.)*. London, United Kingdom: The Stationery Office. Retrieved from <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm68/6876/6876.pdf>
  35. \*Department for International Development. (2007). *Working together for better health*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/workingtogether.pdf>
  36. \*Department for International Development. (2009). *Eliminating world poverty: Building our common future*. London, United Kingdom: TSO (The Stationery Office). Retrieved from [www.infodiv.org/en/Document.671.pdf](http://www.infodiv.org/en/Document.671.pdf)
  37. \*ECHO. (2009). *DG ECHO position paper on user fees for primary health services in humanitarian crises*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/health\\_2009\\_note\\_on\\_user\\_fees.pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/health_2009_note_on_user_fees.pdf)
  38. European Commission. (2007). *Investing in people: Strategy paper for the Thematic Programme 2007–2013*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/how\\_we\\_do\\_strategy\\_paper\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/how_we_do_strategy_paper_en.pdf)
  39. European Commission. (2010). *A twelve-point EU action plan in support of the Millennium Development Goals*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM\\_COM\\_2010\\_0159\\_MDG\\_EN.PDF](http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_COM_2010_0159_MDG_EN.PDF)
  40. \*European Parliament Committee on Development. (2010). *Draft report on health care systems in sub-Saharan Africa and global health*. Strasbourg, France. Retrieved from [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009\\_2014/documents/deve/pr/819/819607/819607en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/deve/pr/819/819607/819607en.pdf)
  41. \*European Parliament Council Commission. (2011). *The European Consensus on Development*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/european\\_consensus\\_2005\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/european_consensus_2005_en.pdf)
  42. \*Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2007). *Promoting Health – Fighting HIV / AIDS*. Berlin, Germany. Retrieved from [www.stoyke.com/aids/dokumente/01/018\\_en\\_bmz\\_gesundheit\\_foerdern.pdf](http://www.stoyke.com/aids/dokumente/01/018_en_bmz_gesundheit_foerdern.pdf)

43. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2008). *Development Policy Action Plan on Human Rights 2008 – 2010*. Bonn, Germany. Retrieved from [http://www.bmz.de/en/publications/type\\_of\\_publication/strategies/konzept167.pdf](http://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/strategies/konzept167.pdf)
44. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2008). *Sexual and reproductive health and rights, and population dynamics: A BMZ policy paper*. Bonn, Germany. Retrieved from [http://www.bmz.de/en/publications/type\\_of\\_publication/strategies/spezial149pdf.pdf](http://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/strategies/spezial149pdf.pdf)
45. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2008). *Towards one world: Development Policy White Paper*. Bonn, Germany. Retrieved from [http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/16AEE43BE4026B89492575BB001A0735-Weissbuch\\_en.pdf](http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/16AEE43BE4026B89492575BB001A0735-Weissbuch_en.pdf)
46. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2009). *Health and human rights*. Bonn, Germany. Retrieved from [http://www.bmz.de/en/publications/type\\_of\\_publication/strategies/spezial165.pdf](http://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/strategies/spezial165.pdf)
47. \*Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2009). *Sector strategy: German development policy in the health sector*. Bonn, Germany. Retrieved from [http://www.bmz.de/en/publications/type\\_of\\_publication/strategies/konzept187.pdf](http://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/strategies/konzept187.pdf)
48. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2009). *Sector strategy on social protection*. Bonn, Germany. Retrieved from [http://www.bmz.de/en/publications/type\\_of\\_publication/strategies/konzept190.pdf](http://www.bmz.de/en/publications/type_of_publication/strategies/konzept190.pdf)
49. \*G8. (2005). *Chair's summary, Gleneagles summit, 8 July*. Gleneagles, Scotland. Retrieved from [http://www.canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/g8\\_Chair\\_Summary-en.pdf](http://www.canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/g8_Chair_Summary-en.pdf)
50. G8. (2006). *Chair's summary*. St. Petersburg, Russia. Retrieved from <http://en.g8russia.ru/docs/25.html>
51. G8. (2007). *Chair's summary*. Heiligendamm, Germany. Retrieved from [http://www.g-8.de/Content/EN/Artikel/\\_g8-summit/anlagen/chairs-summary,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/chairs-summary.pdf](http://www.g-8.de/Content/EN/Artikel/_g8-summit/anlagen/chairs-summary,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/chairs-summary.pdf)
52. \*G8. (2008). *G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration*. Toyako, Japan. Retrieved from [http://www.canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/G8\\_Hokkaido\\_Toyako\\_Summit\\_Leaders\\_Declaration-eng.pdf](http://www.canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/G8_Hokkaido_Toyako_Summit_Leaders_Declaration-eng.pdf)
53. \*G8. (2009). *Responsible leadership for a sustainable future*. L'Aquila, Italy. Retrieved from [http://www.g8italia2009.it/static/G8\\_Allegato/G8\\_Declaration\\_08\\_07\\_09\\_final,0.pdf](http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final,0.pdf)
54. G8. (2010). *G8 Muskoka Declaration: Recovery and new beginnings*. Muskoka, ON. Retrieved from [http://canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/2010-declaration\\_eng.pdf](http://canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/2010-declaration_eng.pdf)
55. G8. (2011). *Renewed commitment for freedom and democracy*. Deauville, France. Retrieved from <http://www.g8.utoronto.ca/summit/2011deauville/2011-declaration-en.html>
56. Global Health Council. (2010). *Maternal, newborn, child and reproductive health: A Global Health Council position paper*. Washington, DC. Retrieved from [http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/GHC\\_2010\\_position\\_mnchfp.pdf](http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/GHC_2010_position_mnchfp.pdf)
57. Global Health Council. (2011). *Malaria: A Global Health Council position paper*. Washington, DC. Retrieved from [ghi.yale.edu/node/346/attachment](http://ghi.yale.edu/node/346/attachment)
58. Global Health Council. (2011). *Neglected tropical diseases: A Global Health Council position paper*. Washington, D.C. Retrieved from [ghi.yale.edu/node/359/attachment](http://ghi.yale.edu/node/359/attachment)
59. \*Global Health Watch. (2006). *Global Health Watch 2005-2006: An alternative world health report*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/ghw.pdf>
60. Government Offices of Sweden. (2007). *Sweden's strategy for multilateral development cooperation*. Stockholm, Sweden. Retrieved from <http://www.government.se/sb/d/3365/a/97680>



61. \*Government Offices of Sweden. (2008). *Global challenges - Our responsibility: Communication on Sweden's policy for global development*. Stockholm, Sweden. Retrieved from <http://www.government.se/sb/d/9807/a/113283>
62. \*Government Offices of Sweden. (2008). *The Right to a Future: Policy for Sweden's international HIV and AIDS efforts*. Stockholm. Retrieved from <http://www.regeringen.se/sb/d/5348/a/133242>
63. Government Offices of Sweden. (2011). *Saving lives and alleviating suffering: Policy for Sweden's humanitarian assistance 2010-2016*. Stockholm, Sweden. Retrieved from <http://www.government.se/sb/d/3365/a/172910>
64. \*Inter-American Development Bank. (2011). *Strategy on social policy for equity and productivity: Social sector*. Washington, DC. Retrieved from <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35802223>
65. InterAction. (2010). *Achieving the Millennium Development Goals (MDGs): The road forward for the U.S.* Washington, DC. Retrieved from [http://www.interaction.org/sites/default/files/MDG\\_Report\\_0710.pdf](http://www.interaction.org/sites/default/files/MDG_Report_0710.pdf)
66. \*International Labour Office. (2010). *Achieving MDG 5 through decent work*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.ilo.org/travail/info/fs/WCMS\\_141549/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/travail/info/fs/WCMS_141549/lang--en/index.htm)
67. \*International Labour Office. (2010). *Extending social security to all: A guide through challenges and options*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS\\_146616/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_146616/lang--en/index.htm)
68. \*International Labour Organization. (2007). *Safe maternity and the world of work*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_104862.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_104862.pdf)
69. \*International Labour Organization. (2007). *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care (a consultation)*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=5956>
70. International Labour Organization. (2008). *ILO declaration on social justice for a fair globalization*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.ilo.org/global/standards/WCMS\\_099766/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/standards/WCMS_099766/lang--en/index.htm)
71. \*International Labour Organization. (2009). *Protect the future: Maternity, paternity and work*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms\\_106262.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@gender/documents/publication/wcms_106262.pdf)
72. \*International Labour Organization. (2010). *World social security report*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=1985&lang=EN>
73. Japan International Cooperation Agency. (2011). *Thematic guidelines on poverty reduction*. Tokyo, Japan. Retrieved from [http://www.jica.go.jp/english/our\\_work/thematic\\_issues/poverty/pdf/guideline.pdf](http://www.jica.go.jp/english/our_work/thematic_issues/poverty/pdf/guideline.pdf)
74. Japan International Cooperation Agency. (2010). *JICA's operation in health sector: Present and future*. Tokyo, Japan. Retrieved from [http://www.jica.go.jp/english/our\\_work/thematic\\_issues/health/pdf/position\\_paper.pdf](http://www.jica.go.jp/english/our_work/thematic_issues/health/pdf/position_paper.pdf)
75. Japan International Cooperation Agency. (2009). *Social security (health care/pension/social welfare)*. Tokyo, Japan. Retrieved from [http://www.jica.go.jp/english/our\\_work/thematic\\_issues/social/pdf/guideline\\_social.pdf](http://www.jica.go.jp/english/our_work/thematic_issues/social/pdf/guideline_social.pdf)
76. \*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2010). *Getting to zero: UNAIDS 2011-2015 strategy*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034\\_UNAIDS\\_Strategy\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf)

77. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2010). *Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV. Operational plan for the UNAIDS action framework: Addressing women, girls, gender equality and HIV*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/agenda\\_for\\_accelerated\\_country\\_action\\_en.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf)
78. \*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2011). *Countdown to zero: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf)
79. \*MDG Africa Steering Group. (2008). *Achieving the Millennium Development Goals in Africa*. New York, NY. Retrieved from <http://www.who.int/pmnch/events/2008/mdgsteeringgrouprecommendations.pdf>
80. \*Médecins du Monde France. (2008). *L'accès gratuit aux soins de santé primaire : Une stratégie payante. Appel au G8*. Paris, France. Retrieved from <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/A-I-International/L-acces-gratuit-aux-soins-de-sante-primaire-une-strategie-payante-Appel-au-G8>
81. \*Médecins sans frontières Belgique. (2008). *No cash, no care: How "user fees" endanger health. An MSF briefing paper on financial barriers to healthcare*. Brussels, Belgium. Retrieved from <http://www.msf.org/source/access/2008/NocashNocareMSFapril2008.pdf>
82. \*Médecins sans frontières Belgique. (2008). *Full prescription: better malaria treatment for more people, MSF's experience*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.msf.org/source/medical/malaria/2008/MSF\\_malaria\\_2008.pdf](http://www.msf.org/source/medical/malaria/2008/MSF_malaria_2008.pdf)
83. \*Merlin. (2007). *Merlin's role in health financing*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.merlin.org.uk/userfiles/MerlinHealthFinance.pdf> (not available)
84. \*Merlin, Durrani, N., & Campbell, F. (2010). *Merlin response to the UK Malaria Review*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.merlin.org.uk/news-media/publications> (not available)
85. \*Merlin, & Keith, R. (2009). *All mothers matter: Investing in health workers to save lives in fragile states*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.healthandfragilestates.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=51&&Itemid=38](http://www.healthandfragilestates.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=51&&Itemid=38)
86. \*Merlin, & Neal, S. (2010). *Merlin response to Choice for Women: Wanted pregnancies, safe births*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.merlin.org.uk/news-media/publications> (not available)
87. Ministère des affaires étrangères et européennes. (2010). *France and the MDGs*. Paris, France. Retrieved from [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/France\\_and\\_the\\_MGDs\\_2010\\_en.pdf](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/France_and_the_MGDs_2010_en.pdf)
88. Ministère des affaires étrangères et européennes. (2011). *Development Cooperation: À French vision. Strategy 2011. Framework Document*. 2011. Paris, France. Retrieved from [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Doc\\_Cadre\\_ANG\\_2011.pdf](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Doc_Cadre_ANG_2011.pdf)
89. \*Ministry of Foreign Affairs of Denmark. (2009). *Health and development: A guidance note to Danish development assistance to health*. Copenhagen, Denmark. Retrieved from [http://www.enrecahealth.dk/news/GNH\\_Final\\_18\\_NOV\\_2009\\_Final.pdf/](http://www.enrecahealth.dk/news/GNH_Final_18_NOV_2009_Final.pdf/)
90. Ministry of Foreign Affairs of Sweden. (2007). *Strategy for multilateral development cooperation*. Stockholm, Sweden. Retrieved from <http://www.government.se/sb/d/3365/a/97680>
91. \*Ministry of Foreign Affairs of Sweden. (2008). *Sweden and Africa: A policy to address common challenges and opportunities*. Stockholm, Sweden. Retrieved from <http://www.government.se/sb/d/9807/a/105300>

92. Ministry of Foreign Affairs of Sweden. (2010). *Guidelines for cooperation strategies*. Stockholm, Sweden. Retrieved from <http://www.sida.se/Global/About%20Sida/Så%20stys%20vi/Guidelines%20for%20Cooperation%20Strategies.pdf>
93. Norwegian Agency for Development Cooperation. (2009). *Principles for Norad's support to civil society in the South*. Oslo, Norway. Retrieved from [http://www.norad.no/en/\\_attachment/127633/binary/48700?download=true](http://www.norad.no/en/_attachment/127633/binary/48700?download=true)
94. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2006). *Promoting pro-poor growth: Key policy messages*. Paris, France. Retrieved from <http://www.oecd.org/dataoecd/0/61/37852580.pdf>
95. \*Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010). *Investing in women and girls: The breakthrough strategy for achieving all the MDGs*. Helsinki, Finland. Retrieved from <http://www.oecd.org/social/genderequalityanddevelopment/45704694.pdf>
96. Organisation Ouest Africaine de la Santé. (2008). *Plan stratégique 2009-2013*. Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Retrieved from [http://www.wahooas.org/IMG/pdf/PS-2009-2013-FR\\_q\\_web.pdf](http://www.wahooas.org/IMG/pdf/PS-2009-2013-FR_q_web.pdf)
97. \*Oxfam International. (2008). *If Not Now, When?* Oxford, United Kingdom. Retrieved from <http://www.oxfam.org/en/policy/if-not-now-when>
98. \*Oxfam International. (2009). *Blind Optimism: Challenging the myths about private health care in poor countries*. Oxford, United Kingdom. Retrieved from <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp125-blind-optimism-0902.pdf>
99. \*Oxfam International. (2006). *In the public interest: Health, education, and water and sanitation for all*. Oxford, United Kingdom. Retrieved from <http://www.oxfam.ca/sites/default/files/in-the-public-interest-health-education-and-water-and-sanitation-for-all.pdf>
100. \*People's Health Movement. (2009). *People's Charter for Health*. Cape Town, South Africa. Retrieved from [www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf](http://www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf)
101. People's Health Movement. (2005). *The Cuenca Declaration*. Cuenca, Spain. Retrieved from <http://www.phmovement.org/cms/files/english%20version.pdf>
102. \*Providing for Health (P4H). (2008). *Initiative on social health protection*. Retrieved from [www.ilo.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourceId=10111](http://www.ilo.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?ressourceId=10111)
103. \*Save the Children. (2010). *A fair chance at life: Why equity matters for child mortality*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/A\\_Fair\\_Chance\\_at\\_Life\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/A_Fair_Chance_at_Life_1.pdf)
104. \*Save the Children UK. (2005). *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/An\\_Unnecessary\\_Evil\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/An_Unnecessary_Evil_1.pdf)
105. \*Save the Children UK. (2010). *Child survival: What the UK government must do in 2010*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/child\\_survival\\_UK\\_policy\\_brief\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/child_survival_UK_policy_brief_1.pdf)
106. \*Save the Children UK. (2011). *No child born to die: Closing the gaps*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/No\\_Child\\_Born\\_to\\_Die\\_low\\_res\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/No_Child_Born_to_Die_low_res_1.pdf)
107. \*Save the Children UK. (2009). *Health user fees – the case against*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/User\\_fees\\_FE\\_edit\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/User_fees_FE_edit_1.pdf)
108. \*Save the Children UK. (2008). *Saving children's lives: Why equity matters*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/saving-childrens-lives\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/saving-childrens-lives_1.pdf)

109. \*Save the Children UK. (2008). *Helping children survive: Supporting poor families to overcome barriers to maternal, newborn and child health services*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Helping\\_Children\\_Survive\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Helping_Children_Survive_1.pdf)
110. \*Save the Children UK. (2010). *Save the Children's calls to the G8 and G20 in 2010*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/G8\\_and\\_G20\\_calls\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/G8_and_G20_calls_1.pdf)
111. \*Save the Children UK. (2005). *Killer bills: Make child poverty history - Abolish user fees*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://images.savethechildren.it/IT/f/img\\_pubblicazioni/img100\\_b.pdf](http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img100_b.pdf)
112. \*Save the Children UK. (2005). *The cost of coping with illness*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/The\\_Cost\\_of\\_Coping\\_with\\_Illness\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/The_Cost_of_Coping_with_Illness_1.pdf)
113. \*Save the Children UK. (2010). *The interdependence of maternal, newborn and child health*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Interdependance\\_of\\_maternal\\_and\\_child\\_health\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Interdependance_of_maternal_and_child_health_1.pdf)
114. \*Save the Children UK, Keith, R., & Shackleton, P. (2006). *Paying with their lives: The cost of illness for children in Africa*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/paying\\_with\\_their\\_lives%281%29\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/paying_with_their_lives%281%29_1.pdf)
115. \*Sixty-fourth World Health Assembly. (2011). *Sustainable health financing structures and universal coverage*. New York, NY. Retrieved from [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R9-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en.pdf)
116. \*TaskForce on Global Action for Health System Strengthening. (2009). *Global Action for Health System Strengthening*. Tokyo, Japan. Retrieved from <http://www.jcie.org/researchpdfs/takemi/full.pdf>
117. \*Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. (2009). *More money for health, and more health for the money*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results\\_\\_Evidence/HAE\\_\\_results\\_\\_lessons/Taskforce\\_report\\_EN.2009.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results__Evidence/HAE__results__lessons/Taskforce_report_EN.2009.pdf)
118. The Global Call to Action Against Poverty. (2011). *The Global Call To Action Against Poverty: Strategic Plan 2011-2014*. Retrieved from [http://whiteband.org/sites/default/files/GCAP\\_StrategicPlan\\_2011to14\\_FINAL.pdf](http://whiteband.org/sites/default/files/GCAP_StrategicPlan_2011to14_FINAL.pdf)
119. \*The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. (2009). *Leading by example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis*. Oslo, Norway. Retrieved from [http://www.norad.no/en/thematic-areas/global-health/maternal-child-and-womens-health/health-mdgs-reports/\\_attachment/385329?\\_download=true&\\_ts=1333b72a57d](http://www.norad.no/en/thematic-areas/global-health/maternal-child-and-womens-health/health-mdgs-reports/_attachment/385329?_download=true&_ts=1333b72a57d)
120. \*The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. (2010). *Putting the Global Strategy for Women's and Children's Health into action*. Oslo, Norway. Retrieved from [http://www.norad.no/en/thematic-areas/global-health/maternal-child-and-womens-health/health-mdgs-reports/\\_attachment/380929?\\_download=true&\\_ts=13104abc70a](http://www.norad.no/en/thematic-areas/global-health/maternal-child-and-womens-health/health-mdgs-reports/_attachment/380929?_download=true&_ts=13104abc70a)
121. \*The Global Coalition on Women and AIDS. (2006). *Keeping the promise: An agenda for action on women and AIDS*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/keeping\\_promise.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/keeping_promise.pdf)
122. The Netherlands Ministry of Foreign Affairs. (2009). *Choices and opportunities*. The Hague, Netherlands. Retrieved from <http://www1.minbuza.nl/dsresource?objectid=buzabeheer:79640&type=org> (**not available**)
123. \*The World Bank. (2010). *The World Bank's Reproductive Health Action Plan 2010-2015*. New York, NY. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1261312056980/RHActionPlanFinalMay112010.pdf>

124. The World Bank. (2005). *Meeting the challenge of Africa's development: A World Bank Group Action Plan*. Washington, DC. Retrieved from [http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/aap\\_final.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/aap_final.pdf)
125. \*The World Bank. (2007). *Healthy development: The World Bank Strategy for health, nutrition and population results*. Washington, DC. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/HNPStrategyFINALApril302007.pdf>
126. U.S. Department of State, & U.S. Agency for International Development. (2007). *Strategic Plan Fiscal Years 2007-2012*. Washington, DC. Retrieved from [http://transition.usaid.gov/performance/stratplan/stratplan\\_fy07-12.pdf](http://transition.usaid.gov/performance/stratplan/stratplan_fy07-12.pdf)
127. \*UN Millennium Project. (2005). *Preparing national strategies to achieve the Millennium Development Goals: A handbook*. Washington, DC. Retrieved from <http://www.gm.undp.org/Reports/Preparing%20national%20strategies%20to%20achieve%20the%20MDGs.pdf>
128. \*UN Millennium Project (Task Force on Child Health and Maternal Health). (2005). *Who's got the power? Transforming health systems for women and children. Achieving the Millennium Development Goals development*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.unmillenniumproject.org/documents/maternalchild-complete.pdf>
129. United Nations General Assembly. (2011). *Political declaration on HIV/AIDS: Intensifying our efforts to eliminate HIV/AIDS*. New York, NY. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610\\_UN\\_A-RES-65-277\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf)
130. United Nations General Assembly. (2010). *Keeping the promise: United to achieve the Millennium Development Goals*. New York, NY. Retrieved from [http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/mdg\\_outcome\\_document.pdf](http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/mdg_outcome_document.pdf)
131. United Nations Population Fund. (2005). *Reducing poverty and achieving the Millennium Development Goals: Arguments for investing in reproductive health and rights. Reference notes on population and poverty reduction*. Paris, France. Retrieved from [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/reducingpoverty\\_mdg.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/reducingpoverty_mdg.pdf)
132. USAID. (2010). *Celebrate, innovate & sustain. Toward 2015 and beyond: The United States' strategy for meeting the Millennium Development Goals*. Washington, DC. Retrieved from [http://www.usaid.gov/our\\_work/mdg/USMDGStrategy.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/mdg/USMDGStrategy.pdf)
133. USAID. (2008). *Working toward the goal of reducing maternal and child mortality: USAID programming and response to FY08 appropriations*. Washington, DC. Retrieved from [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PDACL707.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACL707.pdf)
134. \*World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage. The world health report*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf)
135. \*World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
136. \*World Vision. (2009). *Who's counting? 9.2 million children – the cost of inaction on child health*. Monrovia, Liberia. Retrieved from [http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/11FBDA878493AC7A882574CD0074E7FD/\\$file/Who-s-Counting-report.pdf](http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/11FBDA878493AC7A882574CD0074E7FD/$file/Who-s-Counting-report.pdf)
137. \*World Vision. (2009). *Child health now: Together we can end preventable deaths*. Monrovia, Liberia. Retrieved from [http://www.who.int/pmnch/topics/child/child\\_health\\_now.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/child/child_health_now.pdf)

138. \*World Vision. (2009). *Why the G8 matters to children: World Vision's policy calls to the 2009 G8 Summit*. Monrovia, Liberia. Retrieved from [http://www.globalempowerment.org/PolicyAdvocacy/pahome2.5.nsf/alleports/073DCFF71ADD29258825758A0020E2EC/\\$file/G8 2009 BP\\_WEB.pdf](http://www.globalempowerment.org/PolicyAdvocacy/pahome2.5.nsf/alleports/073DCFF71ADD29258825758A0020E2EC/$file/G8%2009%20BP_WEB.pdf)
139. \*World Vision. (2008). *Last chance for the world to live up to its promises? Why decisive action is needed now on child health and the MDGs*. Monrovia, Liberia. Retrieved from [http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/A5855068762B65C28825784D0077B1A4/\\$file/LastChance\\_WEB.pdf](http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/A5855068762B65C28825784D0077B1A4/$file/LastChance_WEB.pdf)

\* Documents included in thematic analysis.

## Additional file 2

### Characteristics of the positive or nuanced stance of GHAs

GHAs*	Suggested measure	Targeted populations	Targeted services	Combination or other
<i>International governmental organizations (IGOs) (n=8)</i>				
<b>African Union</b> (n=2)	Other financing scheme [1]	-	-	-
	User fee exemption / abolition + other financing scheme [2]	-	-	-
<b>CEU</b> (n=3)	(Universal) free access / free care [3]	-	HIV/AIDS prevention, treatment and care	-
	Other financing scheme [4]	-	-	Essential health services for vulnerable populations
	(Universal) free access / free care [5]	-	Basic health care	-
<b>ECHO</b> (n=1)	User fee exemption / abolition [6]	-	-	During humanitarian emergencies
<b>European Commission</b> (n=1)	(Universal) free access / free care [7]	-	-	HIV/AIDS prevention, treatment and care for pregnant women
<b>International Labour Office</b> (n=5)	Other financing scheme [8]	Women	-	-
	Other financing scheme [9-11]	-	-	-
	(Universal) free access / free care [12]	-	-	Pre-natal and post-natal care, childbirth, hospitalizations for mothers
<b>World Health Assembly</b> (n=1)	Other financing scheme [13]	-	-	-
<b>The World Bank</b> (n=2)	User fee exemption / abolition [14]	Vulnerable / poor populations	-	-
	(Universal) free access / free care [15]	Mothers and children	-	-
<b>WHO</b> (n=2)	Other financing scheme [16, 17]	-	Primary health care	-

<b>GHAs*</b>	<b>Suggested measure</b>	<b>Targeted populations</b>	<b>Targeted services</b>	<b>Combination or other</b>
<b><i>Government agencies (GAs) (n=3)</i></b>				
<b>Denmark (n=1)</b>	Other financing scheme [18]	-	-	Primary health care for children and pregnant women
<b>Germany (n=1)</b>	(Universal) free access / free care [19]	-	HIV/AIDS prevention, treatment and care	-
	User fee exemption / abolition [20]	Women + Children	-	-
<b>United Kingdom (n=3)</b>	User fee exemption / abolition [21]	-	Basic health care	-
	User fee exemption / abolition [22]	-	Essential health care	-
<b><i>International non-governmental organizations (INGOs) (n=6)</i></b>				
<b>MDM (n=1)</b>	User fee exemption / abolition [23]	-	Primary health care	-
	Other financing scheme [24]	-	Basic health care	-
<b>Merlin (n=3)</b>	Other financing scheme [25]	Mothers	-	-
	Other financing scheme [26]	Mothers and children	-	-
<b>MSF (n=2)</b>	(Universal) free access / free care [27]	-	Malaria diagnosis and treatment	-
	(Universal) free access / free care [28]	-	-	-
<b>Oxfam (n=3)</b>	User fee exemption / abolition [29, 30]	-	-	-
	(Universal) free access / free care [31]	-	Basic health care	-
	Other financing scheme [32]	Mothers and children	-	-
	(Universal) free access / free care [33, 34]	Mothers and children	-	-
<b>Save the Children (n=10)</b>	(Universal) free access / free care [35, 36]	Children	-	-
	User fee exemption / abolition [37]	Children	-	-
	User fee exemption /	-	-	-



<b>GHAs*</b>	<b>Suggested measure</b>	<b>Targeted populations</b>	<b>Targeted services</b>	<b>Combination or other</b>
	abolition [38-40] (Universal) free access / free care [41]	-	Essential health care	-
<b>World Vision</b> (n=2)	(Universal) free access / free care [42]	Mothers and children	-	-
	(Universal) free access / free care [43]	-	-	Minimum package of healthcare for children
<b>Networks and working groups (NW/WGs) (n=14)</b>				
<b>Action for Global Health</b> (n=5)	User fee exemption / abolition [44, 45]	Women + Vulnerable / poor populations	-	-
	(Universal) free access / free care [46]	-	-	Basic healthcare for children
	(Universal) free access / free care [47]	Vulnerable / poor populations	Primary health care	-
	(Universal) free access / free care [48]	-	-	-
<b>AMCP-F</b> (n=1)	User fee exemption / abolition + other financing scheme [49]	-	Basic healthcare + Long-term illness	-
<b>Commission for Africa</b> (n=2)	User fee exemption / abolition [50]	-	Basic healthcare	-
	User fee exemption / abolition [51]	-	-	-
<b>Coordination Sud</b> (n=2)	User fee exemption / abolition [52]	Mothers and children	-	-
	User fee exemption / abolition [53]	Vulnerable / poor populations	-	-
<b>Countdown to 2015</b> (n=1)	(Universal) free access / free care + other financing scheme [54]	Mothers and children	-	-
<b>G8</b> (n=2)	(Universal) free access / free care + other financing scheme [55]	-	-	Basic healthcare for children
	(Universal) free access / free care [56]	Mothers and children	-	-
<b>GHW</b> (n=1)	User fee exemption / abolition [57]	-	Essential health care	-
<b>UNAIDS</b> (n=1)	User fee exemption / abolition [58]	Mothers	-	HIV prevention, treatment and care for women

<b>GHAs*</b>	<b>Suggested measure</b>	<b>Targeted populations</b>	<b>Targeted services</b>	<b>Combination or other</b>
<b>MDG Africa Steering Group</b> (n=1)	User fee exemption / abolition [59]	-	Essential health care	-
<b>PHM</b> (n=1)	(Universal) free access / free care [60]	-	Primary health care	-
<b>Takemi WG</b> (n=1)	User fee exemption / abolition [61]	-	-	-
<b>TF on IIFHS</b> (n=1)	(Universal) free access / free care [62]	-	-	-
<b>Global Campaign for Health MDGs</b> (n=1)	(Universal) free access / free care [63]	Vulnerable / poor populations	-	-
<b>UN Millennium Project</b> (n=2)	User fee exemption / abolition [64, 65]	-	Basic healthcare	-

\*The list of abbreviations is available in the article.

## Bibliography (Additional file 2)

1. African Union. (2007). *The new partnership for Africa's development (NEPAD): Health strategy*. Addis Ababa, Ethiopia. Retrieved from [http://www.iag-agi.org/bdf/docs/framework\\_-\\_nepad\\_health\\_strategy.pdf](http://www.iag-agi.org/bdf/docs/framework_-_nepad_health_strategy.pdf)
2. African Union. (2007). *Africa Health Strategy: 2007 - 2015*. Addis Ababa, Ethiopia. Retrieved from [http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13avr/doc/en/SA/AFRICA\\_HEALTH\\_STRATEGY.pdf](http://www.africa-union.org/root/UA/Conferences/2007/avril/SA/9-13avr/doc/en/SA/AFRICA_HEALTH_STRATEGY.pdf)
3. Council of the European Union. (2008). *The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development: EU Agenda for Action on MDGs*. Brussels, Belgium. Retrieved from <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st11/st11096.en08.pdf>
4. Council of the European Union. (2010). *Council conclusions on the EU role in global health*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/foraff/114352.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/foraff/114352.pdf)
5. Council of the European Union. (2008). *Council conclusions on the promotion and protection of the rights of the child in the European Union's external action: The development and humanitarian dimensions*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.eu2008.si/en/News\\_and\\_Documents/Council\\_Conclusions/May/0526\\_GAERC-pravice\\_otrok.pdf](http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Council_Conclusions/May/0526_GAERC-pravice_otrok.pdf)
6. ECHO. (2009). *DG ECHO position paper on user fees for primary health services in humanitarian crises*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/health\\_2009\\_note\\_on\\_user\\_fees.pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/health_2009_note_on_user_fees.pdf)

7. Commission of the European Communities (CE). (2005). *A European programme for action to confront HIV/AIDS, malaria and tuberculosis through external action (2007-2011)*. Brussels, Belgium. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0179:FIN:EN:PDF>
8. International Labour Organization. (2007). *Safe maternity and the world of work*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_104862.pdf](http://www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_104862.pdf)
9. International Labour Organization. (2007). *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care (a consultation)*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=5956>
10. International Labour Office. (2010). *Extending social security to all: A guide through challenges and options*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS\\_146616/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_146616/lang--en/index.htm)
11. International Labour Organization. (2010). *World social security report*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=1985&lang=EN>
12. International Labour Office. (2010). *Achieving MDG 5 through decent work*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.ilo.org/travail/info/fs/WCMS\\_141549/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/travail/info/fs/WCMS_141549/lang--en/index.htm)
13. Sixty-fourth World Health Assembly. (2011). *Sustainable health financing structures and universal coverage*. New York, NY. Retrieved from [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R9-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en.pdf)
14. The World Bank. (2007). *Healthy development: The World Bank Strategy for health, nutrition and population results*. Washington, DC. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1154048816360/HNPStrategyFINALApril302007.pdf>
15. The World Bank. (2010). *The World Bank's Reproductive Health Action Plan 2010-2015*. New York, NY. Retrieved from <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1261312056980/RHActionPlanFinalMay112010.pdf>
16. World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
17. World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage. The world health report*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf)
18. Ministry of Foreign Affairs of Denmark. (2009). *Health and development: A guidance note to Danish development assistance to health*. Copenhagen, Denmark. Retrieved from [http://www.enrecahealth.dk/news/GNH\\_Final\\_18\\_NOV\\_2009\\_Final.pdf/](http://www.enrecahealth.dk/news/GNH_Final_18_NOV_2009_Final.pdf/)
19. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. (2007). *Promoting Health – Fighting HIV / AIDS*. Berlin, Germany. Retrieved from [www.stoyke.com/aids/dokumente/01/018\\_en\\_bmz\\_gesundheit\\_foerdern.pdf](http://www.stoyke.com/aids/dokumente/01/018_en_bmz_gesundheit_foerdern.pdf)
20. Department for International Development. (2009). *Eliminating world poverty: Building our common future*. London, United Kingdom: TSO (The Stationery Office). Retrieved from [www.infodev.org/en/Document.671.pdf](http://www.infodev.org/en/Document.671.pdf)
21. Department for International Development. (2006). *Eliminating world poverty: Making governance work for the poor. A White Paper on International Development (DFID.)*. London, United Kingdom: The Stationery Office. Retrieved from <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm68/6876/6876.pdf>
22. Department for International Development. (2007). *Working together for better health*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/workingtogether.pdf>

23. Médecins du Monde France. (2008). *L'accès gratuit aux soins de santé primaire : Une stratégie payante. Appel au G8*. Paris, France. Retrieved from <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/A-l-International/L-acces-gratuit-aux-soins-de-sante-primaire-une-strategie-payante-Appel-au-G8>
24. Merlin. (2007). *Merlin's role in health financing*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.merlin.org.uk/userfiles/MerlinHealthFinance.pdf> (not available)
25. Merlin, & Keith, R. (2009). *All mothers matter: Investing in health workers to save lives in fragile states*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.healthandfragilestates.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=51&&Itemid=38](http://www.healthandfragilestates.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=51&&Itemid=38)
26. Merlin, & Neal, S. (2010). *Merlin response to Choice for Women: Wanted pregnancies, safe births*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.merlin.org.uk/news-media/publications> (not available)
27. Médecins sans frontières Belgique. (2008). *Full prescription: better malaria treatment for more people, MSF's experience*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.msf.org/source/medical/malaria/2008/MSF\\_malaria\\_2008.pdf](http://www.msf.org/source/medical/malaria/2008/MSF_malaria_2008.pdf)
28. Médecins sans frontières Belgique. (2008). *No cash, no care: How "user fees" endanger health. An MSF briefing paper on financial barriers to healthcare*. Brussels, Belgium. Retrieved from <http://www.msf.org/source/access/2008/NocashNocareMSFapril2008.pdf>
29. Oxfam International. (2006). *In the public interest: Health, education, and water and sanitation for all*. Oxford, United Kingdom. Retrieved from <http://www.oxfam.ca/sites/default/files/in-the-public-interest-health-education-and-water-and-sanitation-for-all.pdf>
30. Oxfam International. (2009). *Blind Optimism: Challenging the myths about private health care in poor countries*. Oxford, United Kingdom. Retrieved from <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp125-blind-optimism-0902.pdf>
31. Oxfam International. (2008). *If Not Now, When?* Oxford, United Kingdom. Retrieved from <http://www.oxfam.org/en/policy/if-not-now-when>
32. Save the Children UK. (2010). *The interdependence of maternal, newborn and child health*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Interdependance\\_of\\_maternal\\_and\\_child\\_health\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Interdependance_of_maternal_and_child_health_1.pdf)
33. Save the Children UK. (2010). *Save the Children's calls to the G8 and G20 in 2010*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/G8\\_and\\_G20\\_calls\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/G8_and_G20_calls_1.pdf)
34. Save the Children UK. (2010). *Child survival: What the UK government must do in 2010*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/child\\_survival\\_UK\\_policy\\_brief\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/child_survival_UK_policy_brief_1.pdf)
35. Save the Children UK. (2011). *No child born to die: Closing the gaps*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/No\\_Child\\_Born\\_to\\_Die\\_low\\_res\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/No_Child_Born_to_Die_low_res_1.pdf)
36. Save the Children UK. (2005). *Killer bills: Make child poverty history - Abolish user fees*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://images.savethechildren.it/IT/f/img\\_pubblicazioni/img100\\_b.pdf](http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img100_b.pdf)
37. Save the Children UK. (2008). *Saving children's lives: Why equity matters*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/saving-childrens-lives\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/saving-childrens-lives_1.pdf)
38. Save the Children UK. (2009). *Health user fees – the case against*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/User\\_fees\\_FE\\_edit\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/User_fees_FE_edit_1.pdf)

39. Save the Children UK. (2005). *The cost of coping with illness*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/The\\_Cost\\_of\\_Coping\\_with\\_Illness\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/The_Cost_of_Coping_with_Illness_1.pdf)
40. Save the Children UK, Keith, R., & Shackleton, P. (2006). *Paying with their lives: The cost of illness for children in Africa*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/paying\\_with\\_their\\_lives%281%29\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/paying_with_their_lives%281%29_1.pdf)
41. Save the Children UK. (2005). *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/An\\_Unnecessary\\_Evil\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/An_Unnecessary_Evil_1.pdf)
42. World Vision. (2009). *Who's counting? 9.2 million children – the cost of inaction on child health*. Monrovia, Liberia. Retrieved from [http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/11FBDA878493AC7A882574CD0074E7FD/\\$file/Who-s-Counting-report.pdf](http://www.wvi.org/wvi/wviweb.nsf/11FBDA878493AC7A882574CD0074E7FD/$file/Who-s-Counting-report.pdf)
43. World Vision. (2009). *Child health now: Together we can end preventable deaths*. Monrovia, Liberia. Retrieved from [http://www.who.int/pmnch/topics/child/child\\_health\\_now.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/child/child_health_now.pdf)
44. Action for Global Health (2010). *Achieving the health MDGs by 2015: What the EU needs to do!* Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user\\_upload/\\_temp\\_/AFGH\\_EU-Roadmap\\_NEW.pdf](http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user_upload/_temp_/AFGH_EU-Roadmap_NEW.pdf).
45. Action for Global Health. (2010). *Action for Global Health recommendations for the Council Conclusions on the European Commission's Communication on the EU role in global health*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.globalhealthguide.eu/files/AFGH\\_Open\\_Letter\\_Global\\_Health\\_Communication.pdf](http://www.globalhealthguide.eu/files/AFGH_Open_Letter_Global_Health_Communication.pdf)
46. Action for Global Health. (2010). *Improving the health of children across the world needs to be made a priority by governments*. Strasbourg, France. Retrieved from [http://www.globalhealthguide.eu/files/MDG4\\_CSStatement\\_FINAL.pdf](http://www.globalhealthguide.eu/files/MDG4_CSStatement_FINAL.pdf)
47. Action for Global Health. (2010). *2010 reality check: Time is running out to meet the health MDGs*. Brussels, Belgium, Belgium. Retrieved from [http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user\\_upload/\\_temp\\_/AFGH\\_EU-Roadmap\\_NEW.pdf](http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user_upload/_temp_/AFGH_EU-Roadmap_NEW.pdf)
48. Action for Global Health, & Hart, M. (2010). *Dear member of the Development Cooperation Working Group*. Brussels, Belgium. Retrieved from [http://www.globalhealthguide.eu/files/AfGH\\_recommendations\\_for\\_the\\_MDG\\_summit.pdf](http://www.globalhealthguide.eu/files/AfGH_recommendations_for_the_MDG_summit.pdf)
49. Action mondiale contre la pauvreté. (2008). *Health for development: Challenges and responsibilities. At the midway point in the Millennium Development Goals, where do we stand on health? The French civil society recommendations*. Paris, France. Retrieved from [http://dev.actionmondialecontrelapauvrete.org/wp-content/uploads/2010/05/AMCP2007\\_Position\\_Santé\\_FR.pdf](http://dev.actionmondialecontrelapauvrete.org/wp-content/uploads/2010/05/AMCP2007_Position_Santé_FR.pdf)
50. Commission for Africa. (2005). *Our common interest: Report of the Commission for Africa*. London, United Kingdom. Retrieved from [http://ocpa.irmo.hr/resources/docs/Commission\\_for\\_Africa\\_Report-en.pdf](http://ocpa.irmo.hr/resources/docs/Commission_for_Africa_Report-en.pdf)
51. Commission for Africa. (2010). *Still our common interest: Commission for Africa report 2010*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.commissionforafrica.info/wp-content/uploads/2010/09/cfa-report-2010-full-version.pdf>
52. Coordination Sud. (2010). *Proposition des ONG françaises. G8 Muskoka - 25 et 26 juin 2010. G20 Toronto - 26 et 27 juin 2010*. Paris, France. Retrieved from [http://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/document\\_position\\_g8\\_g20.pdf](http://www.coordinationsud.org/wp-content/uploads/document_position_g8_g20.pdf)

53. Coordination Sud. (2008). *Préparation du G8 de Hokkaido, Toyako, Japon, 7-9 Juillet 2008 : Propositions des ONG françaises*. Paris, France. Retrieved from [http://www.ong-ngo.org/old/IMG/pdf/Positions\\_Coordination\\_SUD\\_G8\\_2008.pdf](http://www.ong-ngo.org/old/IMG/pdf/Positions_Coordination_SUD_G8_2008.pdf)
54. Countdown to 2015. (2010). *Countdown to 2015 decade report (2000-2010) with country profiles: Taking stock of maternal, newborn and child survival*. Geneva, Switzerland.
55. G8. (2008). *G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration*. Toyako, Japan. Retrieved from [http://www.canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/G8\\_Hokkaido\\_Toyako\\_Summit\\_Leaders\\_Declaration-eng.pdf](http://www.canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/G8_Hokkaido_Toyako_Summit_Leaders_Declaration-eng.pdf)
56. G8. (2009). *Responsible leadership for a sustainable future*. L'Aquila, Italy. Retrieved from [http://www.g8italia2009.it/static/G8\\_Allegato/G8\\_Declaration\\_08\\_07\\_09\\_final,0.pdf](http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final,0.pdf)
57. Global Health Watch. (2006). *Global Health Watch 2005-2006: An alternative world health report*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/ghw.pdf>
58. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2011). *Countdown to zero: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf)
59. MDG Africa Steering Group. (2008). *Achieving the Millennium Development Goals in Africa*. New York, NY. Retrieved from <http://www.who.int/pmnch/events/2008/mdgsteeringgrouprecommendations.pdf>
60. People's Health Movement. (2009). *People's Charter for Health*. Cape Town, South Africa. Retrieved from [www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf](http://www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf)
61. TaskForce on Global Action for Health System Strengthening. (2009). *Global Action for Health System Strengthening*. Tokyo, Japan. Retrieved from <http://www.jcie.org/researchpdfs/takemi/full.pdf>
62. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. (2009). *More money for health, and more health for the money*. Geneva, Switzerland. Retrieved from [http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results\\_\\_Evidence/HAE\\_\\_results\\_\\_lessons/Taskforce\\_report\\_EN.2009.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results__Evidence/HAE__results__lessons/Taskforce_report_EN.2009.pdf)
63. The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. (2009). *Leading by example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis*. Oslo, Norway. Retrieved from [http://www.norad.no/en/thematic-areas/global-health/maternal-child-and-womens-health/health-mdgs-reports/\\_attachment/385329?\\_download=true&\\_ts=1333b72a57d](http://www.norad.no/en/thematic-areas/global-health/maternal-child-and-womens-health/health-mdgs-reports/_attachment/385329?_download=true&_ts=1333b72a57d)
64. UN Millennium Project (Task Force on Child Health and Maternal Health). (2005). *Who's got the power? Transforming health systems for women and children. Achieving the Millennium Development Goals development*. London, United Kingdom. Retrieved from <http://www.unmillenniumproject.org/documents/maternalchild-complete.pdf>
65. UN Millennium Project. (2005). *Preparing national strategies to achieve the Millennium Development Goals: A handbook*. Washington, DC. Retrieved from <http://www.gm.undp.org/Reports/Preparing%20national%20strategies%20to%20achieve%20the%20MDGs.pdf>



### **3.2. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems (Article 3)**

Au moment du dépôt de la thèse, cet article est publié dans la revue *BMC Public Health* :

Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, 12, 289. doi:10.1186/1471-2458-12-289

#### **Auteurs :**

Valéry Ridde, Émilie Robert, Bruno Meessen

#### **Contributions des auteurs :**

Dans le cadre d'un mandat confié à Valéry Ridde, les trois auteurs ont participé à l'étude.

Plus précisément, sous la supervision de Valéry Ridde, Émilie Robert a réalisé la synthèse exploratoire (recherche documentaire, sélection des articles, analyse des devis et des études selon les outils définis), précisé les axes de discussion, rédigé la première version des sections *Méthodes*, *Résultats* et *Discussion*, et apporté un regard critique et constructif sur les versions successives de l'article.

Valéry Ridde a conçu l'étude, supervisé l'ensemble des étapes, intégré les différentes sections de l'article.

Bruno Meessen a contribué à l'interprétation des résultats et a apporté un regard critique et constructif sur les versions successives de l'article.

Les trois auteurs ont lu et approuvé la version finale de l'article.



**Remerciements :**

Les auteurs tiennent à remercier Florence Morestin, Loubna Belaid et Nicole Atchessi pour leur aide dans l'analyse de certains des articles inclus dans cette synthèse exploratoire, ainsi que Donna Riley pour la traduction et la mise en forme.

Cet article est inspiré d'un rapport produit dans le cadre d'une mission d'expertise mandatée par l'Organisation mondiale de la santé pour la rédaction du *Rapport sur la santé dans le monde 2010*.

## **RÉSUMÉ**

### **Contexte**

Plusieurs pays à faible et moyen revenu ont exempté les usagers des paiements directs des soins, selon certaines catégories de populations ou de services. Ces exemptions s'avèrent efficaces pour supprimer une partie de la barrière financière à l'accès aux services. Cependant, elles ont été mises en œuvre au sein de systèmes de santé instables, dans lesquels de nombreux dysfonctionnements existent. L'objectif de cet article est de mettre en lumière les effets perturbateurs de ces politiques d'exemption dans les systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu.

### **Méthodes**

Synthèse exploratoire de 23 articles scientifiques. Les données ont été synthétisées selon les six fonctions essentielles des systèmes de santé.

### **Résultats**

Les effets perturbateurs recensés incluaient : 1) l'augmentation immédiate et significative de l'utilisation des services de santé; 2) l'augmentation de la charge de travail perçue par les agents de santé, leur sentiment d'être exploité et surchargé, et leur baisse de motivation; 3) le manque d'information concernant le type de services gratuits et les procédures de remboursement; 4) l'indisponibilité des médicaments et les délais de distribution des consommables; 5) le financement insuffisant et imprévisible, les pertes de revenus des centres de santé, et les délais de remboursement; 6) la multiplicité des acteurs et les difficultés d'identifier les responsabilités, et les faiblesses de la planification et de la communication.

### **Conclusion**

Ces éléments perturbateurs donnent une idée des problèmes qui peuvent émerger lorsque les politiques d'exemption n'intègrent pas d'étapes préparatoires et de planification, ou de mesures complémentaires. On en sait encore peu sur les effets de l'exemption sur les

différentes fonctions des systèmes de santé, dans la mesure où peu d'études ont adopté une telle perspective.

**Mots-clés :** paiements directs des soins; pays à faible et moyen revenu; système de santé; synthèse exploratoire

## **ABSTRACT**

### **Background**

Several low- and middle-income countries have exempted patients from user fees in certain categories of population or of services. These exemptions are very effective in lifting part of the financial barrier to access to services, but they have been organized within unstable health systems where there are sometimes numerous dysfunctions. The objective of this article is to bring to light the disruptions triggered by exemption policies in health systems of low- and middle-income countries.

### **Methods**

Scoping review of 23 scientific articles. The data were synthesized according to the six essential functions of health systems.

### **Results**

The disruptions included specifically: 1) immediate and significant increases in service utilization; 2) perceived heavier workloads for health workers, feelings of being exploited and overworked, and decline in morale; 3) lack of information about free services provided and their reimbursement; 4) unavailability of drugs and delays in the distribution of consumables; 5) unpredictable and insufficient funding, revenue losses for health centres, reimbursement delays; 6) the multiplicity of actors and the difficulty of identifying who is responsible ('no blame' game), and deficiencies in planning and communication.

### **Conclusions**

These disruptive elements give us an idea of what is to be expected if exemption policies do not put in place all the required conditions in terms of preparation, planning and complementary measures. There is a lack of knowledge on the effects of exemptions on all the functions of health systems because so few studies have been carried out from this perspective.

**Key words:** user fees; low- and middle-income countries; health system; scoping study

### 3.2.1. Background

If illness constitutes a major shock for households, the cost of healthcare is a second shock that strikes harshly and can drag them into poverty (Whitehead, Dahlgren, & Evans, 2001). In Burkina Faso, 80% of poor households go into debt or sell assets to pay healthcare costs (Kruk, Goldmann, & Galea, 2009). User fees in public services contribute to these catastrophic expenses (World Health Organization, 2008), reduce health services utilization (Haddad & Fournier, 1996; James et al., 2006), and are a major impediment to universal healthcare coverage (CSDH, 2008; World Health Organization, 2010). One solution being considered to improve access to care is to make services free at the point of service. Many countries, such as South Africa, Mali, Niger and Ghana, have therefore implemented exemption policies, sometimes targeted to population groups (e.g. children under the age of five years) or to specific services (e.g. caesareans).

Among the many articles published on this topic, two knowledge syntheses have been carried out. One presented the available scientific knowledge on the emergence, formulation, implementation and effects of exemption policies in five African countries and identified research needs (Ridde & Morestin, 2010) The other was a systematic review aimed at evaluating the effectiveness of funding mechanisms to promote healthcare access for the poorest, including user fee exemptions (Lagarde & Palmer, 2011). Despite the poor quality of their research design, the authors concluded that the studies had shown that exemptions had a positive effect on health services utilization, but that they were not sufficiently effective to protect the poorest.

Even though these policies have produced an increase in the demand for services and therefore would appear very technically relevant, they raised a number of pragmatic concerns. In fact, these reforms have often been organized within unstable health systems that are not much used by the population and whose organizational deficiencies and dysfunctions are well known (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Ridde, Meessen, & Kouanda, 2011). While still subscribing to the principle of point-of-service fee exemption, decision-makers from 15

African countries reiterated these concerns at a meeting held at the end of 2010 (Harmonization for Health in Africa, 2010).

A health system is a collection of services, persons and actions whose interactions are complex and interrelated. As has been affirmed by the World Health Organization (2007) and others before (Plsek, 2007), for a health system to be effective and equitable, its different functions must work in unison, and any change will therefore have an effect on each function. Thus, exemption can modify a health system's equilibrium and disrupt its essential functions. The objective of this article is to identify the disruptions in health systems that are caused by these new public policies.

### **3.2.2. Methods**

Our analysis was based on a survey of the scientific literature (Ridde, Robert, & Meessen, 2010). That survey took the form of a scoping study, an approach which summarizes all scientific knowledge on a specific topic, regardless of the type or quality of the studies' designs. This summary is useful to better understand the nature of the scientific studies currently being done and to identify possible shortcomings. It differs from, and is often seen as a precursor to, systematic reviews that synthesize the most robust scientific data by using methods that limit biases and random errors (Cook, Mulrow, & Haynes, 1997). We applied the systematization of the scoping study process proposed by Arksey and O'Malley (2005). Details of the documentary research strategy have been described elsewhere (Ridde et al., 2010).

An article was retained if it: 1) dealt with a healthcare user fee exemption experience on a national scale (public policies); 2) reported original empirical data; 3) involved African countries; 4) mentioned pressures or disruptions in the health system; 5) was published in a peer-reviewed journal or monograph; 6) was published between 1988 and 2009 inclusively; and 7) was in French or English. The studies' designs were reported using the classification system of the Mixed Method Appraisal Tool (Pluye et al., 2001), an instrument used to describe the quality of studies, whatever their nature.

We examined the content of the articles to identify the elements that produced bottlenecks or pressures on the health system. The World Health Organization has defined a health system based on six essential functions (Table V). We used this framework to analyze the content of the articles retained.



Table V – The six building blocks of a health system. Source: World Health Organization (2007)

<b>Health system functions</b>	<b>Definition</b>
<b>(1)</b> <b>Service provision</b>	Good health services are those which deliver effective, safe, quality personal and non-personal health interventions to those who need them, when and where needed, with minimum waste of resources.
<b>(2)</b> <b>Health personnel</b>	A well-performing health workforce is one which works in ways that are responsive, fair and efficient to achieve the best health outcomes possible, given available resources and circumstances.
<b>(3)</b> <b>Health information</b>	A well-functioning health information system is one that ensures the production, analysis, dissemination and use of reliable and timely information on health determinants, health systems performance and health status.
<b>(4)</b> <b>Drugs and vaccines</b>	A well-functioning health system ensures equitable access to essential medical products, vaccines and technologies of assured quality, safety, efficacy and cost-effectiveness, and their scientifically sound and cost-effective use.
<b>(5)</b> <b>Funding</b>	A good health financing system raises adequate funds for health, in ways that ensure people can use needed services, and are protected from financial catastrophe or impoverishment associated with having to pay for them.
<b>(6)</b> <b>Governance and leadership</b>	Leadership and governance involves ensuring strategic policy frameworks exist and are combined with effective oversight, coalition-building, the provision of appropriate regulations and incentives, attention to system-design, and accountability.

### **3.2.3. Results**

#### **Description of the studies identified**

Our research approach gathered 23 articles (Table VI) from seven different African countries: Ghana, Kenya, Madagascar, Senegal, South Africa, Tanzania and Uganda. The topic most often studied was service utilization or demand (n = 7), not surprising given that improving utilization is usually the primary objective of exemption policies. Few articles looked at policy implementation (n = 3) or changes in service quality (n = 1). The types of study designs included quantitative non-randomized (n = 12), quantitative descriptive (n = 2), qualitative (n = 3) and mixed (n = 6).

Table VI – Description of the articles included in the review (n = 23; 1988 to 2009)

Authors	Date	Topic	Qualitative	Quantitative randomized controlled	Quantitative non-randomized	Quantitative descriptive	Mixed methods
<b>Ghana (n = 4)</b>							
Penfold et al.	2007	Service utilization			X		
Witter & Adjei	2007	Implementation	X				
Witter, Arhinful, et al.	2007	Implementation	X				
Witter, Kusi, et al.	2007	Effect of exemption on health workers				X	
<b>Kenya (n = 4)</b>							
Chuma et al.	2009	Facilities' adherence to exemption					X
Mwabu et al.	1997	Service demand			X		
Mwabu et al.	1995	Service demand, and effect on income and quality			X		
Perkins et al.	2009	Costs of service utilization			X		
<b>Madagascar (n = 1)</b>							
Fafchamps et al.	2007	Impact of 3 political periods on the health sector					X
<b>South Africa (n = 4)</b>							
Bhayat et al.	2003	Service utilization			X		

Walker et al.	2004	Implementation				X
Wilkinson et al.	2001	Service utilization			X	
Wilkinson et al.	1997	Service utilization			X	
<b>Senegal (n = 1)</b>						
Witter et al.	2008	Exemption processes and effects				X
<b>Tanzania (n = 1)</b>						
Kruk et al.	2008	Costs of utilization			X	
<b>Uganda (n = 8)</b>						
Burnham et al.	2004	Service utilization			X	
Deiniger et al.	2004	Effect of exemption on accessibility and illness			X	
Kajula et al.	2004	Political analysis of exemption	X			
Nabyonga et al.	2005	Service utilization				X
Nabyonga-Orem et al.	2008	Quality of services				X
Pariyo et al.	2009	Service utilization			X	
Xu et al.	2006	Service utilization and catastrophic expenses			X	
Yates et al.	2006	Effects of exemption				X
<b>TOTAL</b>			<b>3</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>2</b>
						<b>6</b>

## **Service delivery**

Many articles mentioned increased service utilization after the implementation of exemption policies, particularly in Madagascar (Fafchamps & Minten, 2007), in Uganda for primary care visits (Yates, Cooper, & Holland, 2006), and in Ghana and Senegal for institutional deliveries (Penfold, Harrison, Bell, & Fitzmaurice, 2007; Perkins et al., 2009; Witter, Armar-Klemesu, & Dieng, 2008). In Uganda, it appeared that the free services could not satisfy the increased service demand, prompting patients who were better-off to use services that were not free (Deininger & Mpuga, 2004; Pariyo et al., 2009; Xu et al., 2006). This increase in demand therefore put pressure on the health system. This pressure was somewhat alleviated by additional reforms implemented on the supply side (increased budget for drugs, improvements in the stocking system, salary increases) (Yates et al., 2006). However, the increase in demand had a negative effect on service quality (non-availability of drugs, longer wait times, decreased motivation among health workers) and, in the end, on malaria control and on users' confidence in the health system (Kajula, Kintu, Barugahare, & Neema, 2004). The decline in service quality could also be attributed to an abrupt change in policy and to underfunding.

## **Health workforce**

In Uganda, the 2001/2002 administrative data showed that additional salaries were eliminated for auxiliary and technical staff (Burnham, Pariyo, Galiwango, & Wabwire-Mangen, 2004). The absence of this staff who were originally paid by user fees contributed to the human resources crisis (Nabyonga-Orem et al., 2008). In Uganda, this crisis was seen in the decline in health workers' morale and in their attitude toward their work (Burnham et al., 2004; Kajula et al., 2004). Elsewhere, this crisis translated into a heavier workload experienced by health workers (Chuma, Musimbi, Okungu, Goodman, & Molyneux, 2009; Walker & Gilson, 2004; Witter, Arhinful, Kusi, & Zakariah-Akoto, 2007), a feeling of inadequacy among medical personnel (Witter et al., 2007), and a sense of being overworked and exploited in the face of increasing work demands (Walker & Gilson, 2004). Negative effects on practices were reported in South Africa (Walker & Gilson, 2004). The loss of

income for personnel caused by eliminating user fees could lead doctors to devote themselves more to private practice, especially if the problem of discontinuity in drug supplies were to persist (Burnham et al., 2004).

### **Health information system**

Only one study, in Ghana, reported that little information was available at the central level on the number and type of deliveries carried out in health centres and on the amount of reimbursement (Witter et al., 2007).

### **Medical products, vaccines and technologies**

The experiences indicated an overall shortage of drugs, highlighted in South Africa (Walker & Gilson, 2004), Kenya (Chuma et al., 2009), and Madagascar (Fafchamps & Minten, 2007). In Uganda, the stock forms showed an increase in the quantity of drugs received after fees were abolished, whereas the actors spoke of problems of availability, particularly for antimalarials, and delivery delays caused by administrative red tape at the district level (Kajula et al., 2004; Nabyonga et al., 2005; Nabyonga-Orem et al., 2008). Patients responded to this shortage by turning to private services to purchase these drugs (Kajula et al., 2004; Nabyonga-Orem et al., 2008). Some authors reported that health workers perceived the drastic decline in service utilization after seven months of exemption to be a consequence of the shortages in additional drug stocks (Burnham et al., 2004).

### **Health systems financing**

The major problem is the underfunding of the exemption policies. In Ghana, the funds paid to the districts at the start of the fiscal year were not enough to cover the year's expenses (Witter & Adjei, 2007; Witter et al., 2007). The policy was underfunded by 34% in 2004 and 73% in 2005. In Uganda, despite an increase in the budgets allocated, the health centres lost income (Pariyo et al., 2009; Yates et al., 2006) and were unable to cover recurring expenses (Kajula et al., 2004). In Ghana and Kenya, some health centres had resumed charging for services and drugs in order to deal with funding shortfalls (Chuma et al., 2009; Witter et al., 2007). Governments sometimes had to gradually reintroduce user fees after they had been

abolished (Mwabu, Mwanzia, & Liambila, 1995; Mwabu & Wang'ombe, 1997). In Senegal, health centres increased the fees for certain acts that could still be charged in order to compensate for lost income from those acts that had become free (Witter et al., 2008).

### **Leadership and governance**

Most of the countries appeared to have provided clear orientations regarding which services or which populations were the targets of exemption. However, these orientations did not always appear to have been expressed in clear directives, as was seen in South Africa (Walker & Gilson, 2004), Ghana (Witter et al., 2007), Kenya (Chuma et al., 2009) and Senegal (Witter et al., 2008), where it seemed that various actors in the system had been inadequately informed. As well, the exemption policies appeared sometimes to interfere with other health policies and programs, such as community-based health insurance (Witter et al., 2007). In Ghana, the difficulty of obtaining accounting reports from managers was an important element for actors in that system (Witter & Adjei, 2007). However, the complexity of the reimbursement process and the multiplicity of actors were also factors that impeded a real transparency in the process and made it difficult to assign clear responsibility to actors at different levels in the system ('no blame' game).

The various pressures mentioned in the literature are described in Table VII by country, health system functions, and authors.

Table VII – Pressures mentioned in the literature by country, health system functions, and authors (1988 to 2009)

Health system functions	Pressures mentioned in the literature
<b>Ghana</b>	
<i>Service delivery</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in utilization (Penfold et al., 2007; Witter &amp; Adjei, 2007; Witter et al., 2007)</li> </ul>
<i>Health workforce</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in workload, loss of income (Witter et al., 2007)</li> <li>• Insufficient medical personnel; increase in workload (Witter et al., 2007)</li> </ul>
<i>Health information</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<i>Medical products, vaccines and technologies</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information on the number of acts and the amount of reimbursements (Witter et al., 2007)</li> </ul>
<i>Financing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funding unpredictable, insufficient and discontinuous; problems with reimbursement in cases of referrals (Witter et al., 2007)</li> <li>• Funding unpredictable, insufficient and discontinuous; informal payments; health centres going into deeper debt (Witter &amp; Adjei, 2007)</li> </ul>
<i>Leadership and governance</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lack of information and complexity of funding procedures; poor supervision; problems in assigning responsibilities (Witter et al., 2007)</li> <li>• Lack of information and communication (funding); competition with other interventions; poor supervision; ‘no blame’ game (Witter &amp; Adjei, 2007)</li> </ul>
<b>Kenya</b>	
<i>Service delivery</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in demand for service (Mwabu et al., 1995; Mwabu &amp; Wang'ombe, 1997)</li> </ul>
<i>Health workforce</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in workload (Chuma et al., 2009)</li> </ul>
<i>Health information</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<i>Medical products</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problems of availability and insufficiency of drugs and kits (Chuma et al., 2009)</li> </ul>
<i>Financing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informal payments (Perkins et al., 2009)</li> <li>• Informal payments; loss of income for health centres (Chuma et al., 2009)</li> <li>• Insufficient funding; informal payments (Mwabu et al., 1995)</li> </ul>



<i>Leadership</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poor understanding of the policy; problems in assigning responsibilities (Chuma et al., 2009)</li> </ul>
<b>Madagascar</b>	
<i>Service delivery</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in utilization (Fafchamps &amp; Minten, 2007)</li> </ul>
<i>Health workforce</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<i>Health information</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<i>Medical products</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problems of availability of drugs (Fafchamps &amp; Minten, 2007)</li> </ul>
<i>Financing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<i>Leadership</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<b>South Africa</b>	
<i>Service delivery</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in utilization (Bhayat &amp; Cleaton-Jones, 2003; Nabyonga-Orem et al., 2008; Wilkinson, Gouws, Sach, &amp; Abdool, 2001 ; Wilkinson, Sach, &amp; Abdool Karim, 1997)</li> </ul>
<i>Health workforce</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in workload; lack of time for consultations; feeling of being exploited; frustration, etc. (Nabyonga-Orem et al., 2008)</li> <li>• Increase in patient/provider ratio (Bhayat &amp; Cleaton-Jones, 2003)</li> </ul>
<i>Health information</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<i>Medical products</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problems of availability of drugs (Nabyonga-Orem et al., 2008)</li> </ul>
<i>Financing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<i>Leadership</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feeling of a lack of recognition among workers; poor planning and communication (Nabyonga-Orem et al., 2008)</li> </ul>
<b>Senegal</b>	
<i>Service delivery</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in utilization (Witter et al., 2008)</li> </ul>
<i>Health workforce</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in workload (Witter et al., 2008)</li> </ul>
<i>Health information</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No information</li> </ul>
<i>Medical products</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delays and under-distribution of consumables (Witter et al., 2008)</li> </ul>
<i>Financing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informal payments; delays in reimbursements; loss of revenue for the health centres (Witter et al., 2008)</li> </ul>
<i>Leadership</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poor understanding of the policy (Witter et al., 2008)</li> </ul>

<b>Tanzania</b>	
<i>Service delivery</i>	• No information
<i>Health workforce</i>	• No information
<i>Health information</i>	• No information
<i>Medical products</i>	• No information
<i>Financing</i>	• Informal payments (Kruk, Mbaruku, Rockers, & Galea, 2008)
<i>Leadership</i>	• No information
<b>Uganda</b>	
<i>Service delivery</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increase in utilization (Burnham et al., 2004; Deininger &amp; Mpuga, 2004; Nabyonga et al., 2005; Pariyo et al., 2009; Xu et al., 2006; Yates et al., 2006)</li> <li>• Increase in utilization; decline in service quality (Kajula et al., 2004)</li> </ul>
<i>Health workforce</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lower morale of providers (Kajula et al., 2004; Nabyonga-Orem et al., 2008)</li> <li>• Increase in the average number of consultations per provider; negative attitude of providers (Perkins et al., 2009)</li> </ul>
<i>Health information</i>	• No information
<i>Medical products</i>	• Problems of availability of drugs (Deininger & Mpuga, 2004; Kajula et al., 2004; Nabyonga et al., 2005; Nabyonga-Orem et al., 2008; Xu et al., 2006)
<i>Financing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insufficient funding (Nabyonga et al., 2005; Pariyo et al., 2009)</li> <li>• Difficulties in meeting recurrent expenses; informal payments (Kajula et al., 2004)</li> </ul>
<i>Leadership</i>	• Interference with other types of interventions (Kajula et al., 2004)

### 3.2.4. Discussion

Understanding health systems as complex collections of components that interact in an effort to achieve their objectives offers an opportunity to see the effects of health policies through a new lens (Gilson et al., 2011). As has been explained by *The Alliance for Health Policy and Systems Research* (De Savigny & Adam, 2009), every system-wide intervention, such as user fee exemption policies, has an effect on the health system's different components. This new literature review showed that, in responding to population needs that had up to then not been addressed, particularly because of an unfair funding model, the exemption policies generally created an increase in health services utilization. However, at the same time, this increase produced bottlenecks at different points in the system (Table VIII) as was confirmed in a recent supplement of *Health Policy and Planning* on user fee removal in the health sector in low-income countries (Meessen, Hercot, et al., 2011). That being said, increased utilization was not the only source of pressure on the system. There was a constellation of variables that acted, at the same time, as both causes and consequences of the policies, particularly planning and attendant measures that often proved to be limited (Meessen, Hercot, et al., 2011; Ridde & Morestin, 2010). There is a risk that, by disrupting the system's functioning, these interventions will produce the opposite effect from what was intended, that is, a return to low utilization of services. However, given the recent nature of these policies, the timeframe adopted in this review, and the possibility of publication bias, which exposes problems (although often implicitly) more often than successes, we do not yet have enough distance or any evidence that these reverse effects—such as a return to low utilization—actually exist.

Table VIII – Synthesis of pressures mentioned in the literature (1988 to 2009)

Health system functions	Pressures on the health system
<b>Service provision</b>	Increase in service utilization and in the demand for services
<b>Health personnel</b>	Increase in workload, increase in the patient/provider ratio, insufficient medical staff Loss of income Lack of time for consultations Feeling of being exploited, frustrated, overworked Negative attitude of providers Deterioration in staff morale
<b>Health information</b>	Lack of information on the number and type of services carried out in the health centres and on the amount of reimbursements.
<b>Drugs and vaccines</b>	Problems of availability of drugs Insufficient drugs and kits to meet local needs Delays and under-distribution of consumables
<b>Funding</b>	Funding unpredictable, insufficient and discontinuous Loss of income for health centres and increased debt Problems with reimbursements for cases of referrals Reverting back to charging for services and drugs Insufficient funding Service providers having difficulty paying recurrent expenses Delays in reimbursements
<b>Governance and leadership</b>	Poor planning and communication; poor understanding of the policies Inadequate supervision “No blame” game and problems in obtaining accounting reports and in assigning responsibilities for acts Complexity of funding procedures Interference with other health policies and programs

The *Alliance for Health Policy and Systems Research*'s observation in 2009 is still relevant with respect to user fee exemption policies: “systemic factors and their impacts have hardly been studied” (De Savigny & Adam, 2009, p. 30). The articles included in the present literature review were not aimed at understanding the systemic effect of these policies, but generally focused on a single function of the health system. Two-thirds of the articles addressed only one or two system functions. This perspective adopted by the authors also limits the lessons we can draw from national experiences to support decision-makers involved in developing and implementing such policies. Only a few of the authors attempted to put the results of their studies into perspective in the context of health systems (Kajula et al., 2004; Yates et al., 2006). The major lesson to be drawn from this scoping study is thus the need for empirical studies aimed at understanding more clearly, on a nation-wide or district scale, how these policies affect, at one and the same time, *all the functions of the health system*. Now that the positive effects of user fee exemptions on utilization have largely been demonstrated, researchers need to direct their attention toward more systemic questions. This approach fits within the movement that promotes developing and implementing reforms while taking into account the different potential effects on health systems (Meessen, 2009). Addressing these more systemic questions, by looking particularly at implementation, will likely call for new forms of collaboration among researchers, political decision-makers and practitioners (Meessen, Kouanda, et al., 2011).

In doing this survey, it was not our intent to report all the available knowledge on these interventions or to discuss the methods used, as this has been done by others already. Our primary aim was to bring to light the elements related to exemption policies that were disruptive to the system and to highlight certain areas where there was a lack of knowledge. The main limitation of our study, aside from its being more narrative than explicative, is therefore that we have not highlighted the successes of these policies, except for the increase in service utilization. Moreover, the elements reported here are only *potential* disruptions and do not necessarily reflect what is actually happening across all systems as a whole. For this reason, we repeat our call for further empirical studies on this matter. Nevertheless, these disruptive elements may also be seen as demonstrations of what might occur if decision-

makers, in trying to implement exemption policies, do not ensure the necessary conditions of preparation, planning and attendant measures from a systemic perspective, as is shown in the new empirical studies published in the recent supplement of *Health Policy and Planning* (Meessen, Hercot, et al., 2011).

### **3.2.5. Conclusion**

While user fee exemptions for health services have made it possible to address needs that until now had not been met, an analysis of the literature shows the other side of the coin. In fact, in acting on the provision of services to make them accessible to more people, the exemption policies have at the same time disrupted other essential functions of the health systems of the countries involved, which were already, in any case, relatively unstable. If this very relevant user fee exemption policy is to be effective and equitable, it is therefore essential that these interactions be taken into account when formulating exemption policies, in order to limit disruptions and to create the synergy needed for the system to perform optimally.

## Bibliography

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Bhayat, A., & Cleaton-Jones, P. (2003). Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(2), 105-110. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.00006.x
- Burnham, G., Pariyo, G. W., Galiwango, E., & Wabwire-Mangen, F. (2004). Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(3), 187-195. doi: 10.1590/S0042-96862004000300008
- Chuma, J., Musimbi, J., Okungu, V., Goodman, C., & Molyneux, C. (2009). Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *International Journal for Equity in Health*, 8, 15. doi:10.1186/1475-9276-8-15
- Cook, D., Mulrow, C., & Haynes, R. (1997). Systematic reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine*, 126(5), 376-380. doi: 10.1059/0003-4819-126-5-199703010-00006
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html).
- De Savigny, D., & Adam, T. (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/9789241563895/en/>.
- Deininger, K., & Mpuga, P. (2004). Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda. *Journal of African Economies*, 14(1), 55-91. doi: 10.1093/jae/ejh034
- Fafchamps, M., & Minten, B. (2007). Public service provision, user fees and political turmoil. *Journal of African Economies*, 16(3), 485-518. doi: 10.1093/jae/ejl040



- Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I., Ssengooba, F., & Bennett, S. (2011). Building the field of health policy and systems research: Social science matters. *PLoS Medicine*, 8(8), e1001079. doi: 10.1371/journal.pmed.1001079
- Haddad, S., & Fournier, P. (1996). Qualité, coûts et utilisation des services de santé en pays en développement : Une étude longitudinale au Zaïre. *Ruptures*, 3(1), 88-105.
- Harmonization for Health in Africa. (2010). *Improving financial access to health services in West and Central Africa: Report of the technical workshop to share experiences in the development and implementation of policies to improve financial access to health services for the poor*. Dakar, Senegal: HHA. Retrieved from <http://www.hha-online.org/hso/system/files/REPORT%20FINANCIAL%20ACCESS%20HEALTH%20HA%20Dkar%20-%20V1.pdf>.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, France: Karthala.
- James, C., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, Y., . . . Xu, K. (2006). To retain or remove user fees?: Reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(3), 137-153.
- Kajula, P., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). 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*, 19(S1), S133-153. doi: 10.1002/hpm.772
- Kruk, M. E., Goldmann, E., & Galea, S. (2009). Borrowing and selling to pay for health care in low-and middle-income countries. *Health Affairs*, 28(4), 1056-1066. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.1056
- Kruk, M. E., Mbaruku, G., Rockers, P. C., & Galea, S. (2008). User fee exemptions are not enough: Out-of-pocket payments for free delivery services in rural Tanzania. *Tropical Medicine International Health*, 13(12), 1442-1451. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD009094). doi:10.1002/14651858.CD009094

- Meessen, B. (2009). *Removing user fees in the health sector in low-income countries: A policy guidance note for programme managers*. New York, NY: UNICEF. Retrieved from [http://www.becausehealth.be/media/5594/unicef\\_guidance\\_note\\_removal\\_uf\\_sept\\_2009.pdf](http://www.becausehealth.be/media/5594/unicef_guidance_note_removal_uf_sept_2009.pdf).
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(suppl 2), ii16-ii29. doi: 10.1093/heapol/czr062
- Meessen, B., Kouanda, S., Musango, L., Richard, F., Ridde, V., & Soucat, A. (2011). Communities of practice: The missing link for knowledge management on implementation issues in low income countries? *Tropical Medicine International Health*, 16(8), 1007-1014. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02794.x
- Mwabu, G., Mwanzia, J., & Liambila, W. (1995). User charges in government health facilities in Kenya: Effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 10(2), 164-170. doi: 10.1093/heapol/10.2.164
- Mwabu, G., & Wang'ombe, J. (1997). Health service pricing reforms in Kenya. *International Journal of Social Economics*, 24(1-3), 282-293. doi: 10.1108/03068299710161278
- Nabyonga, J., Desmet, M., Karamagi, H., Kadama, P., Omaswa, F., & Walker, O. (2005). Abolition of cost sharing is pro poor: Evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 20(2), 101- 108. doi: 10.1093/heapol/czi012
- Nabyonga-Orem, J, Karamagi, H, Atuyambe, L, Bagenda, F, Okuonzi, S, & Walker, O. (2008). Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study. *BMC Health Services Research*, 8(1), 102. doi:10.1186/1472-6963-8-102
- Pariyo, G. W., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Rahman, M. H., Peterson, S., Bishai, D. M., . . . Peters, D. H. (2009). Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: Are reforms benefitting the poor? *International Journal for Equity in Health*, 8(39), 39. doi:10.1186/1475-9276-8-39
- Penfold, S, Harrison, E, Bell, J, & Fitzmaurice, A. (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 100-109.

- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., . . . Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning, 24*(4), 289-300. doi: 10.1093/heapol/czp013
- Plsek, P. (2007). Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. In Committee on Quality of Health Care in America (Institute of Medicine) (Ed.), *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F, . . . Rousseau, M.C. (2001). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Montreal, QC: Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>. Retrieved from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>.
- Ridde, V., Meessen, B., & Kouanda, S. (2011). L’abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne : Une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? *Santé Publique, 23*(1), 61-67.
- Ridde, V., & Morestin, F. (2010). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning, 26*(1), 1-11. doi: 10.1093/heapol/czq021
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2010). *Les pressions exercées par l’abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. WHO Discussion Paper 18*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/UserFeesNo18FINAL.pdf>.
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). "We are bitter but we are satisfied": Nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine, 59*(6), 1251-1261 doi: 10.1016/j.socscimed.2003.12.020
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet, 358*(9284), 833-836. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05975-X
- Wilkinson, D., Gouws, E., Sach, M., & Abdool, K. (2001 ). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization, 79*(7), 665-671. doi: 10.1590/S0042-96862001000700012

- Wilkinson, D., Sach, M., & Abdool Karim, S. (1997). Examination of attendance patterns before and after introduction of South Africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women. *British Medical Journal*, 314(7085), 940-941.
- Witter, S., & Adjei, S. (2007). Start-stop funding, its causes and consequences: a case study of the delivery exemptions policy in Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 22(2), 133-143. doi: 10.1002/hpm.867
- Witter, S., Arhinful, D.K., Kusi, A., & Zakariah-Akoto, S. (2007). The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 61-70. doi: 10.1016/S0968-8080(07)30325-X
- Witter, S., Armar-Klemesu, M., & Dieng, T. (2008). National fee exemption schemes for deliveries: Comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In F. Richard, S. Witter & V. De Brouwere (Eds.), *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries* (Vol. 24, pp. 167-198). Antwerp, Belgium: ITGPress.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
- World Health Organization. (2010). *The world health report 2010: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2010/en/>.
- Xu, K., Evans, D., Kadama, P., Nabyonga, J., Ogwang Ogwal, P., Nabukhonzu, P., & Aguilar, A. (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science and Medicine*, 62(4), 866-876. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.004
- Yates, J., Cooper, R., & Holland, J. (2006). Social protection and health: Experiences in Uganda. *Development Policy Review*, 24(3), 339-356. doi: 10.1111/j.1467-7679.2006.00328.x

### **3.3. Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : une revue réaliste (Article 4)**

Au moment du dépôt de la thèse, le dernier article est en préparation. Il reprendra de manière condensée les principaux enseignements du présent sous-chapitre. Le protocole de cette recherche, disponible à l'Annexe 1, a été publié dans la revue *BMJ Open* (Robert, Ridde, Marchal, & Fournier, 2012).

#### **Auteurs :**

Émilie Robert, Oumar Malla Samb, Bruno Marchal, Valéry Ridde

#### **Contributions des auteurs :**

Émilie Robert a mené l'ensemble de l'étude sous la supervision de Valéry Ridde qui a apporté un regard critique et constructif à toutes les étapes du processus de recherche. Oumar Malla Samb a contribué plus précisément aux réflexions menant à la construction de la théorie de moyenne portée initiale. Bruno Marchal a apporté un soutien méthodologique pour l'utilisation des principes de l'approche réaliste. Émilie Robert a rédigé l'intégralité du chapitre. Les coauteurs ont contribué à l'amélioration du chapitre. Les auteurs ont lu et approuvé la version finale du chapitre.

**Remerciements :**

Les auteurs tiennent à remercier : le *Groupe étudiant de réflexions sur les politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest* de l'Université de Montréal, particulièrement Nicole Atchessi et David Zombré pour leur aide dans l'évaluation de la qualité des études; Geoff Wong, Pierre Pluye et Justin Jagosh pour leurs éclairages sur les principes de l'approche réaliste; Pierre Fournier, Guy Kegels et Abel Bicaba pour leur soutien à certaines étapes de la conduite de cette recherche.

Cette étude a été en partie financée dans le cadre d'une subvention de recherche (NRF 102072) octroyée à Valéry Ridde par les Instituts de recherche en santé du Canada.

**Note :**

Le certificat d'éthique pour cette étude est disponible à l'Annexe 2.

## **RÉSUMÉ**

### **Contexte**

Afin d'améliorer l'accès aux soins, plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ont décidé d'assurer la gratuité de certains soins au point de service, pour certaines populations. De nombreuses études ont été menées sur ces politiques d'exemption des paiements directs des soins (PEP) et quelques tentatives de synthèse ont eu lieu, avec un succès mitigé. L'objectif de l'étude est de comprendre comment ces politiques permettent d'améliorer l'accès aux soins, dans quels contextes, pour quelles populations, et par quels mécanismes, en utilisant ce corpus de connaissances.

### **Méthodes**

Nous avons utilisé une forme nouvelle de synthèse des connaissances, appelée la revue réaliste. Elle vise à ouvrir la « boîte noire » d'une intervention en tâchant de comprendre comment le contexte influence un certain nombre de mécanismes pour produire des effets. Il s'agit donc de relever, dans les écrits, les tendances dans les interactions entre contexte, mécanismes et effets, sous la forme de configurations. Ces configurations contribuent au développement d'une théorie de moyenne portée. Cette revue s'est déroulée en six étapes : 1) développer la théorie de moyenne portée initiale; 2) préciser la question de recherche; 3) rechercher les études empiriques; 4) évaluer la qualité des études sélectionnées, 5) extraire et synthétiser les données; 6) préciser la théorie.

### **Résultats**

Selon la théorie initiale, la gratuité des soins au point de service est une ressource contribuant à renforcer le pouvoir d'agir des usagers. Ce pouvoir d'agir est également influencé par des facteurs structurels, locaux et individuels qui agissent sur la « capacité » des usagers de se saisir de cette ressource, et de faire le choix de recourir aux services de santé gratuits. Cette théorie a été mise à l'épreuve des données empiriques issues de 69 documents concernant dix pays d'Afrique subsaharienne. La synthèse de ces données a mis en lumière trois mécanismes essentiels dans le choix des usagers de recourir aux services de santé gratuits : la confiance,

l'acceptabilité, et la reconnaissance du risque. Ils sont au cœur de la théorie réaliste du recours aux soins de santé que nous proposons.

### **Conclusion**

À notre connaissance, cette étude est la première à synthétiser, de manière systématique et dans une visée de théorisation, les études sur les PEP en Afrique subsaharienne. Ce processus a permis de faire émerger des propositions pour comprendre comment les PEP fonctionnent. Ces propositions reposent sur des fondements épistémologiques, méthodologiques et empiriques solides.

**Mots-clés** : revue réaliste; accès aux soins; paiements directs des soins; Afrique subsaharienne; politique de santé internationale



### 3.3.1. Introduction

L'accès aux soins des populations des pays à faible et moyen revenu est une préoccupation constante des gouvernements et des acteurs de la santé mondiale. Déjà en 1978, dans la déclaration d'Alma Ata, les soins de santé primaires devaient être « rendus universellement accessibles » (Organisation Mondiale de la santé & Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1978). L'engouement international récent pour la couverture universelle en matière de santé, qui existe « lorsque tout individu a accès aux services de santé de qualité dont il a besoin sans être exposé à des difficultés financières » (Organisation Mondiale de la santé, 2013, p. 11), illustre cette préoccupation.

En effet, l'accès au système de santé est l'un des déterminants de la santé des populations (Marmot et al., 2008). Or, les indicateurs des pays d'Afrique subsaharienne sont inquiétants : la sous-région comptait ainsi en 2010 la moitié du fardeau des décès maternels et infantiles (Kinney et al., 2010), et peine à atteindre les OMD liés à la santé (Lozano et al., 2011).

Les difficultés d'accès aux soins y sont réelles, et les coûts directs qu'implique le recours aux soins sont une des barrières les plus importantes. Dans la sous-région africaine, où 70% de la population vivait avec moins de 2 dollars par jour en 2010 (The World Bank, 2014a), le spectre du « *medical poverty trap* » est constant (Whitehead, Dahlgren, & Evans, 2001). C'est pourquoi, depuis le début des années 2000, plus d'une quinzaine de pays, dont le Ghana, la Sierra Leone, et le Niger, ont décidé d'abolir les paiements directs des soins pour certaines catégories de services (p. ex. soins de santé de base) ou certaines catégories de populations (p. ex. femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans) (Robert & Samb, 2012). Pour cela, ils ont mis en œuvre des politiques d'exemption des paiements directs des soins. Instaurés lors de l'Initiative de Bamako en 1987, les paiements directs des soins ont en effet fait l'objet de vives critiques et sont désormais unanimement perçus comme le principal frein à l'accès aux soins des populations vulnérables (Robert & Ridde, 2013a).

Les PEP ont fait l'objet de multiples études empiriques, ainsi que de plusieurs revues de littérature. Une revue systématique de type Cochrane (Lagarde & Palmer, 2011) conclut que la faiblesse des preuves ne permet pas de juger de l'efficacité de ces politiques. Deux synthèses exploratoires (*scoping studies*) (Arksey & O'Malley, 2005) dressent un état des lieux de la littérature scientifique. L'une identifie les besoins de recherche sur les PEP (Ridde & Morestin, 2011), et l'autre met en évidence les effets perturbateurs des PEP sur les systèmes de santé (Ridde, Robert, & Meessen, 2012). Enfin, deux analyses transversales sur les processus de mise en œuvre des PEP ont également été publiées (Meessen, Hercot, et al., 2011; Ridde, Queuille, Kafando, & Robert, 2012).

Bien que ces écrits explorent différentes problématiques d'importance relatives aux PEP, la question de l'amélioration de l'accès aux soins dans le cadre de ces politiques n'a été examinée qu'à travers le prisme de leur efficacité. Or, les enjeux d'accès aux soins sont multidimensionnels et dépendent largement du contexte (Dixon-Woods et al., 2006). L'objectif de cette étude est donc de comprendre comment les PEP permettent l'amélioration de l'accès aux soins, dans quels contextes, pour quelles populations, et par quels mécanismes.

### 3.3.2. Méthode

#### Devis

Une revue réaliste a été menée. Ce type de devis permet de comprendre si une intervention fonctionne, comment, pour qui, et dans quelles circonstances (Pawson, 2006b; Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005; Robert & Ridde, 2013b). Le processus et les résultats de la revue sont rapportés selon les lignes directrices développées pour la revue réaliste (Wong, Greenhalgh, Westhorp, Buckingham, & Pawson, 2013). Dans cette perspective, cette section précise les modifications apportées à la méthodologie initiale (Robert et al., 2012).

#### L'approche réaliste

Pawson et Tilley (1997) proposent de comprendre les interventions sociales complexes, en utilisant les principes du réalisme. Ainsi une intervention ne fonctionne pas en soi ; ce sont les agents qui, à travers un ensemble de **mécanismes**, rendent possible – ou non – la production des effets attendus. Les mécanismes doivent être compris comme le raisonnement de l'agent, son attitude ou son comportement face à l'intervention (Ridde, Robert, Guichard, Blaise, & Van Holmen, 2012). Ils sont influencés par le(s) contexte(s) dans le(s)quel(s) l'intervention est mise en œuvre.

La revue réaliste vise à relever, dans les écrits, les tendances– ou **semi-régularités** (Pawson, 2006b) – dans les interactions entre le contexte, le(s) mécanisme(s) et les effets, afin d'identifier des agencements causals. Les semi-régularités se forment à partir de l'occurrence des mécanismes. Le contexte est ce qui permet ou contraint l'action des agents. Les effets sont le produit de l'interaction de ces mécanismes et du contexte. Ces interactions se décomposent sous la forme de **configurations Contexte-Mécanisme-Effet** (C-M-E). Les configurations C-

M-E sont l’outil qui permet d’identifier et de décrire les semi-régularités du niveau empirique. Elles permettent de décrire des processus et des boucles de rétroaction.

L’identification des semi-régularités doit permettre de développer ou de préciser une **théorie de moyenne portée** (TMP). Cette TMP permet d’atteindre le niveau d’abstraction nécessaire pour comprendre une certaine diversité d’effets produits par une intervention dans différents contextes (Pawson, 2000).

Dans le domaine de la santé publique, l’enthousiasme pour la revue réaliste se mesure à l’aune de la multiplication des protocoles publiés ces deux dernières années (Gagliardi et al., 2011; Hardwick, Pearson, Byng, & Anderson, 2013; Kastner et al., 2011; Pearson et al., 2012). Néanmoins, les publications de revues réalistes sont encore rares. Dans le domaine de l’organisation des soins, Best et al. (2012) se sont intéressé au processus de transformation du système de soins, tandis que Dieleman, Gerretsen, et van der Wilt (2009) et Kane, Gerretsen, Scherpbier, Dal Poz, et Dieleman (2010) ont étudié plusieurs interventions touchant les ressources humaines. Vassilev et al. (2011), quant à eux, se sont intéressé à l’autogestion des maladies chroniques. À notre connaissance, aucune revue réaliste ne porte ni sur la problématique de l’accès aux soins ni sur les PEP.

### **Question de recherche**

Notre question de recherche était la suivante : comment la suppression d’une partie de la barrière financière par les PEP influence-t-elle le recours aux services publics de santé en Afrique subsaharienne ?

Deux questions spécifiques ont guidé notre démarche :

- Dans quel(s) contexte(s) les PEP favorisent-elles le recours aux services publics de santé ?

- Et par quel(s) mécanisme(s) ?

### **Champ d'étude et objet de recherche**

Bien que les paiements directs constituent la norme dans les pays d'Afrique subsaharienne (Sambo, Kirigia, & Orem, 2013), de nombreuses exemptions existent et permettent à la population de bénéficier de soins ou de médicaments gratuits (p. ex. traitement gratuit de la lèpre ou de l'ulcère de Buruli, vaccination, consultations prénatales). Les récentes PEP accroissent donc considérablement la gamme de services publics de santé gratuits au point de service.

Cette revue réaliste s'intéresse particulièrement à ces récentes politiques, définies comme étant toute intervention du gouvernement à l'échelle régionale ou nationale, dont l'objectif est de rendre les soins de santé curatifs gratuits au point de service, de manière universelle (proportionnée ou non) (Carey & Crammond, 2014), et horizontale (et non verticale), indépendamment du diagnostic posé (et non selon le type de maladie).

Plus précisément, la revue porte sur les deux types d'interventions suivants :

- Les PEP visant à rendre les soins de santé entièrement gratuits au point de service pour les enfants de moins de 5 ans, pour les femmes enceintes / mères allaitantes, ou pour les personnes âgées ;
- Les PEP visant à rendre les soins de santé de base / essentiels / primaires gratuits à l'ensemble de la population.

Les PEP qui touchent la césarienne, notamment au Mali (El-Khoury, Hatt, & Gandaho, 2012) et au Sénégal (Mbaye, Dumont, Ridde, & Briand, 2011), ont été exclues dans la mesure où la césarienne constitue un acte médical décidé par le personnel soignant, et ne participe pas de la démarche de recours aux soins.

## Processus de synthèse

### *Étape 1 : Développer la théorie de moyenne portée initiale*

Cette première étape visait trois objectifs :

- Définir et modéliser le problème que les PEP se proposent de régler;
- Comprendre et modéliser la logique générique d'intervention des PEP;
- Analyser les théories et modèles conceptuels de l'accès aux soins et proposer une modélisation réaliste de la TMP.

Pour cette étape, plusieurs types d'écrits ont été consultés de manière exploratoire. Des informateurs clés, décideurs et cadres de santé du Mali et du Burkina Faso, ont également été sollicités : quinze entrevues ont été menées et un atelier a été organisé au Burkina Faso. L'ensemble du processus, itératif, a été mené par l'auteure principale ER (Annexe 3).

### *Étape 2 : Préciser la question de recherche*

Les contours de notre question de recherche ont été progressivement délimités, dans un processus itératif propre à ce type de démarche (Pawson, 2006b). Ainsi, les différents enjeux entourant la question de la gratuité des soins, ainsi que l'étendue des écrits disponibles sur chacun de ces enjeux, ont été mieux circonscrits.

### *Étape 3 : Rechercher les études empiriques*

Les études empiriques permettent de tester et de préciser la TMP. La stratégie documentaire initiale est détaillée dans le protocole de recherche (Robert et al., 2012). Trois modes de recherche ont été utilisés : les bases de données, la méthode « boule de neige », et la

recherche par citation des articles inclus. Les écrits scientifiques et la littérature grise ont été consultés. La recherche documentaire a pris fin en août 2013.

Les études ont été sélectionnées sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion (Tableau IV). Le critère sur la problématique abordée par les études a été modifié. En effet, en se concentrant uniquement sur les études évaluant les PEP, notre démarche négligeait les écrits sur les processus de recours aux soins des bénéficiaires des PEP. C'est pourquoi les études portant sur l'accès aux soins ou le recours aux soins dans les contextes de gratuité ont également été incluses. Étant donné l'abondance de ce type d'études, la méthode « boule de neige » a été limitée aux études portant sur l'accès aux soins ou le recours aux soins dans le contexte des PEP issus des deux premiers tours de sélection (Figure 9).

Tableau IV – Critères d’inclusion et d’exclusion de la revue réaliste

---

**Critères d'inclusion**

---

- Le document a pour thème principal la santé.
- Le document concerne au moins un pays d’Afrique subsaharienne.
- Le document aborde la problématique de l'exemption / abolition des paiements directs des soins, et/ou le thème de l'accès aux soins dans le contexte des PEP.
- Le document porte sur toute intervention du gouvernement à l'échelle régionale ou nationale, dont l'objectif est de rendre les soins de santé curatifs gratuits au point de service, de manière universelle (proportionnée ou non) et horizontale (et non verticale), indépendamment du diagnostic posé (et non selon le type de maladie).
- Le document rapporte des données empiriques originales.

---

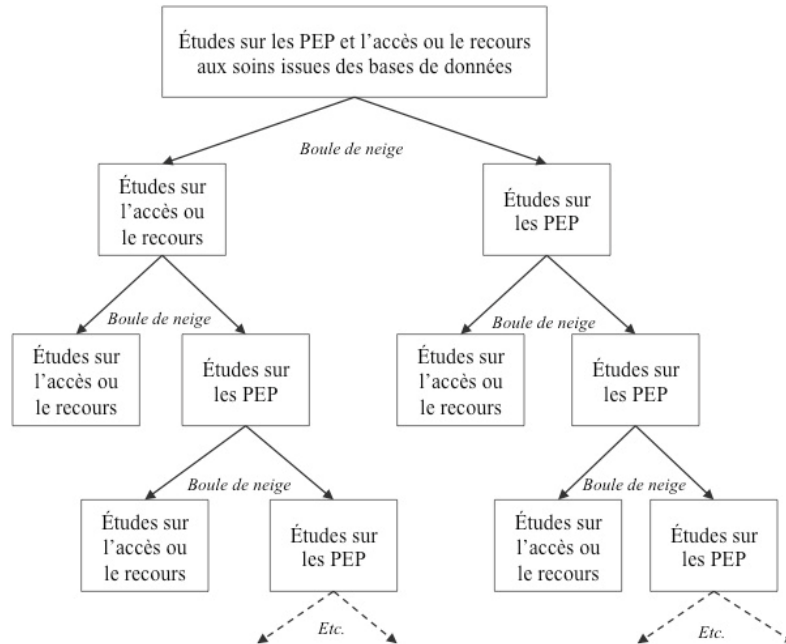
**Critères d'exclusion**

---

- Le document n'a pas pour thème principal celui de la santé.
  - Le document ne concerne pas au moins un pays d’Afrique subsaharienne.
  - Le document n'aborde pas la problématique de l'exemption / abolition des paiements directs des soins ou le thème de l'accès aux soins dans le contexte des PEP.
  - Le document porte sur l'exemption sélective dans le cadre des politiques de recouvrement des coûts (« *waivers* »).
  - Le document porte sur des mesures de gratuité autres que celles mentionnées dans les critères d'inclusion (p. ex. services préventifs, traitement des maladies tropicales négligées, traitement antirétroviral, etc.).
  - Le document porte sur l'expérience d'une organisation non gouvernementale.
  - Le document ne rapporte pas de données empiriques originales.
-



Figure 9 – Stratégie « boule de neige » de sélection des études sur l'accès ou le recours aux soins dans le contexte des PEP



#### Étape 4 : Évaluer la qualité des études sélectionnées

La qualité des études a été évaluée selon les deux critères propres à la revue réaliste (Pawson, 2006a) : leur pertinence par rapport à l'objet de recherche et leur rigueur scientifique. Les données empiriques ont d'abord été examinées de manière à déterminer si elles contenaient des informations permettant de répondre à la question de recherche. Le principe de saturation conceptuelle (Thomas & Harden, 2008) a ainsi été appliqué, généralement au détriment d'études quantitatives. Selon ce principe, les études qui ne permettaient pas d'approfondir les concepts d'intérêt ou qui ne proposaient pas de nouveau concept n'étaient pas retenues.

Ensuite, le Mixed Method Appraisal Tool (Pluye et al., 2011) a été utilisé pour évaluer la rigueur scientifique des études pertinentes (Annexe 4). Chaque devis a été décrit puis évalué soit par l’auteure principale, doctorante spécialisée en recherche qualitative et mixte, soit par des doctorants spécialisés en épidémiologie, selon un canevas (Annexe 5).

#### *Étape 5 : Extraire et synthétiser les données pour repérer les semi-régularités*

L’auteure principale a extrait les données des études à l’aide du logiciel NVivo9, ou à la main pour les articles qui ne pouvaient pas être importés dans le logiciel. Une approche intégrée (Bradley, Curry, & Devers, 2007) a été utilisée : un arbre de codes a d’abord été développé sur la base des principes de l’approche réaliste (hiérarchie Contexte-Mécanisme-Effet), et des concepts de l’accès aux soins. Puis il a été ajusté et affiné afin d’intégrer les relations émergentes des études analysées. Une fois la première étape de codage complétée, l’ensemble du corpus codé a été examiné de façon à harmoniser l’arbre des codes et vérifier l’homogénéité de l’interprétation (Thomas & Harden, 2008). Cette étape a été itérative, car elle a également contribué à alimenter la réflexion sur la TMP.

Après avoir extrait les données, l’auteure principale a relevé les semi-régularités mettant en lumière les contextes dans lesquels le ou les mécanismes étaient – ou non – déclenchés, et les effets qui en découlaient.

#### *Étape 6 : Préciser la théorie de moyenne portée*

Cette étape a été réalisée comme on reconstitue un puzzle. Chaque semi-régularité a contribué au puzzle en fournissant une ou plusieurs pièces qu’il s’agissait de combiner pour obtenir une image plus complète et plus précise du phénomène étudié.

Nous avons fait appel à un processus de « rétroduction » (*retroduction*) par lequel se construit l'explication théorique d'un phénomène (Bhaskar (1989), cité par Trimarchi (1998)). Ce processus prend la forme suivante :

« [...] antecedently available cognitive resources are used to construct plausible models of the mechanisms producing identified patterns of phenomena, which are then empirically checked out, and, if deemed adequate, in turn explained, in a continually unfolding dialectic of taxonomic and explanatory knowledge. » ((Bhaskar, 1989, pp. 90-91), cité par Trimarchi (1998))

Plus précisément, la « rétroduction » est un raisonnement rétrospectif par lequel le chercheur passe de la description d'un phénomène à la description de ce qui produit ce phénomène et des structures dans lesquelles il est enchâssé (Bhaskar (1986), cité par Wai-chung Yeung (1997)), par le biais des mécanismes (McEvoy & Richard, 2006).

Les résultats de ce processus sont présentés dans deux sections :

- la construction de la TMP que nous avons testée au cours de la revue;
- les semi-régularités observées dans les écrits.

Dans la discussion, la TMP initiale est affinée en tenant compte des résultats de la synthèse et des écrits sur le sujet.

### **3.3.3. Résultats**

#### **a) Construire la théorie de moyenne portée : le renforcement du pouvoir d’agir comme mécanisme des PEP**

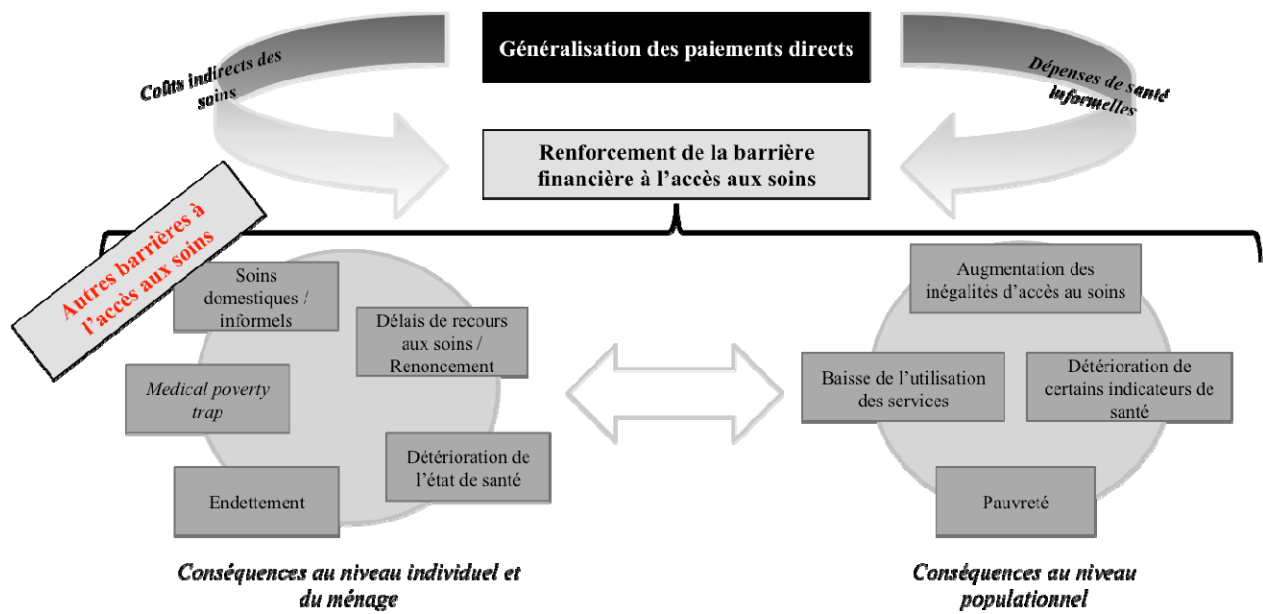
##### *Les conséquences des paiements directs*

Le problème principal auquel les gouvernements africains souhaitent s’attaquer par le biais des PEP est le déficit d’accès aux services publics de santé des populations les plus pauvres, dans des contextes où ces services étaient payants et où les stratégies d’exemption basée sur le revenu étaient peu efficaces (Gilson, Russell, & Buse, 1995). La généralisation des paiements directs a en effet renforcé la barrière financière à l’accès aux soins. Compte tenu de leur capacité financière limitée, les usagers les plus pauvres n’avaient d’autre choix que de renoncer ou retarder leur recours aux soins (James et al., 2006), ou d’avoir recours à l’automédication, ou à la médecine traditionnelle (Gilson, 1997) pour laquelle des facilités de paiement pouvaient être obtenues (Asenso-Okyere, Anum, Osei-Akoto, & Adukonu, 1998; Muela, Mushi, & Ribera, 2000). Dans le cas des accouchements, les femmes les plus pauvres préféraient généralement donner naissance à domicile (Moyer & Mustafa, 2013). Le renforcement de cette barrière financière, associé aux barrières préexistantes (p. ex. accessibilité physique, déterminants socioculturels, etc.), a contribué à contraindre le recours aux services publics de santé, tout en accroissant les inégalités d’accès dans les pays d’Afrique subsaharienne (Lagarde & Palmer, 2011). Lorsque les ménages les plus vulnérables avaient recours aux services publics de santé, ils étaient souvent contraints de s’endetter (McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006) pour assumer les dépenses de santé.

Les risques de santé encourus par les usagers étaient réels : le niveau de revenu, la disponibilité des ressources financières, ainsi que le coût des services comptent parmi les déterminants de la mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans (Kinney et al., 2010). Or ces indicateurs restent élevés en Afrique subsaharienne (Hogan et al., 2010;

Rajaratnam et al., 2010). La Figure 10 illustre les conséquences de la généralisation des paiements directs.

Figure 10 – Conséquences de l’instauration des paiements directs des soins pour les populations



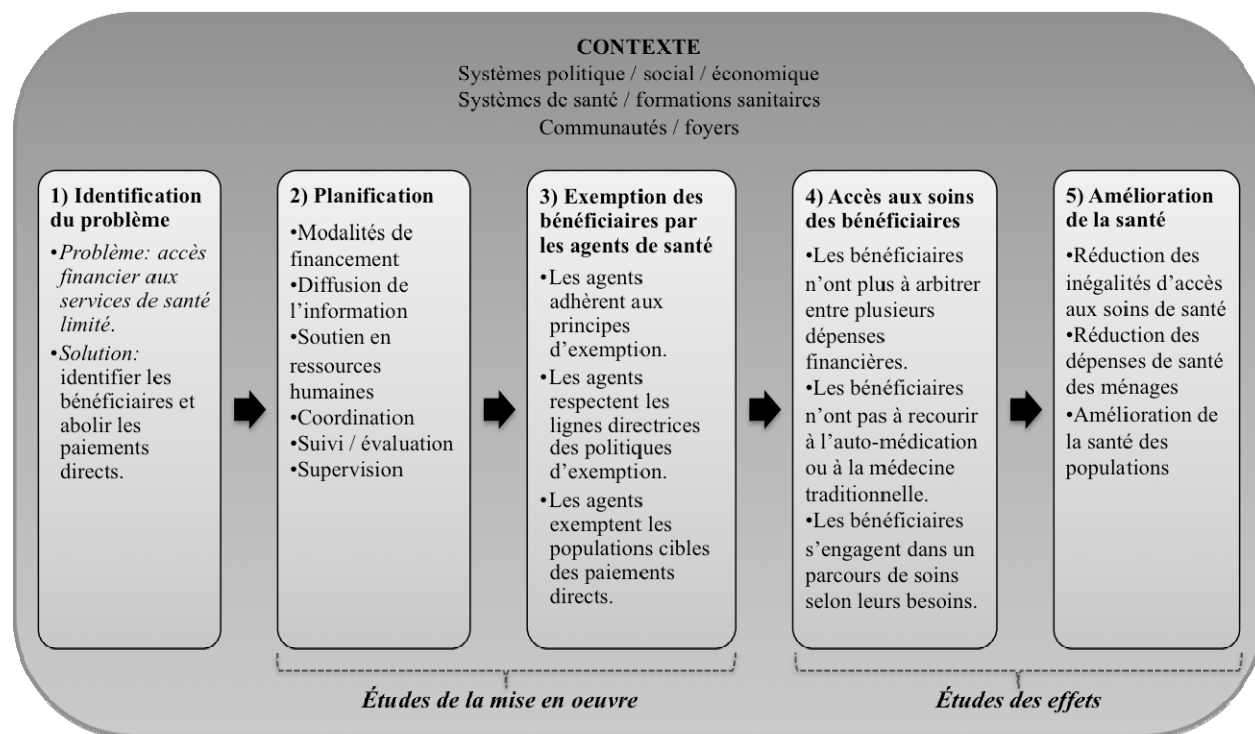
### *L'usager des services de santé au cœur de la théorie d'intervention des PEP*

La théorie d'intervention des PEP a été modélisée afin de visualiser les différents processus conduisant aux résultats escomptés, à savoir une utilisation accrue des services publics de santé, une réduction des inégalités d'accès aux services, et une diminution des dépenses de santé des ménages.

Le point commun des PEP est qu'elles permettent de lever une partie de la barrière financière à l'accès aux soins en rendant certains services gratuits. Elles ciblent des services explicites (p. ex. services de santé primaires ou paquets de soins essentiels) ou des populations facilement identifiables (p. ex. femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans). Elles se distinguent ainsi de l'exemption fondée sur le revenu.

Selon notre compréhension de la logique d'intervention des PEP (Figure 11), les résultats sont le fruit d'un enchaînement de processus qui devraient conduire à l'amélioration de l'accès aux soins (Marchal, van Belle, de Brouwere, Witter, & Kegels, 2014). Ainsi la mise en place de procédures, telles que les modalités de financement, de coordination, de suivi, etc. qui sont spécifiques à chaque PEP, doit soutenir les agents de santé et leur permettre d'exempter les bénéficiaires dont l'accès aux services de santé est dès lors favorisé.

Figure 11 – Modélisation de la logique générique d'intervention des PEP



Dans la mesure où une revue réaliste peut être menée à plusieurs niveaux d'une intervention, chacun des processus de la théorie d'intervention des PEP (Figure 11) aurait pu faire l'objet d'une telle revue. Or, deux aspects étaient particulièrement étudiés par les chercheurs dans les écrits que nous avons consultés : la mise en œuvre et ses défis d'une part, et les effets des PEP d'autre part. Les études concernaient donc les agents de santé (mise en œuvre), et les usagers (effets). Cette revue réaliste est centrée sur l'utilisateur puisqu'il est le bénéficiaire explicite des PEP, et que l'objectif déclaré de ces politiques est d'améliorer son accès aux soins.

*Accès aux soins, recours aux soins et renforcement du pouvoir d'agir : modélisation réaliste de la théorie de moyenne portée*

Il existe de nombreuses conceptualisations de l'accès aux soins et plusieurs modèles décrivant les déterminants de l'utilisation des services de santé, incitant Ricketts et Goldsmith (2005) à parler de « guerre des cadres » (*battle of frameworks*). Les modèles traditionnels sont ceux de Andersen (1995), Penchansky et Thomas (1981) et Donabedian (1976). Une conceptualisation de l'accès aux services de santé centrés sur le patient a récemment été proposée par Levesque, Harris, et Russell (2013). Préoccupés par la nécessité d'identifier des leviers pour l'action en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins, Carrillo et al. (2011) présentent le *Health Care Access Barriers Model* qui se centre sur les barrières modifiables de l'accès aux soins. Dixon-Woods et al. (2006), quant à eux, ont mené une synthèse interprétative critique de l'accès aux soins des populations vulnérables au Royaume-Uni. Leurs travaux ont fait émerger de nouveaux construits, notamment celui de « *candidacy* », qui décrit la manière dont :

« people's eligibility for medical attention and intervention is jointly negotiated between individuals and health services » (Dixon-Woods et al., 2006, p. 7)

La question de l'accès aux soins dans les PFMR a été également abordée par plusieurs auteurs. Ainsi Obrist et al. (2007) proposent le *Health Access Livelihood Framework*, tandis que Peters et al. (2008) explicitent les dimensions de l'accès aux soins à la lumière des conditions de pauvreté des populations des PFMR. Plusieurs revues de littérature sur l'utilisation de services spécifiques ont par ailleurs été menées, telles que la métasynthèse d'études qualitatives sur l'utilisation des services prénataux (Finlayson & Downe, 2013), ou la recension des déterminants de l'accouchement assisté dans laquelle Gabrysch et Campbell (2009) amendent la théorie des trois retards de Thaddeus et Maine (1994). En Afrique subsaharienne, Rutherford, Mulholland, et Hill (2010) ont mené une revue systématique pour expliciter les liens entre l'accès aux soins et la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Quant à Moyer et Mustafa (2013), ils ont également mené une revue systématique pour



identifier les facteurs associés à l'accouchement assisté dans une formation sanitaire en Afrique subsaharienne.

Considérant notre compréhension de cette problématique, nous avons opté pour la définition de l'accès aux soins proposée par Thiede (Thiede, 2005; Thiede & McIntyre, 2008) :

« Access is best defined as the freedom to use. [...] Freedom to use describes the social possibility and the individual ability to give direction to one's will to use health services. » (Thiede, 2005, p. 1453)

En ce qui concerne spécifiquement le recours aux soins, Currie et Wiesenberg (2003) le scindent en trois phases : i) la reconnaissance d'un problème de santé; ii) la possibilité de recourir aux soins de santé; iii) le choix de recourir aux soins de santé. À chaque étape est associé un ensemble de facteurs agissant à titre de barrières ou de facilitateurs. Une conceptualisation du recours aux soins pour les maladies infantiles en Afrique subsaharienne est proposée par Colvin et al. (2013). Leur métaethnographie montre particulièrement bien le caractère complexe et non linéaire du recours aux soins. En outre, elle met en lumière l'importance des négociations dans la prise de décision des ménages.

Pour qu'une décision puisse être prise, il doit y avoir un ensemble de choix disponibles; sinon il ne peut y avoir de décision possible (Currie & Wiesenberg, 2003). La possibilité pour un individu de faire des choix est une des conceptualisations du pouvoir d'agir (Kabeer, 1999).

Selon Kabeer (1999), et dans la lignée des travaux de Sen (1985), cité par Kabeer (1999), le renforcement du pouvoir d'agir est un processus de changement au cours duquel la capacité d'un individu à faire des choix stratégiques de vie est accrue. Cette capacité à exercer un choix s'exprime en ressources, qu'elles soient matérielles, humaines ou sociales, et d'« *agency* », c'est-à-dire la capacité (*ability*) de prendre ses propres décisions de vie et de

poursuivre ses propres buts. La somme des ressources et de l' « *agency* » constitue les « capacités » (*capabilities*) (Kabeer, 1999).

Dans cette perspective, la gratuité des soins au point de service est une ressource intangible (Frediani, 2010) qui contribue théoriquement à renforcer le pouvoir d'agir des usagers. En offrant une nouvelle ressource, on suppose que les bénéficiaires des PEP seront non seulement moins contraints à arbitrer avec d'autres dépenses ou à développer des stratégies de mobilisation des ressources, mais également plus enclins à opter pour des services publics de santé, lorsqu'ils en ressentent le besoin.

Cependant, la « capacité » de l'utilisateur bénéficiaire de se saisir de cette ressource, et donc de faire le choix de recourir aux services de santé gratuits, est influencée par un ensemble de facteurs dits de conversion (Frediani, 2010; Robeyns, 2005). Ces facteurs se situent à trois niveaux : individuel, local et structurel (Tableau V). Frediani (2010) donne la définition suivante de ces trois types de facteurs :

« *Individual factors* are associated with one's individual capacities, which could be physical conditions, levels of literacy, and so forth. [...] *Local factors* can be associated with facilities and collective norms. [...] Last but not least are the *structural factors* shaping the capability space. Market mechanisms and the political structure are examples of some of the underlying structural processes that affect people's freedoms. » (Frediani, 2010, p. 178)

Ces facteurs sont interconnectés et s'influencent mutuellement. L'ensemble des choix, des capacités d'agir, et des ressources constitue l'« espace des capacités » (Frediani, 2010).

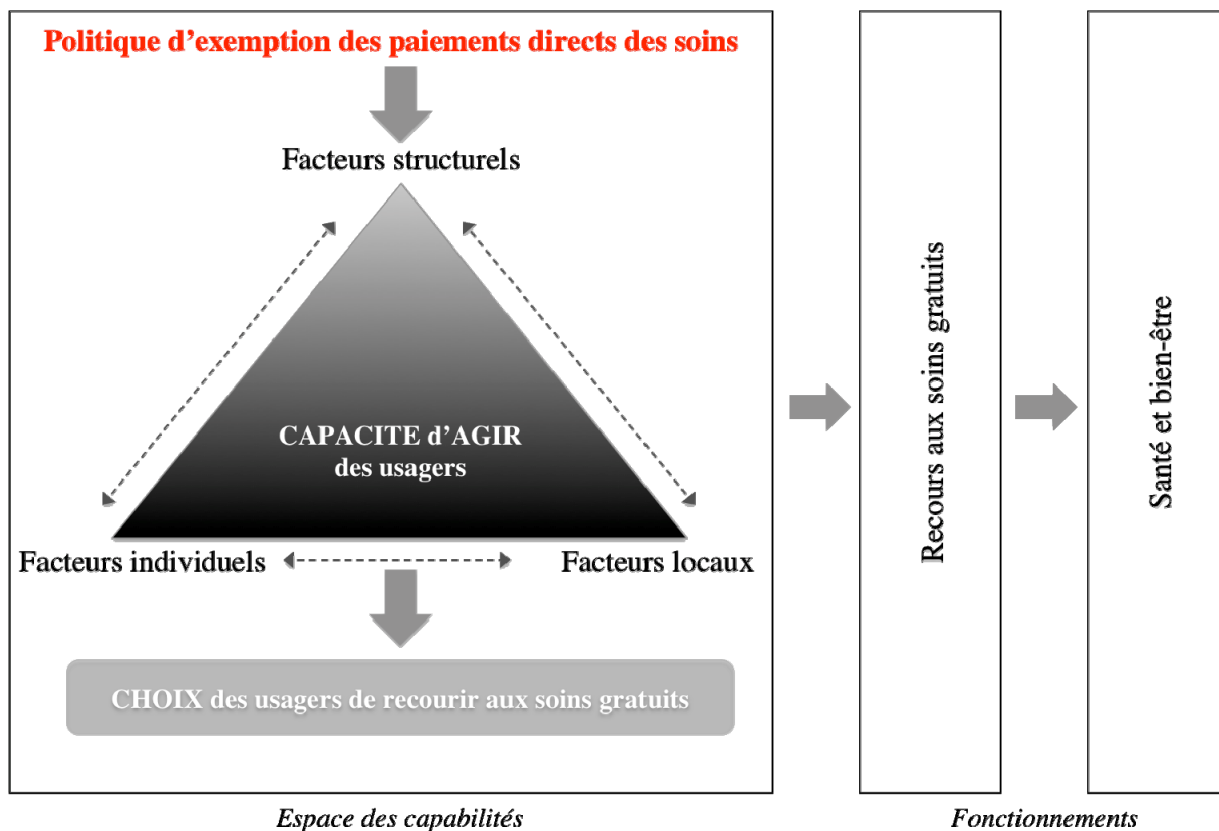
Tableau V – Opérationnalisation des facteurs de conversion pour l'accès aux soins, adapté de Frediani (2010)

Facteurs de conversion	Exemples d'opérationnalisation (non exhaustifs)
Facteurs individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexe</li> <li>- Position sociale</li> <li>- Revenu / biens</li> </ul>
Facteurs locaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infrastructures de santé</li> <li>- Pratiques des soignants</li> <li>- Normes socioculturelles</li> </ul>
Facteurs structurels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politiques publiques</li> <li>- Environnement</li> <li>- Gouvernance</li> </ul>

Dans une perspective réaliste, ces facteurs de conversion peuvent être compris comme des éléments du contexte contribuant au renforcement du pouvoir d'agir (ou capacité d'agir) des bénéficiaires des PEP, considéré comme le mécanisme déclenché par les PEP. Le déclenchement de ce mécanisme rend ainsi possible le choix en faveur d'un recours aux services de santé gratuits, selon les besoins des usagers bénéficiaires dont on suppose qu'ils souhaitent atteindre un certain niveau de santé et de bien-être.

Pour illustrer ces interactions, l'approche des « capacités » proposée par Frediani (2010) a été adaptée, en modélisant l'espace des « capacités » (Figure 12), et les « fonctionnements ». Les « fonctionnements » sont ce que les individus valorisent, et conditionnent également leur choix (Frediani, 2010). Dans le cas de l'accès aux soins, les usagers cherchent avant tout à améliorer ou conserver leur santé et leur bien-être. En termes réalistes, ces fonctionnements constituent les effets dans la configuration Contexte-Mécanisme-Effet.

Figure 12 – Modélisation réaliste de la théorie de moyenne portée initiale



En s'inspirant de ces concepts, la TMP suivante est proposée :

En rendant les services publics de santé gratuits, les PEP offrent une ressource supplémentaire et renforcent ainsi le pouvoir d'agir des usagers bénéficiaires (**M**) dont le choix en faveur d'un recours aux services publics de santé selon leurs besoins est facilité (**E**). Ce pouvoir d'agir est également influencé par un ensemble de facteurs structurels, locaux et individuels (**C**) qui influencent la « capacité » des usagers de se saisir de cette ressource (**M**), et de faire le choix de recourir aux services de santé gratuits (**E**).

Considérant que les mécanismes sont généralement invisibles (Pawson, 2013) et doivent être induits des résultats produits par les études qui font l'objet d'une revue réaliste, nous avons considéré de manière générale que le renforcement du pouvoir d'agir des usagers bénéficiaires des PEP existait lorsque l'on constatait une amélioration des indicateurs d'accès

aux soins associée à la mise en place des PEP. Par exemple, l'augmentation du nombre de visites en ambulatoire des enfants de moins de 5 ans au Niger associée à la mise en œuvre de la gratuité des services curatifs pour les enfants de moins de 5 ans (Lagarde, Barroy, & Palmer, 2012) indiquait que la politique contribuait à renforcer le pouvoir d'agir, et a influencé positivement le choix en faveur du recours aux services de santé gratuits chez les personnes responsables de ces enfants.

Deux autres types d'effets sont également possibles : l'absence de recours (ou recours retardé, ou renoncement aux soins) et le recours aux services de santé informels et/ou privés. Ces effets peuvent être attribués à trois causes (Berthet, Dechézelles, Gouin, & Simon, 2009, septembre) :

- soit la ressource mise à disposition (services de santé gratuits) n'est pas suffisante ou n'est pas adaptée aux besoins des bénéficiaires;
- soit les usagers bénéficiaires n'ont pas les « capacités » nécessaires pour saisir la ressource mise à leur disposition, à savoir les services gratuits, indiquant que le renforcement du pouvoir d'agir par les PEP a été contraint;
- soit ils font le choix de ne pas se saisir de cette ressource; en effet, ce n'est pas parce que l'utilisateur dispose d'une ressource supplémentaire qu'il va nécessairement l'utiliser (Currie & Wiesenberg, 2003; Dixon-Woods et al., 2006).

Une fois la TMP initiale construite, elle a été mise à l'épreuve des études empiriques sur les PEP et des études empiriques sur l'accès aux soins dans le contexte des PEP. Les résultats de cette étape sont présentés dans la section suivante.

## **b) Mettre la théorie de moyenne portée à l'épreuve des études empiriques**

Dans cette section, nous commençons par préciser les caractéristiques des études empiriques incluses dans la synthèse. Ensuite nous présentons la synthèse des résultats de la revue réaliste, en mettant en évidence les apports des études pour la validation de la TMP. Chaque sous-section se termine avec les semi-régularités observées proposées sous la forme de configurations C-M-E.

### *Caractéristiques des documents inclus dans la synthèse*

La recherche documentaire a permis d'identifier 1 540 documents, dont 115 ont été retenus suite à l'application des critères d'inclusion et d'exclusion. Parmi ceux-ci, 38 ont été exclus après évaluation de leur pertinence, puis 8 après évaluation de leur qualité méthodologique (Annexe 6). L'analyse a donc été menée à partir de 69 documents (Figure 13) qui concernent dix pays d'Afrique subsaharienne (Tableau VI et Annexe 7).

Figure 13 – Sélection des articles inclus dans la revue réaliste

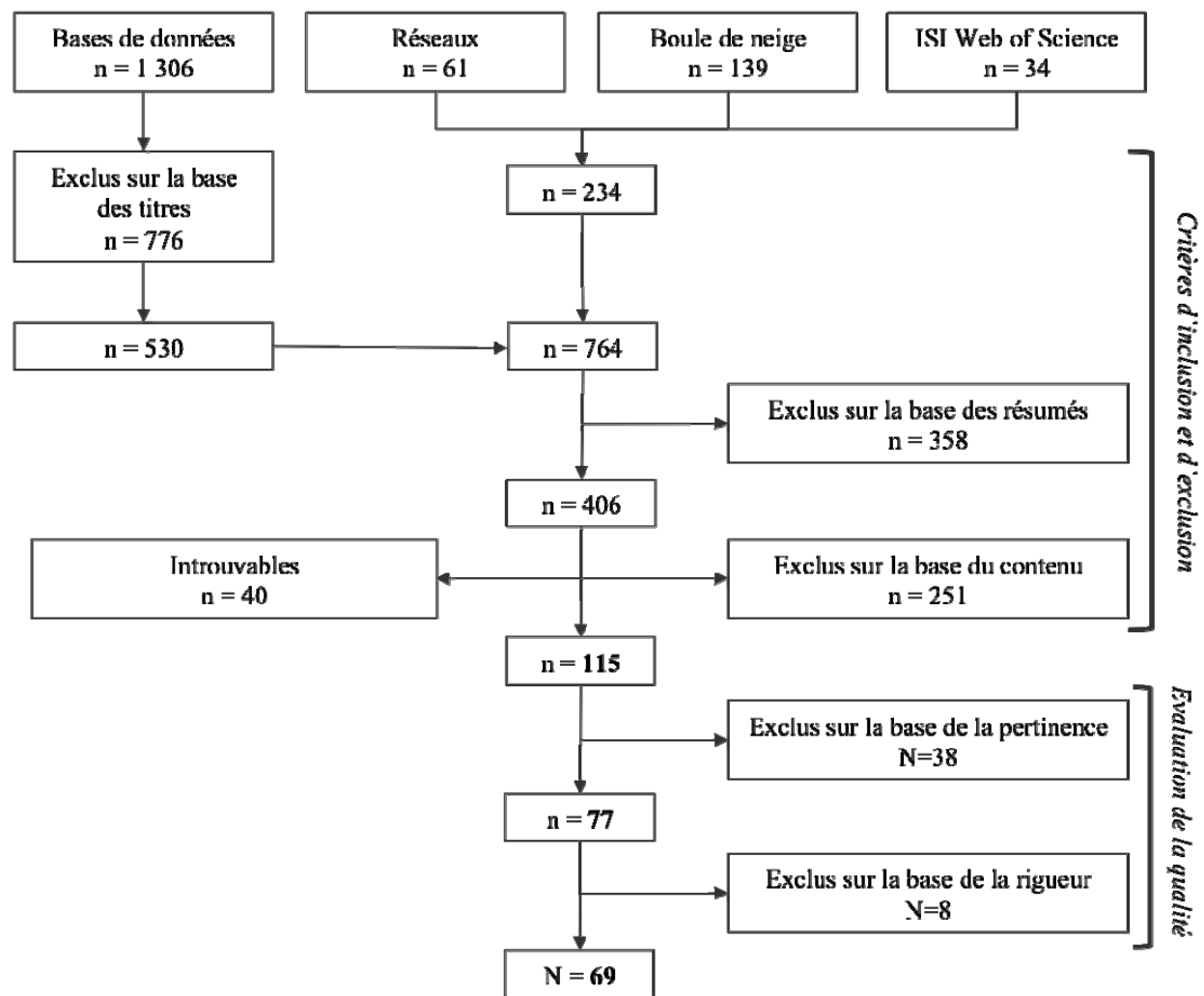


Tableau VI – Politiques d'exemption des paiements directs incluses dans la revue réaliste

Pays	Date	Description des politiques
Afrique du Sud	1994	Soins gratuits pour les enfants de moins de six ans et les femmes enceintes dans les cliniques et hôpitaux publics
	1996	Soins de santé primaires gratuits
Burundi	2006	Soins gratuits pour les enfants de moins de cinq et les femmes donnant naissance dans les formations sanitaires publiques
Ghana	2003-05	Soins gratuits pour les femmes accouchant dans les formations sanitaires publiques des quatre régions les plus pauvres du pays
	2005-08	Soins gratuits pour les femmes accouchant dans les formations sanitaires publiques dans tout le pays
	2008	Assurance maladie gratuite pour les femmes enceintes
Madagascar	2002 (6 mois)	Soins gratuits dans les formations sanitaires publiques
Niger	2007	Soins curatifs gratuits pour les enfants de moins de cinq ans
Ouganda	2001	Soins gratuits dans les formations sanitaires publiques
Sénégal	2005	Soins gratuits pour les femmes accouchant dans les formations sanitaires publiques de cinq régions
Sierra Leone	2010	Soins gratuits pour les femmes enceintes, les mères allaitantes, et les enfants de moins de cinq ans
Tanzanie	N/D	Soins gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes
Zambie	2006	Soins gratuits dans les centres de santé publics et les hôpitaux de district des régions rurales
	2007	Soins gratuits dans les centres de santé périurbains



*Les conditions structurelles préalables au renforcement du pouvoir d’agir des bénéficiaires des PEP*

- Des soins effectivement gratuits

Bien que les données probantes soient limitées, des études de diverse nature ont montré des indices du renforcement du pouvoir d’agir des populations bénéficiaires des PEP. Par exemple, au Niger, on a observé une amplification de l’accroissement des consultations chez les enfants de moins de 5 ans après l’abolition des paiements directs (Lagarde et al., 2012). En Ouganda, l’abolition des paiements directs est associée à une baisse de la probabilité qu’un enfant de moins de 5 ans soit privé de soins (Deininger & Mpuga, 2005). En Afrique du Sud, on a observé une augmentation rapide de la fréquentation des services curatifs suite à la mise en place de la PEP de 1994 (Wilkinson, Gouws, Sach, & Karim, 2001).

En Zambie, la composante qualitative d’une étude mixte (Ngulube & Carasso, 2010) montre comment le renforcement du pouvoir d’agir se manifeste suite à la suppression des paiements directs :

« Others also said that they are now not scared anymore of going to the clinic as they stopped worrying about having to find money. They also said that “this time we don’t have to sell our chickens or maize to raise money for the hospital; at least now we can farm and eat all our crops without selling some... because now it’s free and our minds are free, we don’t have to worry about paying. » (Ngulube & Carasso, 2010, p. 28)

Certaines études ont montré des indices du renforcement du pouvoir d’agir parmi les populations pauvres. En effet, on a noté une augmentation de l’utilisation des services de santé plus importante parmi les quintiles les plus pauvres en Ouganda (Nabyonga-Orem, Mugisha, Kirunga, Macq, & Criel, 2011). Au Ghana, on a remarqué une hausse de la couverture des accouchements assistés plus importante chez les femmes les plus pauvres (Dzakpasu et al., 2012). En Zambie, les districts où l’on recense une plus grande proportion de foyers pauvres

ont enregistré un accroissement de l'utilisation des services de santé gratuits plus important (Masiye, Chitah, & McIntyre, 2010).

Les études portant sur les effets des PEP présupposent toutefois que les services de santé sont effectivement gratuits. Or, plusieurs rapportent que la gratuité des services n'est pas une réalité partout (Ridde, Robert, & Meessen, 2012). Par exemple, en Tanzanie, Ouganda, Niger, Sénégal, Ghana, et Zambie, certaines formations sanitaires font payer illégalement les services gratuits, les médicaments, ou les documents administratifs (Kajula, Kintu, Barugahare, & Neema, 2004; Kiguli et al., 2009; Kruk, Mbaruku, Rockers, & Galea, 2008; Ridde, Diarra, & Moha, 2011). Elles le font généralement pour des raisons de pénuries de médicaments (Diarra, 2012; Kahabuka, Moland, Kvåle, & Hinderaker, 2012; Witter, Drame, & Cross, 2009) et/ou de financements insuffisants (Diarra, 2012; Witter & Adjei, 2007), au Niger, Sénégal et Ghana. Les usagers se trouvent parfois contraints de se fournir dans les pharmacies privées, en Tanzanie, Ouganda, et Zambie (Carasso, Lagarde, Cheelo, Chansa, & Palmer, 2012; Hadley, 2011; Kahabuka et al., 2012; Twikirize & O'Brien, 2012).

La non-conformité de certaines formations sanitaires à la gratuité des services de santé signifie que les PEP ne sont pas systématiquement mises en œuvre dans leur intégralité. Dans ce contexte, elles ne peuvent pas produire les effets attendus, quel que soit le bien-fondé de leur théorie (Weiss, 1972).

- Des usagers informés de la gratuité des services

Le rôle de l'information est crucial pour l'accès aux soins (Thiede, 2005). En effet, elle participe à créer les conditions dans lesquelles les usagers peuvent choisir, en pleine connaissance, d'utiliser les services de santé ou non (Thiede & McIntyre, 2008).

Une seule étude met en évidence le lien entre le fait d'être informé de la gratuité des services et l'utilisation des services. Dans cette étude au Ghana, les femmes qui avaient connaissance de la politique de gratuité de l'accouchement avaient 4,6 fois plus de probabilités

de bénéficier d'un accouchement assisté pour la naissance de leur dernier enfant (Mills, Williams, Adjuik, & Hodgson, 2008).

Si ce lien est peu démontré empiriquement, il n'en est pas moins sous-jacent dans quelques études sur la mise en œuvre des PEP. Ces études montrent en effet que l'information des usagers, tout comme celle des prestataires de soins, est variable d'un contexte à l'autre, quoique de manière générale, elles rapportent un niveau d'information globale sur la gratuité relativement bon, qu'il soit mesuré (Agyepong & Nagai, 2010; Mills et al., 2008) ou perçu (Magoma, Requejo, Campbell, Cousens, & Filippi, 2010; Witter et al., 2009).

Ces constats sur l'effectivité de la gratuité des soins au point de service et l'information de l'existence des PEP nous permettent de formuler les configurations C-M-E suivantes.

### **CONFIGURATIONS C-M-E**

Si la gratuité des services et des médicaments au point de service est effective pour les bénéficiaires concernés, et s'ils sont informés de cette gratuité, alors le pouvoir d'agir des usagers est renforcé, facilitant leur choix de recourir aux services de santé selon leurs besoins.

Si la mise en œuvre des PEP est défailante et n'assure pas la gratuité effective des services et des médicaments au point de service, alors il n'y a pas de renforcement du pouvoir d'agir, et leur choix de recourir aux services de santé selon leurs besoins est limité.

---

*Les facteurs qui influencent l'espace des « capacités » des bénéficiaires des PEP*

D'autres facteurs individuels, locaux et structurels influencent la « capacité » des usagers à se saisir de l'opportunité que constitue la gratuité des services de santé. La revue réaliste a permis d'expliciter le rôle des facteurs suivants :

- la proximité des infrastructures sanitaires publiques et la disponibilité des moyens de transport (facteurs locaux);
  - la disponibilité des ressources financières (facteurs individuels);
  - la présence d'un réseau social (facteur individuel);
  - les normes socioculturelles et les croyances (facteurs locaux), et les connaissances (facteur individuel).
- Les facteurs géographiques locaux essentiels

Un des déterminants de l'utilisation des services de santé est l'accessibilité géographique (Gabrysch & Campbell, 2009). Dans le cadre des PEP, plusieurs études empiriques confirment que la proximité des infrastructures sanitaires publiques qui offrent les services gratuits, ainsi que la disponibilité des moyens de transport, constituent un contexte favorable au recours aux soins gratuits.

En Afrique du Sud, vivre à une distance de marche d'un centre de santé facilite l'utilisation des services gratuits (Goudge, Russell, et al., 2009). Dans le district de Kassena-Nankana, au Ghana, la distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital de district, où l'accouchement est gratuit, ainsi que la disponibilité des transports publics, sont associées de manière significative à l'utilisation d'un professionnel de santé pour le dernier accouchement (Mills et al., 2008). Au Niger, une étude qualitative souligne la concentration des centres de

santé dans les zones urbaines et l'accessibilité des moyens de transport, facilitant l'accès aux soins gratuits (Diarra, 2011).

Si ces ressources jouent le rôle de facteurs de conversion, *a contrario* la vulnérabilité géographique de certaines populations les empêche de recourir aux services gratuits. Par exemple, au Ghana, Mills et al. (2008) montrent que plus la distance entre la communauté et le centre de santé le plus proche est grande, moins les femmes se rendent au centre de santé pour l'accouchement. En Ouganda, bien que la probabilité qu'un enfant soit privé de soins ait diminué suite à l'instauration de la gratuité des soins, la distance de l'hôpital augmente la probabilité que les enfants de moins de quatorze ans soient privés de soins (Deininger & Mpuga, 2005).

Une étude qualitative au Sénégal (Ministère de la santé et de la prévention médicale, Fonds des Nations Unies pour la Population, Initiative for maternal mortality programme assessment, & Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction, 2007), où l'accouchement est gratuit, explique :

« [...] nombreuses sont les communautés qui se plaignent de ne pouvoir bénéficier de la gratuité à cause de leur éloignement du poste de santé ou du centre de santé. Ce problème se fait plus ressentir en cas de complications où l'évacuation est une nécessité alors que les routes sont dans un mauvais état et les moyens de transport inexistant, à l'exception de la charrette. Les populations confrontées à ce problème nous confient ne pas savoir l'utilité de la politique si toutes les femmes à qui elle est destinée ne peuvent pas en bénéficier... » (Ministère de la santé et de la prévention médicale et al., 2007, p. 34)

D'autres études qualitatives confirment que la vulnérabilité géographique de certaines populations ne leur permet pas de recourir aux services gratuits selon leurs besoins, les contraignant à utiliser d'autres prestataires, tels que les accoucheuses traditionnelles en Tanzanie (Pfeiffer & Mwaipopo, 2013) et en Ouganda (Kiguli et al., 2009), les tradipraticiens en Zambie (Hadley, 2011) et en Sierra Leone (Diaz et al., 2013), ou encore les revendeurs ou prestataires privés en Sierra Leone (Diaz et al., 2013) et en Ouganda (Rutebemberwa, Pariyo,

Peterson, Tomson, & Kallander, 2009). Dans certains cas, la vulnérabilité géographique conduit au renoncement aux soins, comme cela a été montré en Afrique du Sud (Goudge, Gilson, Russell, Gumede, & Mills, 2009), ou a des délais de recours, comme en Zambie (Hadley, 2011).

### CONFIGURATIONS C-M-E

Si les usagers disposent d'infrastructures sanitaires proches de leur lieu de vie, ou si des moyens de transport sont disponibles, alors leur « capacité » de se saisir de la ressource « gratuité » est accrue, ce qui facilite leur choix de recourir aux services gratuits.

En revanche, si les usagers se trouvent dans des situations de vulnérabilité géographique, tant en ce qui concerne la proximité des infrastructures sanitaires que la disponibilité des moyens de transport, alors leur « capacité » de se saisir de la ressource « gratuité » est limitée. Cela les incite à recourir aux prestataires informels ou privés plus facilement accessibles, à adopter une position d'attente par rapport à l'évolution de leur condition, ou à renoncer aux soins.

---

- Les ressources financières, pierre angulaire du recours aux soins

Bien que certaines études concluent que les usagers les plus pauvres ont le plus bénéficié de la gratuité des services (Dzakpasu et al., 2012; Masiye et al., 2010; Nabyonga-Orem et al., 2011), d'autres montrent que certains n'utilisent toujours pas les services gratuits. Par exemple, en Tanzanie, les auteurs montrent que les femmes qui accouchent à domicile sont significativement plus pauvres que celles qui accouchent dans une formation sanitaire (Perkins et al., 2009), et que les femmes les moins pauvres ont plus de probabilité d'accoucher dans une formation sanitaire que les femmes les plus pauvres, avec un gradient par quintile de pauvreté (Mrisho et al., 2007).

Plusieurs éléments peuvent expliquer la persistance de ces situations. L'un d'entre eux, et le plus évident dans les écrits, est la disponibilité de ressources financières. Des études empiriques permettent de comprendre l'influence de ces ressources sur l'espace des « capacités » des bénéficiaires des PEP. Elles montrent notamment l'obstacle persistant que constituent les coûts indirects associés au recours aux services de santé, plus particulièrement le coût du transport.

En effet, la possibilité d'utiliser les moyens de transport ou d'organiser le transport jusqu'à une formation sanitaire dépend des ressources financières détenues par les ménages, que cela concerne leur niveau (montant du capital) ou leur forme (liquidités ou biens). Cela est démontré dans des études en Afrique du Sud (Goudge, Russell, et al., 2009) et en Tanzanie (Mrisho et al., 2007) :

« Availability of cash for transport was an important influence on whether health facility delivery was sought. This was substantiated by the quantitative data showing wealth quintiles as predictors of home births. » (Mrisho et al., 2007, p. 865)

Les frais de transport constituent un enjeu particulièrement important pour ceux qui se trouvent en situation de vulnérabilité géographique. Ainsi, en Tanzanie, dans les zones

éloignées, les coûts de transport sont inabordables pour les femmes Massaï dont les capacités financières sont limitées, contrairement aux femmes Watemi dont les capacités financières apparaissent suffisantes (Magoma et al., 2010). Ces défis se retrouvent en Afrique du Sud (Goudge, Russell, et al., 2009). Le phénomène est bien résumé par Kiguli et al. (2009) dans leur étude en Ouganda :

« Unlike the poor, the rich do not mind the distance » (Kiguli et al., 2009, p. 80)

Une autre étude en Ouganda montre par ailleurs que, dans les villages proches des centres de santé, l'augmentation de l'utilisation des services de santé gratuits a été plus importante parmi les plus pauvres (Nabyonga et al., 2005). Cela confirme que l'enjeu de l'accessibilité géographique touche essentiellement les plus pauvres.

D'autres coûts indirects existent, tels le coût des médicaments ou de certains examens de laboratoires non pris en charge par les PEP, ou encore le coût des documents à fournir pour bénéficier de la gratuité, comme le certificat de famille au Burundi (Nimpagaritse & Bertone, 2011). Toutefois, leur lien avec l'utilisation des services de santé gratuits ou le recours aux soins n'est pas démontré empiriquement. Une exception notoire concerne les paiements illégalement réclamés ou les frais de médicaments dus aux ruptures de stock.

L'indisponibilité ou l'insuffisance de capital financier des ménages les plus pauvres peut les conduire à opter pour des stratégies de prévention des coûts. Ainsi, certains ménages renoncent aux soins, au moins temporairement, ce que Hadley nomme l'approche « *wait and see* » (Hadley, 2011), ou recourent aux soins domestiques, aux tradipraticiens, ou encore à des prestataires privés, comme cela est mis en évidence dans des études en Sierra Leone (Diaz et al., 2013), en Zambie (Hadley, 2011), en Tanzanie (Magoma et al., 2010), et en Ouganda (Rutebemberwa et al., 2009). Ces choix s'expliquent notamment par des coûts moins élevés, la possibilité de paiements différés, ou encore l'acceptation de l'échange de biens.



En revanche, disposer de capital financier suffisant permet à certains bénéficiaires de payer pour leur transport, comme cela est démontré dans une étude en Afrique du Sud (Goudge, Russell, et al., 2009). Cependant, ce phénomène est peu explicité dans les études. Dans les contextes de gratuité des services publics de santé, la disponibilité de capital financier, démontrée par le niveau de revenu ou le fait d’avoir un emploi, est en effet plus souvent associée à l’utilisation de services privés (Knight & Maharaj, 2009), dont la qualité semble influencer le choix des usagers les moins pauvres (Pariyo et al., 2009). Elle est également associée à une moindre utilisation des services publics en Afrique du Sud (Knight & Maharaj, 2009). Cette situation n’est guère étonnante, car la satisfaction des usagers eu égard à la qualité des services est un déterminant reconnu de l’utilisation des services de santé (Andersen, 1995; Obrist et al., 2007). Cela tend à suggérer que, pour les usagers dont l’espace des « capacités » permet de recourir aux soins de santé, notamment par le biais de ressources financières, la perception de la qualité des services influence davantage le choix du prestataire que la gratuité des services.

### CONFIGURATIONS C-M-E

Si les usagers disposent d’un capital financier limité et se trouvent dans l’incapacité de payer les coûts indirects associés à l’accès aux services gratuits, notamment ceux liés au transport, alors leur « capacité » de se saisir de la ressource « gratuité » est limitée. Cela les incite à recourir à d’autres prestataires plus facilement accessibles, à renoncer aux soins, ou à adopter une position d’attente par rapport à l’évolution de leur condition.

Si les usagers disposent des ressources financières qui leur permettent de recourir aux soins selon leur besoin, alors leurs perceptions de la qualité des services influencent leur choix de prestataires.

- Le rôle du réseau social au sein de la communauté et des infrastructures sanitaires

Le rôle du réseau social, ou des « PAC » (parents, amis, connaissances) (Olivier de Sardan, 2001), encore appelé « capital social » (Bourdieu, 1980), dans les expériences de recours aux soins n'est plus à démontrer. Bien que le lien entre capital social et accès aux soins soit encore peu mesuré (Derose & Varda, 2009), les écrits montrent à quel point le réseau social contribue à la qualité de l'expérience de soins, notamment en Afrique (Aye, 2000; Faye, 2008; Jaffré, 1999; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Rutherford et al., 2010).

Dans le contexte des PEP, peu d'études s'intéressent à l'influence du réseau social dans les expériences de recours aux services de santé gratuits des usagers. L'étude menée par Goudge et ses collègues en Afrique du Sud (Goudge, Russell, et al., 2009) est la plus approfondie à ce sujet. Les auteurs montrent en effet l'importance des réseaux sociaux pour la mobilisation des ressources financières nécessaires au paiement des coûts indirects, notamment les coûts de transport. L'extrait suivant illustre cette situation :

« [...] those with the highest direct cost burdens [...] were managing to survive only because of high levels of support from social networks. Such support, usually from close relatives, assisted households to sustain high direct and indirect illness cost burdens, to manage cash flows and the competing priorities of food, education and health care and finance travel to access free public health care. » (Goudge, Russell, et al., 2009, p. 245)

Des indices du rôle clé de ces réseaux pour la mobilisation du transport et des ressources financières sont également présents au Niger (Diarra, 2011).

Disposer de réseaux sociaux au sein des formations sanitaires serait tout aussi déterminant. Cela semble à la fois être un incitatif au recours aux services, et permettre aux usagers de bénéficier de la gratuité des services. Ainsi, au Niger, une étude évoque le « bon accueil » (Diarra, 2011), c'est-à-dire la disponibilité de relations au sein des formations sanitaires, comme un élément incitant au recours aux soins, phénomène également explicité

dans une étude menée en Tanzanie (Mrisho et al., 2007). En revanche, l'absence de relations sociales dans les formations sanitaires conduirait au « mauvais accueil » des usagers, et aurait un effet dissuasif. Une autre étude au Niger parle de « recours au parrainage » pour expliquer comment la mobilisation de ces réseaux sociaux permet aux usagers d'accéder aux services de santé gratuits (Ousseini, 2011).

### **CONFIGURATIONS C-M-E**

Si les usagers disposent d'un réseau social au sein de la communauté qui leur permet d'avoir accès à des ressources financières et/ou matérielles, alors leur « capacité » de se saisir de la ressource « gratuité » est accrue, ce qui facilite leur choix de recourir aux services gratuits.

Si les usagers ont un réseau social au sein des formations sanitaires, alors le parrainage leur permet de bénéficier de la gratuité effective des services de santé.

---

- L'influence des normes socioculturelles, des croyances et des connaissances sur l'espace des « capacités »

L'influence des normes socioculturelles et des croyances sur le recours aux soins fait généralement écho au concept d'acceptabilité, défini par Peters et al. (2008) comme :

« the match between how responsive health service providers are to the social and cultural expectations of individual users and communities » (Peters et al., 2008, p. 162)

Dans le contexte des PEP, quelques études montrent cette influence des normes socioculturelles et des croyances sur l'espace des « capacités » des usagers. Généralement documentée dans les études portant sur l'accouchement, elle se manifeste tant sur le plan du pouvoir de décision que sur le plan du choix du prestataire.

D'abord, les études quantitatives observent la question du genre dans le pouvoir de décision et l'accès aux soins. Au Ghana, on a observé par exemple que l'autonomie de la femme était fortement associée à l'utilisation de professionnels de santé pour l'accouchement (Mills et al., 2008). Réciproquement, en Tanzanie, dans les foyers dont le chef de famille est un homme, les femmes ont moins de chances d'accoucher dans une formation sanitaire (Mrisho et al., 2007). Enfin, le fait d'avoir parlé à son conjoint est associé à une plus grande probabilité d'accoucher dans une formation sanitaire pour les femmes (Mpembeni et al., 2007).

Les études qualitatives permettent de mieux comprendre ces résultats, en montrant comment l'autorité du chef de famille, en tant que norme socioculturelle, conditionne l'accès aux soins. Deux études, au Sénégal et en Tanzanie, rapportent ainsi que le pouvoir de décision au sujet du lieu d'accouchement appartient aux hommes (Magoma et al., 2010; Witter et al., 2009) :

« The local culture emphasizes the right of the husband to determine the location of delivery, although in practice other considerations also play a role. » (Witter et al., 2009, p. 7)

Les hommes détiendraient ce pouvoir, car ce sont eux qui disposent des ressources financières nécessaires pour accéder aux soins (Magoma et al., 2010; Witter et al., 2009), et ce malgré la gratuité des soins. Les hommes refuseraient donc parfois de laisser leurs femmes accoucher dans une formation sanitaire, et ce contre leur volonté, montrant l'influence sur l'espace des « capacités » des femmes :

« Of the women who had subsequent home births after delivering in health units, all expressed disappointment over being denied the opportunity to repeat this experience by their husbands. » (Magoma et al., 2010, p. 8)

Plusieurs raisons expliquent les refus de l'accouchement assisté de la part des hommes, voire de la part des femmes elles-mêmes, et sont étroitement liées aux normes socioculturelles. C'est le cas pour la question du sexe du prestataire lors de l'accouchement au Sénégal (Ministère de la santé et de la prévention médicale et al., 2007; Witter et al., 2009). L'étude rapporte les propos de membres des communautés, qui montrent l'influence de la tradition sur le choix du prestataire à l'accouchement :

« Chez nous, le sexe du compétent a de l'importance. C'est purement culturel. En termes d'accouchement et de grossesse, la femme (sage-femme) est plus sollicitée que l'homme. Personnellement, je n'ai rien contre le fait qu'un homme assiste la femme à l'accouchement, mais dans notre culture, on n'aime pas. » (Ministère de la santé et de la prévention médicale et al., 2007, p. 61)

« We prefer a midwife because giving birth is a woman's affair. It is not man's place. If it comes to a question of competence, we would use a man only if there's no choice. » (Witter et al., 2009, p. 8)

Liés aux enjeux d'acceptabilité du prestataire homme pour l'accouchement, la gêne ou l'embarras sont également avancés. L'étude au Sénégal mentionne la gêne d'apparaître nue comme raison principale de recourir aux matrones et aux sages-femmes (Ministère de la santé

et de la prévention médicale et al., 2007). Le manque d'intimité est également avancé en Tanzanie (Mrisho et al., 2007).

Une seconde raison liée aux normes socioculturelles est rapportée dans quelques études, et concerne les croyances au sujet de l'accouchement ou de la maladie. En Tanzanie, plusieurs études explicitent les croyances qui perpétuent la pratique de l'accouchement à domicile, malgré la politique de gratuité (Magoma et al., 2010; Mrisho et al., 2007; Pfeiffer & Mwaipopo, 2013) :

« Traditional beliefs and culture were also mentioned as contributing factors for home delivery. It is perceived that long labour may be caused by extramarital affairs during pregnancy (nunumalila). One of the reasons for home delivery is to keep the secret. » (Mrisho et al., 2007, p. 866)

Un autre exemple concerne la perception d'une grossesse normale, liée aux traditions d'accouchement à domicile, qui tend à conforter les femmes à accoucher chez elles (Magoma et al., 2010).

De même, en Sierra Leone (Diaz et al., 2013) et en Afrique du Sud (Goudge, Russell, et al., 2009), les auteurs montrent comment les croyances autour de la conception de la maladie contraignent l'accès aux soins pour les usagers bénéficiaires des PEP :

« Reasons for resorting to traditional treatments included both respect for village elders and herbalists as providers and causal beliefs that categorised the illness as not requiring biomedical treatment. » (Diaz et al., 2013, p. 9)

Un contre-exemple de l'influence des croyances est présent dans les écrits, bien que peu explicité. Il s'agit des connaissances dont disposent les usagers et qui leur permettent de juger du besoin de recourir aux services de santé. En Tanzanie, Mpembeni et al. (2007) montre en effet que la proportion des femmes ayant eu recours à l'accouchement assisté augmente significativement avec la connaissance des signes de danger de la grossesse.

## CONFIGURATIONS C-M-E

Dans le cas de l'accouchement, le fait que la norme remet la décision du lieu d'accouchement aux mains du chef de famille contraint l'espace des « capacités » des femmes et limite leur choix de recourir à l'accouchement assisté gratuit. Lorsque les ressources financières sont détenues par le chef de famille, la persistance de coûts indirects renforce cette contrainte.

Lorsqu'il existe un décalage entre les normes socioculturelles et les croyances d'une part, et l'offre de services de santé gratuits d'autre part, alors la « capacité » des usagers de se saisir de la ressource « gratuité » est limitée. Cela favorise les pratiques de soins domestiques ou traditionnelles.

Lorsque les femmes enceintes perçoivent un manque d'intimité lié à la pratique de l'accouchement assisté par un prestataire homme, alors l'embarras les détourne du choix de l'accouchement assisté gratuit, et les conduit à privilégier l'accouchement à domicile.

---

*De la « capacité » au choix de recourir aux soins de santé gratuits : les mécanismes à l'œuvre*

Dans la première partie de notre analyse, nous nous sommes centrés sur les facteurs de conversion, c'est-à-dire les contextes, qui permettent – ou non – aux usagers bénéficiaires des PEP de se saisir de la ressource « gratuité des soins », et donc qui contribuent au renforcement de leur pouvoir d'agir.

Au cours de l'analyse de la littérature à partir de notre TMP initiale, d'autres mécanismes qui permettent d'expliquer le choix des usagers bénéficiaires des PEP en faveur d'un recours aux services de santé gratuits ont été relevés. Le parrainage ainsi que la gêne ont ainsi été évoqués dans les sections précédentes. Deux autres mécanismes ont été relevés : la confiance, et la perception du risque associé à la maladie ou à la condition physique, ou au non-recours aux soins. Ces mécanismes, les contextes dans lesquels ils apparaissent, ainsi que les effets qu'ils produisent, sont présentés dans cette section.

○ La confiance comme moteur du recours aux soins

Au cours de notre première analyse de la littérature, il est apparu évident qu'un mécanisme essentiel conduisait au recours aux soins de santé. Ce mécanisme est la confiance des usagers envers le système de santé et/ou envers les prestataires de soins. La confiance a fait l'objet de quelques tentatives de conceptualisation dans le domaine de l'organisation des soins. Bien qu'aucune définition ne fasse encore consensus, l'une d'elles décrit la confiance en ces termes :

« a state of mind in which the individual expects the person with whom she interacts to react in a non-harmful or beneficial manner, usually without having established a contractual relation beforehand » (Thiede, 2005, p. 1456)



Selon plusieurs auteurs (Gilson, 2005; Goudge & Gilson, 2005; Tibandebage & Mackintosh, 2005), la confiance participerait à la construction de la perception que les usagers développent du système de santé, de la qualité des soins, et du professionnalisme des prestataires.

Dans le contexte des PEP, des indices de la présence de confiance ont été décelés à deux niveaux : d'abord, la confiance peut être attribuée, quoique rarement, aux PEP. Ainsi, leur mise en place renforcerait le lien de confiance entre la population et le système de santé, voire le gouvernement, qui démontre ainsi sa préoccupation du bien-être de sa population. Cela est démontré dans l'extrait suivant d'une étude qualitative menée en Zambie (Ngulube & Carasso, 2010) :

« The government is now seen as having taken up its responsibility of helping people that are in need of health care. [...] "Government helps us by not (making us to be) paying user fees and treatment [drugs] is there." The view from PRA session participants was that the trust and respect of government among citizens was now more than before the policy change to remove user fees for health care. » (Ngulube & Carasso, 2010, p. 33)

Si la satisfaction des usagers envers la promulgation des PEP est explicite (Diarra, 2012; Kajula et al., 2004), elle n'est toutefois pas mise en lien avec le recours aux soins.

La confiance permet surtout d'expliquer pourquoi, dans un contexte de gratuité des soins, les usagers choisissent d'opter – ou non – pour les services publics de santé. La confiance des usagers touche à plusieurs aspects du système de santé et à différentes caractéristiques des prestataires. La perception de la qualité des soins, notamment, est intimement liée à la confiance que les usagers entretiennent à l'égard du système de santé et des prestataires de soins, comme le montrent les propos d'une femme enceinte dans une étude en Tanzanie (Magoma et al., 2010) :

« You know we do not trust our dispensary because they [providers] often fail to manage some conditions and refer them to the district hospital. » (Magoma et al., 2010, p. 7)

Ainsi, il existe plusieurs indices de la présence de ce mécanisme dans les écrits analysés, en lien avec la perception de la qualité des soins. Certaines études montrent par exemple que le choix du prestataire est influencé par cette perception (Kruk, Rockers, Mbaruku, Paczkowski, & Galea, 2010), ce que nous interprétons comme une manifestation de la confiance de l'utilisateur acquise par son expérience du système de santé, la confiance étant un processus itératif (Goudge & Gilson, 2005), ancrée dans l'expérience (Thiede, 2005).

Plus précisément, les compétences et le professionnalisme du personnel de santé importent particulièrement dans le choix des bénéficiaires des PEP de recourir aux services de santé gratuits. En Tanzanie, par exemple, les femmes ont une probabilité plus élevée d'accoucher dans un centre de santé dans les villages comptant un pourcentage élevé d'habitants considérant que les médecins et les infirmières sont compétents (Kruk et al., 2010). En Ouganda, deux études indiquent que les bénéficiaires des PEP utilisent les centres de santé parce que le personnel y est perçu comme étant qualifié (Kiguli et al., 2009; Rutebemberwa et al., 2009). Réciproquement, le manque de confiance par rapport aux soins prodigués par ce personnel freine certains bénéficiaires, comme cela est rapporté en Tanzanie (Kahabuka, Kvåle, Moland, & Hinderaker, 2011; Kahabuka et al., 2012; Kruk et al., 2008) où les usagers préfèrent contourner les centres de santé et se rendre directement au niveau de soins supérieur.

Au-delà de la qualification professionnelle, les enjeux relationnels qui permettent la confiance entre usagers et prestataires sont également considérables. La « familiarité » est ainsi une des raisons principales évoquées par les usagers dans une étude au Ghana pour justifier leur choix de formation sanitaire (Agyepong & Nagai, 2010). L'attitude des prestataires joue ici un rôle fondamental puisqu'il contribue à établir ce lien de confiance qui incite les potentiels usagers à (ré)utiliser les services publics de santé. C'est ce que montrent deux études en Tanzanie, où le comportement empathique des prestataires influence le choix

des femmes enceintes de se rendre dans un centre de santé pour l'accouchement (Magoma et al., 2010; Mrisho et al., 2007).

Cependant, l'attitude du personnel pose parfois problème et empêche l'établissement de ce lien de confiance, décourageant les bénéficiaires des PEP à recourir aux services gratuits. Elle est une barrière mentionnée par les décideurs au Ghana (Witter, Garshong, & Ridde, 2013). Ces comportements sont vécus comme dissuasifs au Niger, où les usagers évoquent le phénomène du « mauvais accueil » (Diarra, 2012) :

« [...] le mauvais accueil peut avoir un impact sur la fréquentation des formations sanitaires, même quand la prise en charge est gratuite comme en témoigne une femme : « Même si tu ne paies pas, si on t'accueille mal tu ne vas plus revenir ». » (Diarra, 2012, p. 56)

Cette étude au Niger montre bien que la confiance permet de développer les réseaux sociaux dans les centres de santé qui assurent par la suite le « bon accueil » réservé aux connaissances. Comme l'explique Thiede (2005), la confiance « peut contribuer à la formation d'un capital social et d'un capital culturel » (Thiede, 2005, p. 1456).

Les problèmes relationnels et leurs impacts négatifs sur le recours aux soins gratuits sont également évoqués en Sierra Leone (Amnesty International, 2011) et en Tanzanie (Mrisho et al., 2007). En Ouganda, ce sont surtout les femmes les plus pauvres qui sont victimes du mépris du personnel de santé, car elles ne peuvent acheter le matériel nécessaire à l'accouchement (Kiguli et al., 2009). Cette situation est similaire en Zambie où une étude qualitative (Hadley, 2011) rend bien compte de la manière dont s'opère l'auto-exclusion des plus pauvres :

« Unprofessional behaviour and staff rudeness including shouting, ignoring and ridiculing patients were barriers. [...] poverty inhibited people from utilising health centres even when there was no charge. People without access to soap to wash or to 'nice' clothes to wear were reluctant to attend health centres. This reluctance was exacerbated by the condescending attitude of some health providers who were not sympathetic to people appearing unwashed in dirty or

shabby clothes at the clinic. These sentiments were articulated during a group discussion by this villager [...]: « [...] These people (poor people) go back and tell others so poor people don't dare to come to the clinic in ragged clothes for fear of being embarrassed by the nurses. » (Hadley, 2011, p. 249)

Ainsi, il existe un lien entre la confiance accordée aux prestataires de soins, du fait de la perception que les usagers ont de leurs qualifications et de leur professionnalisme, ainsi que de l'expérience de leurs interactions, et le recours aux soins de santé gratuits. Cette observation n'est pas surprenante dans la mesure où la confiance se construit à partir des attentes des usagers envers les prestataires, notamment en ce qui concerne leurs compétences techniques, leur capacité de communication et d'écoute, leur honnêteté et leur souci du bien-être des patients (Goudge & Gilson, 2005). Or, ces attributs sont parfois remis en cause dans le contexte des PEP.

Les écrits renseignent en effet sur les contextes qui créent des relations tendues, et empêchent ou limitent le développement de la confiance entre usagers et prestataires de soins. Les défaillances dans la mise en œuvre des PEP, en matière de disponibilité de médicaments ou de matériels (Amnesty International, 2011; Diarra, 2011; Twikirize & O'Brien, 2012; Walker & Gilson, 2004; Witter et al., 2009), de persistance des coûts directs (Amnesty International, 2011; Witter & Adjei, 2007), et d'incompréhension autour des pratiques de gratuité (manque d'information, conditions d'accès floues, expériences inégales d'effectivité de la gratuité) (Diarra, 2011; Witter et al., 2009), exacerbent la défiance des bénéficiaires. Au Sénégal, par exemple, les populations mettent en doute l'intégrité des agents de santé (Ministère de la santé et de la prévention médicale et al., 2007), tandis qu'au Ghana, elles les accusent de mauvaise gestion (Witter, Kusi, & Aikins, 2007) et les soupçonnent de détournement (Witter et al., 2007). Des dysfonctionnements préexistants, liés généralement aux défaillances des systèmes de santé, sont également mentionnés (Kahabuka et al., 2012).

Les études qui mettent en évidence ces phénomènes s'accordent sur le fait qu'elles dissuadent les usagers de recourir aux services de santé gratuits. Ainsi, dans une étude en

Ouganda (Twikirize & O'Brien, 2012), un informateur du ministère de la Santé fait ressortir la désillusion des usagers confrontés aux ruptures de stock :

« The public healthcare is in essence not free. Patients are just given prescriptions to go and buy drugs. The patient does not consider that as free healthcare. They get disillusioned. » (Twikirize & O'Brien, 2012, p. 72)

En Sierra Leone, le rapport d'Amnesty International (2011) illustre les difficultés rencontrées par les femmes enceintes pour bénéficier des soins et médicaments gratuits lors de l'accouchement, les décourageant de renouveler l'expérience, et montre leur discours négatif à l'endroit du système de santé :

« 19-year-old Umu, who was five months' pregnant [...] They asked me for 20,000 le [USD 5] for medicines. I had no money, they told me to go away. I will not deliver to the clinic. » (Amnesty International, 2011, p. 14)

Ces situations incitent les usagers à s'orienter par exemple vers le secteur privé, où le personnel est décrit comme sympathique et où les services sont perçus comme étant de qualité (Kiguli et al., 2009; Mrisho et al., 2007), ou à s'auto-exclure (Diarra, 2011; Hadley, 2011; Kiguli et al., 2009). En Tanzanie, l'étude de Kruk, Paczkowski, Mbaruku, de Pinho, et Galea (2009) met particulièrement bien en évidence ces liens : les auteurs montrent en effet que les deux variables ayant la plus grande influence sur le choix du lieu de l'accouchement sont l'attitude du prestataire et la disponibilité des médicaments.

Bien que les PEP puissent potentiellement contribuer à développer la confiance entre usagers et systèmes de santé, les défaillances de leur mise en œuvre contrecarrent cette occasion. Elles exacerbent souvent la défiance des usagers et peuvent détourner les usagers des services publics de santé. Ces défaillances s'ajoutent parfois à des dysfonctionnements préexistants des systèmes de santé où la qualité n'est pas toujours au rendez-vous, ce qui décourage les usagers (Kiguli et al., 2009; Pariyo et al., 2009; Twikirize & O'Brien, 2012).

## CONFIGURATIONS C-M-E

Si les prestataires font montre de professionnalisme et d'empathie, et répondent aux attentes des usagers, alors ces derniers développent un sentiment de confiance qui les incite à faire le choix de recourir aux services de santé gratuits.

Les défaillances dans la mise en œuvre des PEP et les dysfonctionnements parfois préexistants du système de santé sapent les relations entre usagers et prestataires, et contribuent à faire émerger un sentiment de défiance des usagers envers les prestataires de soins, voire envers le système de santé. Cela favorise le phénomène de contournement de certaines formations sanitaires ou le choix de prestataires privés ou de soins domestiques.

Les usagers qui se trouvent dans une situation de pauvreté se trouvent parfois victimes d'humiliation de la part de certains prestataires, les conduisant à s'auto-exclure des services de santé gratuits.

---

- La reconnaissance du risque

Un second mécanisme, quoique plus rarement mis en évidence, semble jouer un rôle non négligeable dans le choix des usagers de recourir – ou non – aux soins de santé gratuits. Il s'agit de la reconnaissance du risque associée à la condition, maladie ou grossesse. La perception du risque fait référence aux croyances concernant les dommages potentiels d'une condition et influence les comportements de santé, notamment le recours aux soins (Brewer et al., 2007). Le Health Belief Model, généralement utilisé en éducation et promotion de la santé, conceptualise la manière dont ces croyances personnelles influencent les comportements de santé. Il distingue notamment deux types de perceptions : la perception de la gravité de la condition et la perception de la vulnérabilité par rapport à la condition qui, combinés, influencent la perception du risque (Champion & Skinner, 2008).

L'accouchement, en particulier, est un évènement pour lequel la reconnaissance du risque influence largement le choix du prestataire. C'est ce que montrent deux études en Tanzanie qui renseignent également sur les contextes qui influencent cette perception. La connaissance des signes de danger pendant la grossesse et les conseils des prestataires d'accoucher dans une formation sanitaire apparaissent comme des contextes favorables à l'accouchement assisté (Mpembeni et al., 2007). Plus explicitement, Magoma et al. (2010) montrent que les croyances traditionnelles autour de l'accouchement, la faible perception de la vulnérabilité des femmes dont la grossesse a été qualifiée de « normale », due notamment au manque de sensibilisation de la part des prestataires, confortent les pratiques d'accouchement à domicile :

« Perceptions about the 'naturalness' and safety of home delivery is an obstacle to convincing women in the two ethnic groups of the importance of skilled delivery care in all cases. Although the women, TBAs (*traditional birth attendants*) and Elders from both communities expressed awareness of the potential risks of delivering at home, they stressed that delivering at health units is beneficial only for women with known complications. Women with "normal" pregnancies – defined by the women participants as those with no problems or risk factors identified at ANC (*antenatal care*) visits - are expected to be able to

deliver without incident at home. [...] Providers interviewed agreed that most women attend ANC visits for reassurance that their pregnancies are “normal” so that they can deliver at home. Providers reinforce this pattern of behaviour by advising only pregnant women with identified risks to deliver at health units. » (Magoma et al., 2010, p. 6)

Dans ces contextes, la reconnaissance du risque est fort peu probable. En revanche, certains modèles conceptuels confirment que la diffusion de l’information sur les risques et les conseils des prestataires pour l’accouchement peuvent participer à la reconnaissance de ce risque, favorisant une décision en faveur de l’accouchement assisté (Thiede & McIntyre, 2008). C’est ce que tend à démontrer une étude au Ghana dans laquelle les femmes que l’on a conseillé d’accoucher au centre de santé au cours des visites prénatales ont une plus grande probabilité d’accoucher au centre de santé (Mills et al., 2008).

#### **CONFIGURATION C-M-E**

Si les prestataires de soins ne sensibilisent pas les femmes enceintes aux risques de l’accouchement, et si les normes socioculturelles valorisent l’accouchement à domicile, alors les femmes enceintes ne reconnaissent pas les risques associés à cet évènement, et tendent à opter en faveur de l’accouchement à domicile.

---



### **3.3.4. Discussion**

#### **a) Résumé des résultats**

Cette revue réaliste, fondée sur l'analyse de 68 documents présentant les expériences de gratuités des soins dans dix pays d'Afrique subsaharienne, avait pour objectif de mieux comprendre les contextes dans lesquels les PEP favorisaient le recours aux services publics de santé, et les mécanismes associés à ces interventions. Cinq principaux enseignements sont à tirer de cette recherche.

1. D'abord, la construction de la TMP initiale nous a amenés à concevoir les PEP comme offrant une ressource supplémentaire dans le panier des opportunités des populations : des soins de santé gratuits au point de service. Notre revue montre que cette ressource renforce leur pouvoir d'agir, en leur donnant une possibilité de choix qui n'existait pas nécessairement auparavant : celle de recourir aux services publics de santé lorsqu'ils en ressentent le besoin, et sans que le coût des soins les en dissuadent. Cependant, le contexte influence largement la capacité des populations de saisir cette nouvelle opportunité et de recourir à ces services.

2. Ainsi, des dysfonctionnements systémiques et/ou des arrangements locaux entraînent parfois le retour du paiement direct. Les services n'étant pas effectivement gratuits, l'opportunité créée par les PEP disparaît. De même, lorsque les populations ne sont pas informées de la gratuité des services, alors elles ne peuvent disposer de cette opportunité.

3. La proximité d'infrastructures sanitaires publiques, la disponibilité de moyens de transport et de ressources financières, et la présence de réseaux sociaux sont des ressources qui renforcent la capacité des usagers de recourir aux services gratuits. En effet, ils agrandissent leur espace des « capacités », favorisant leur choix de recourir à ces services.

4. En revanche, les contextes de vulnérabilités économique, sociale et géographique, dans lesquels vivent certaines populations, contraignent l'espace des « capacités », sapant leur capacité de recourir aux services gratuits. Certaines normes et croyances culturelles contraignent également l'espace des « capacités ». Cela concerne notamment les femmes enceintes, lorsque le pouvoir de décision sanitaire appartient au chef de famille, et que l'offre de soins ne correspond pas à ces normes.

5. Bien que les PEP renforcent la capacité des usagers de recourir aux services publics de santé, l'expression du choix en faveur d'un tel recours tient à l'agence des usagers. Ainsi, même si un panier minimum de ressources est garanti et facilite le recours aux soins gratuits, cela ne signifie pas nécessairement que les usagers vont en faire le choix. D'autres mécanismes entrent en jeu, tels que la confiance envers les prestataires, l'acceptabilité, et la reconnaissance du risque. *A contrario*, la défiance envers les prestataires, la prévention des coûts, le sentiment d'humiliation ou d'embarras peuvent dissuader les usagers de recourir aux services publics de santé. Dans les contextes de gratuité des services, les défaillances dans la mise en œuvre des PEP entachent les relations entre les soignants et les usagers. La défiance qui en découle peut conduire ces derniers à préférer d'autres prestataires, privés ou informels. De même, le retour des paiements directs et la persistance de coûts indirects associés au recours aux soins entraînent les usagers à se prémunir de ces dépenses, en renonçant aux soins ou en optant pour des solutions moins onéreuses.

Ces résultats, modélisés sous la forme Contexte-Mécanisme-Effet (Annexe 8), permettent de formuler trois propositions pour l'action en faveur d'un accès équitable aux services publics de santé et pour l'évaluation des politiques de santé.

## **b) Propositions pour l'action en faveur d'un accès équitable aux services publics de santé et pour l'évaluation des politiques de santé**

### *Distinguer théorie et mise en œuvre des politiques de santé*

Cette revue réaliste montre la nécessaire distinction entre le principe fondateur des politiques de santé, ou théorie de l'intervention, et leur mise en œuvre. Dans le cas des PEP, l'assurance que la gratuité des services est une réalité est une condition essentielle. Sans cela, on ne peut réalistement s'attendre à ce que le pouvoir d'agir des populations soit renforcé et conduise à un plus grand recours aux soins de santé. En effet, lorsqu'une intervention n'est pas mise en œuvre dans son intégralité ou de la manière envisagée, elle risque difficilement de parvenir à produire les effets attendus, quel que soit le bien-fondé de sa théorie (Weiss, 1972). Or, les études sur les effets des PEP postulent la gratuité effective des services. Elles en donnent donc une vision tronquée, et s'exposent à l'erreur de type III (Dobson & Cook, 1980), à savoir attribuer des effets à une intervention considérée comme une variable unique et homogène, alors qu'elle n'est pas nécessairement mise en œuvre de manière uniforme.

En Afrique subsaharienne, les PEP sont mises en œuvre dans des systèmes de santé caractérisés par des faiblesses systémiques : sous-financement de la santé, manque de transparence dans la gouvernance, centralisation de la prise de décision, déficit de gestion, notamment dans le circuit du médicament, problèmes de ressources humaines, systèmes d'informations sanitaires inadéquats, etc. (Mills, 2014; Sambo & Kirigia, 2014). Ces faiblesses contribuent à saper les efforts de mise en œuvre des PEP, qui souffrent également de faiblesses de planification et du manque de soutien initial de la communauté internationale. À son tour, la mise en œuvre défailante des PEP, illustrée à la fois par notre revue réaliste et notre synthèse exploratoire (Ridde, Robert, & Meessen, 2012), décourage les usagers de recourir aux services de santé publics, du fait des incertitudes sur les coûts persistants associés aux soins, et des relations tendues avec le personnel de santé.

Ce portrait témoigne de la nécessité de comprendre les dynamiques de mise en œuvre des politiques de santé, ainsi que les goulots d'étranglement qui persistent au niveau des systèmes de santé avec lesquels elles interagissent. Il montre également qu'il est clé de s'interroger sur la manière dont les changements engendrés par ces interventions affectent les bureaucrates de la rue (Lipsky, 2010) que sont les agents de santé, tant ils sont déterminants dans la mise en œuvre (Anand & Bärnighausen, 2012; Béland & Ridde, 2014; Sheikh, George, & Gilson, 2014).

La reconnaissance de la complexité des systèmes de santé, des interventions sociales, des comportements des acteurs, et de leurs influences réciproques, appelle une nouvelle façon de concevoir la recherche sur les politiques et systèmes de santé. Ainsi, des évaluations de processus (Linnan & Steckler, 2002), inspirées d'une approche systémique (Adam & de Savigny, 2012), fondées sur les théories (Stame, 2004; Weiss, 1997), et faisant appel aux méthodes mixtes (Creswell & Plano Clark, 2011), sont essentielles pour comprendre comment les politiques de santé s'appliquent sur le terrain. On évite ainsi l'amalgame entre la théorie de l'intervention et la mise en œuvre : ce n'est pas le principe de « gratuité » qui perturbe le système de santé, mais bien les problèmes induits par les dysfonctionnements préexistants, et les défaillances de planification et de mise en œuvre des PEP.

### *Appliquer les principes d'équité et d'intersectorialité dans l'action publique pour l'accès aux soins*

Si la barrière financière est un obstacle majeur au recours aux soins, plusieurs autres viennent s'interposer entre les populations et le système de santé, comme le confirme cette revue réaliste. Les populations les plus vulnérables cumulent généralement plusieurs de ces obstacles (Peters et al., 2008) : faiblesses des ressources, isolation géographique, difficultés à mobiliser d'autres ressources, faible autonomie, etc., alors qu'elles concentrent le plus de risques (Fiscella & Shin, 2005; Victora et al., 2003). Whitehead, Dahlgren, et Gilson (2001) associent à ces obstacles le concept de « *inverse care law* » (Hart, 1971) : plus il y a de

barrières entre les services de santé et la population, moins cette dernière va recourir aux soins.

En supprimant une barrière importante à l'accès aux soins, les PEP constituent donc un moyen théoriquement plausible, et empiriquement démontré, pour favoriser le recours aux soins. Toutefois, notre revue réaliste montre que le cumul des barrières, en restreignant la capacité des populations les plus vulnérables à recourir aux soins gratuits dans certains contextes, limite la portée de la suppression des paiements directs. Les PEP sont donc nécessaires, mais non suffisantes pour ces populations, et cristallisent les inégalités d'accès aux soins.

Alors que le principe d'équité semble au cœur des préoccupations des acteurs de la santé mondiale (Robert & Ridde, 2013a), l'accès équitable aux soins de santé, c'est-à-dire l'accès égal aux services pour des besoins égaux (équité horizontale et verticale) (Oliver & Mossialos, 2004), est encore loin d'être garanti. De nombreuses mesures sont mises en œuvre pour y remédier, et ciblent notamment les plus pauvres : transferts d'argent conditionnels, exemption fondée sur le revenu, fonds d'équité, services mobiles, campagnes de prévention et d'information, etc. (Peters et al., 2008; Taylor & Marandi, 2008; Victora et al., 2003). La plupart d'entre elles se concentrent cependant trop spécifiquement sur les enjeux de l'offre et de la demande de services (Mumtaz, Salway, Bhatti, & McIntyre, 2014; Standing, 2004).

Or, les résultats de la revue réaliste laissent percevoir la multiplicité des enjeux du recours aux soins, et les ressorts qui se situent **à l'extérieur des systèmes de santé**. En explicitant les problématiques de vulnérabilité, cette recherche met en évidence la nécessité de l'intersectorialité des politiques publiques pour la santé (*intersectoral action for health*) (World Health Organization & The WHO Centre for Health Development, 2011). Le transport, le développement économique, l'intégration sociale comptent parmi les déterminants sociaux de la santé dont l'influence sur le recours aux soins est décisive. Il est essentiel que ces liens, démontrés par d'autres (Fiscella & Shin, 2005; Marmot et al., 2008; Whitehead, 1992), soient pris en compte tant par les acteurs internationaux (Mohindra, 2007)

que nationaux et locaux (Rantala, Bortz, & Armada, 2014), afin que toute action publique contribue à la synergie des initiatives en faveur d'un accès équitable aux soins de santé.

Sans cela, et quels que soient les efforts investis pour atteindre la couverture universelle en matière de santé, les populations les plus vulnérables risquent de rester à l'écart des avancées réalisées dans les systèmes de santé.

### *Renforcer les liens entre les populations, les prestataires et le système de santé*

Cette revue réaliste met également en évidence les mécanismes relationnels qui entrent en jeu dans le choix des usagers de recourir aux services gratuits. Elle confirme l'influence des prestataires et de leurs comportements sur l'expérience de soins des usagers. Confiance, ou défiance, reconnaissance du risque, humiliation, construisent cette expérience qui participe de manière itérative à la construction du choix des usagers (Thiede, 2005). L'instauration d'un rapport de confiance avec les usagers et les communautés contribue en outre à la crédibilité de l'information véhiculée par les institutions de santé (Thiede, 2005), et donc à la reconnaissance du risque (Wildavsky & Dake, 1990).

La confiance est paradoxalement souvent abordée de manière négative, les études évoquant la violence exercée par les prestataires et les abus envers les usagers (d'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Ces mauvais traitements seraient en partie dus à la volonté des agents de santé de maintenir un rapport de pouvoir (d'Oliveira et al., 2002), qui se manifeste par une violence verbale ou physique, de la négligence, la sollicitation de paiements illégaux, etc. Les prestataires endossent également le rôle de gardiens (Brinkerhoff, 2004), comme le montre le phénomène de parrainage mis en lumière au Niger (Ousseini, 2011) par lequel ils déterminent qui peut accéder aux soins gratuits.

En mettant en évidence les mécanismes de parrainage, de défiance et d'humiliation, cette revue réaliste confirme ce rapport de force en défaveur des usagers, notamment les plus démunis. Ces mécanismes influencent le choix de recourir aux soins, et limitent la portée de la

gratuité des soins. Cela a été également démontré au Burkina Faso où la violence verbale et les paiements illégaux contrecarrent les effets positifs de la politique de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (Samb, Belaid, & Ridde, 2013).

Outre le rapport de pouvoir, la violence structurelle (Galtung, 1969) vécue par les agents de santé dans leur cadre de travail permet de mieux saisir leurs comportements : d'une part, les agents de santé tendent à reproduire cette violence sur les usagers (d'Oliveira et al., 2002), d'autre part, celle-ci influence leur motivation et leur professionnalisme (Gilson, Palmer, & Schneider, 2005). Plusieurs études menées en Afrique (Aberese-Ako, van Dijk, Gerrits, Arhinful, & Agyepong, 2014; Alhassan et al., 2013; Manongi, Marchant, & Bygbjerg, 2006; Mba, Messi, & Ongolo-Zogo, 2011) mettent notamment en évidence l'injustice et l'irrespect de la part de l'administration, les déficits dans l'organisation du travail, la gestion des services et des ressources humaines, et le manque de ressources qui touchent les personnels de santé. Dans les contextes de gratuité, notre revue réaliste montre que les dysfonctionnements au sein du système de santé, tels que les problèmes de gestion des médicaments et de remboursements, la perception d'une augmentation de la charge de travail, et d'abus de la part des usagers (Ridde & Morestin, 2011; Ridde, Robert, & Meessen, 2012), participent de cette violence structurelle, et contribuent à détériorer les relations entre usagers et soignants.

Alors que la maltraitance des usagers des services de santé, et les conditions de travail difficiles des personnels de santé font l'objet de plusieurs études, les contextes dans lesquels peut se développer la confiance sont rarement explorés (Samb et al., 2013). Ils sont pourtant riches en enseignements, comme le montrent des études au Burkina Faso (Belaid & Ridde, 2014) et en Tanzanie (Maluka, 2013), dans lesquelles les auteurs mettent en évidence l'importance des facteurs humains pour expliquer les différences de fréquentation des formations sanitaires où se pratique la gratuité des soins. Le leadership des prestataires et la qualité des relations qu'ils entretiennent avec les communautés y semblent décisifs. La nature des relations avec la communauté apparaît également comme un facteur essentiel de motivation des agents de santé, par l'établissement d'une relation de confiance mutuelle. Cela

a été démontré par des études en Ouganda (Namakula & Witter, 2014), au Zimbabwe (Stilwell (2001) cité par Mathauer et Imhoff (2006)), et en Papouasie Nouvelle-Guinée (Razee, Whittaker, Jayasuriya, Yap, & Brentnall, 2012).

Notre revue réaliste montre que la gratuité des soins est largement reconnue par les populations comme une initiative salubre (Diarra, 2012; Kajula et al., 2004; Ngulube & Carasso, 2010). À ce titre, les PEP peuvent renforcer leur confiance envers le système de santé (Brinkerhoff, 2004), comme cela a été démontré au Sri Lanka (Russell, 2005). Toutefois, la construction d'un espace relationnel (Jaffré, 2003) est rendue difficile par le legs d'un rapport de pouvoir en faveur des prestataires (Paganini, 2004), et une violence structurelle qui s'accroît suite à la gratuité. Ce constat incite à une approche nuancée du problème des relations entre soignants et soignés, reconnaissant à la fois la responsabilité des prestataires, et les contextes structurels qui affectent leur comportement. C'est pourquoi toute action entreprise pour améliorer ces relations doit agir sur ces deux fronts : renforcer à la fois l'imputabilité des soignants, et plus largement du système de santé, et améliorer la motivation, en agissant sur les leviers individuels et organisationnels.

- Renforcer l'imputabilité des prestataires et du système de santé

Selon Gilson (2003), l'imputabilité (*accountability*) est une condition du renforcement des liens entre les populations et les systèmes de santé. Elle est devenue un enjeu important des systèmes de santé dans les PFMR (Molyneux, Atela, Angwenyi, & Goodman, 2012). Quoique les initiatives pour assurer l'imputabilité des services de santé sont peu investiguées (Berlan & Shiffman, 2012; Molyneux et al., 2012), certaines sont toutefois mises en œuvre, tels que les comités et groupes, les formulaires (*report cards*), et les chartes des droits du patient (Molyneux et al., 2012). Berlan et Shiffman (2012) évoquent quatre mécanismes qui permettraient d'améliorer la redevabilité des prestataires envers les usagers : la création de canaux de communication participatifs dans le cadre de la décentralisation des services, l'amélioration de la qualité de l'information dispensée aux usagers, la mise en place de



groupes communautaires facilitant l'action des usagers, et l'intégration des organisations non gouvernementales pour accroître l'offre de soins.

Une revue réaliste sur l'imputabilité menée par Westhorp et ses collègues (2014) dans le domaine de l'éducation présente des enseignements potentiellement applicables aux systèmes de santé. À l'instar de Brinkerhoff (2004), les auteurs mettent notamment en évidence la nécessité d'un contexte dans lequel l'imputabilité est partagée entre les différentes parties prenantes du système, incluant les prestataires, et les institutions qui les gouvernent. Ils montrent également que le soutien des enseignants et des équipes pédagogiques favorise les interventions visant l'imputabilité communautaire. Enfin, ils confirment l'importance d'un système d'information fonctionnel pour favoriser l'implication de la communauté dans la mesure où il permet une prise de décision éclairée. Cette leçon est d'autant plus importante que les systèmes de santé souffrent d'un déficit d'information, particulièrement dans les PFMR (Brinkerhoff, 2004).

- Améliorer la motivation des prestataires

Les efforts pour instaurer des formes d'imputabilité ne sauraient fonctionner sans que des mesures pour améliorer la motivation des personnels de santé ne soient prises. Les facteurs qui influencent la motivation sont désormais largement connus, et les recensions des écrits montrent que les incitatifs financiers sont insuffisants (Dieleman et al., 2009; Mathauer & Imhoff, 2006; Willis-Shattuck et al., 2008). L'amélioration des conditions de travail, la reconnaissance et le développement professionnels, l'autonomie, et le sentiment d'appartenance comptent parmi les déterminants dont il faut nécessairement tenir compte dans la conceptualisation des interventions visant une plus grande performance des personnels de santé.

Les récents programmes de financement basé sur la performance qui submergent les PFMR (The World Bank, 2014b) combinent incitations financières et renforcement de la supervision et de l'autonomie (Ridde et al., 2014). Face à l'engouement suscité par ce modèle

(Meessen, Soucat, & Sekabaraga, 2011), il convient d'être prudent, tant les pressions des bailleurs (Barnes, Brown, Harman, & Papamichail, 2014) sont importantes et les données probantes encore limitées (Honda, 2013; Ridde et al., 2014).

### **c) Apports et limites de la revue réaliste**

#### *Mieux appréhender la problématique du recours aux soins*

Les résultats produits par la revue réaliste sont relativement bien connus. Pourtant, ils synthétisent pour la première fois la complexité des influences sur le recours aux soins dans un contexte de gratuité des services publics de santé. Les PEP sont en effet étudiées dans leur contexte « naturel » d'interaction avec d'autres contextes, pour différentes populations qui ont différentes réalités.

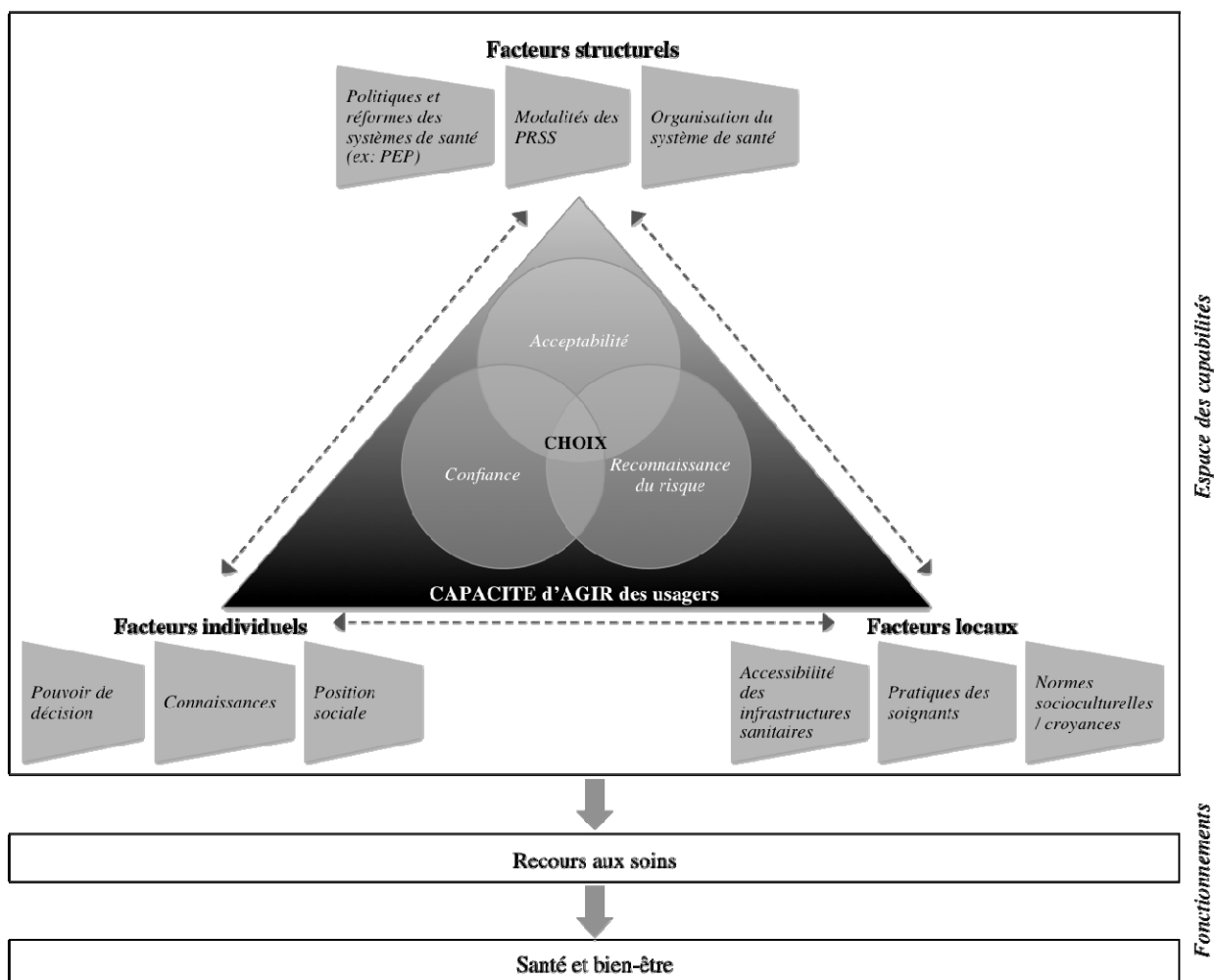
En nous incitant à tenir compte du contexte, l'approche réaliste nous a amenés au-delà de la problématique de la gratuité des soins. Cela nous a permis de développer une compréhension plus large des enjeux du recours aux soins et de dépasser une vision programmatique de l'accès aux soins. En effet, que ce soit dans les études empiriques ou dans les recensions menées sur les PEP, il est rare que le problème du recours aux soins soit abordé dans sa complexité. La revue réaliste a facilité la recherche d'indices et de données probantes issues de différentes études pour mieux comprendre ce phénomène. Les recherches qualitatives et mixtes ont été particulièrement éclairantes et ont permis une compréhension plus fine des différents processus à l'œuvre.

Ainsi, nous proposons une TMP précisée au regard des résultats de notre revue réaliste (Figure 14). Dans cette nouvelle version, le choix des usagers n'est plus détaché de leur capacité d'agir. En effet, lors de la revue réaliste, nous avons constaté qu'il était conceptuellement difficile de comprendre indépendamment, ou de manière processuelle, la capacité d'agir d'une part, et le choix du recours aux soins d'autre part. Cela était d'autant moins pertinent que les contextes et les mécanismes pouvaient influencer de manière similaire

ces deux plans. Le choix de recourir aux soins est donc désormais situé au cœur de la rencontre de trois mécanismes qui nous semblent primordiaux : la confiance, l'acceptabilité, et la reconnaissance du risque. Nous estimons que ces mécanismes ont un pouvoir explicatif suffisant pour expliquer le recours aux soins dans divers contextes, d'autant qu'ils ont été souvent testés et théorisés par ailleurs. Les autres mécanismes que nous avons identifiés, tels que le parrainage, l'embarras, ou l'humiliation, ne nous semblaient pas offrir le même pouvoir explicatif.

Les mécanismes, qui composent la capacité d'agir des usagers, sont influencés par trois éléments contextuels (ou facteurs de conversion) qui sont en interaction permanente : les facteurs individuels qui incluent le pouvoir de décision, les connaissances et la position sociale; les facteurs locaux, dont l'accessibilité des infrastructures sanitaires, les pratiques des soignants, et les normes socioculturelles et croyances; et enfin les facteurs structurels, notamment l'organisation du système de santé, et les politiques et réformes des systèmes de santé (PRSS), telles que les PEP, et leurs modalités de fonctionnement. L'interaction de l'ensemble de ces dimensions est ce qui conduit – ou non – les usagers à recourir aux services de santé, par exemple les services publics de santé gratuits au point de service dans le cas des PEP. Les détails de ces facteurs ne sont pas exhaustifs : ils sont ceux que nous avons mis en lumière lors de la revue réaliste.

Figure 14 – Théorie réaliste du recours aux soins de santé



Les avantages de cette théorisation sont pluriels. D’abord, elle met au centre du processus l’usager des services de santé, à l’heure où l’on promeut une approche du système de santé centrée sur l’individu (Sheikh, Ranson, & Gilson, 2014). Ensuite, elle apparaît suffisamment transversale pour comprendre l’expérience de différents types d’usagers, pour différentes pathologies ou conditions, et non seulement les bénéficiaires des PEP. En outre, elle permet de tenir compte de la multiplicité des enjeux, des interactions, et des contextes qui sont à l’œuvre dans le processus de recours aux soins, illustrant toute la complexité de ce processus. Enfin, elle est fondée à la fois sur des théories et concepts préexistants et généralement robustes, et sur des observations empiriques tirées des études sur les PEP,

analysées de manière systématique et selon les principes du réalisme. Cette théorie réaliste du recours aux soins nous semble donc plausible. Nous espérons que d'autres la mettront à l'épreuve des faits et la préciseront en conséquence.

### *Les limites de la revue réaliste*

En dépit de ces résultats, et face aux possibilités offertes par l'approche réaliste, nos attentes par rapport à nos questions n'ont pas toutes été comblées. D'abord, la problématique du recours aux soins est bien plus large que les résultats le montrent. Le point de départ étant les PEP en Afrique subsaharienne, les mécanismes qui interviennent dans le choix de recourir aux services de santé n'ont pu être explicités de manière exhaustive. Une revue réaliste centrée sur le recours aux soins, et non sur les PEP, aurait sans nul doute fourni une meilleure compréhension de l'interaction de ces mécanismes avec le contexte. Ensuite, considérant l'ensemble des mesures de gratuité et d'exemption dans les pays d'Afrique subsaharienne, il ne nous apparaît aujourd'hui plus pertinent d'avoir restreint notre étude aux PEP, telles que définies dans la méthode, si ce n'est dans un souci de faisabilité. En effet, inclure d'autres mesures de gratuité (p. ex. gratuité des antirétroviraux, vaccination, etc.) aurait sans doute permis une meilleure compréhension de l'influence des contextes structurels et des mécanismes à l'œuvre. Enfin, confrontés aux contraintes de temps et de ressources d'une thèse doctorale, nous n'avons pu explorer de manière exhaustive le rôle des agents de santé dans la mise en œuvre des PEP, et son influence sur le recours aux soins. Cette analyse, en cours, fera l'objet d'un autre article.

Cela dit, partageant le point de vue de Fein (2005), nous estimons qu'il est irréaliste de vouloir explorer toutes les relations d'un phénomène, puisque tout est lié dans le domaine de la santé. Nous payons donc « le prix de l'inachèvement » (Fein, 2005), tout en étant parvenus à synthétiser un important corpus d'études, ce qui apporte un éclairage particulier au recours aux soins dans un contexte de gratuité. Cet éclairage s'inscrit dans le mouvement de production et de triangulation des connaissances sur l'accès aux soins. Dans cette perspective, la théorisation que nous proposons est un point de départ.

### *Critères de qualité de la revue réaliste*

Nous proposons dans le Tableau VII ci-dessous une analyse réflexive de notre revue réaliste fondée sur les six critères de qualité et les standards proposés par Wong, Westhorp, Pawson, et Greenhalgh (2013).

Au-delà de ces critères, un biais principal doit être mentionné, celui de l'interprétation. En effet, le développement itératif de la TMP, sa mise à l'épreuve des données empiriques, ainsi que les inférences, ont été fait par l'auteure principale. La supervision et le soutien des coauteurs, le partage des résultats préliminaires lors de conférences et rencontres, et les échanges avec certains experts de l'approche réaliste ont certes contribué à améliorer la qualité de la revue, sans toutefois nécessairement permettre un contrôle plus étroit de l'interprétation.

220 Tableau VII – Évaluation de la qualité de la revue réaliste

Critères de qualité	Standards de qualité proposés par RAMESES	Analyse réflexive de nos travaux
<p>1. La question de la revue réaliste est suffisamment précisée, et ce de manière appropriée.</p>	<p>Adéquat :</p> <p>L'équipe de recherche a tenté à plusieurs reprises de préciser le sujet de la revue réaliste, de façon à tenir compte des priorités de la revue et des contraintes de temps et de ressources.</p> <p>Ce processus est documenté de façon à ce qu'il puisse être jugé comme étant approprié dans les publications.</p> <p>Adéquat plus :</p> <p>Le processus de précision de la question de recherche est itératif.</p>	<p>Nous avons progressivement précisé notre question de recherche, et ce de manière itérative, comme cela est expliqué dans la méthode.</p> <p>Nous avons finalement décidé de nous concentrer sur un thème, celui du « recours aux soins », afin de tenir compte de nos contraintes de temps et de ressources (financement d'une année dont la majorité était consacrée à une bourse d'études).</p>
<p>2. Une théorie réaliste initiale du programme est développée.</p>	<p>Adéquat plus :</p> <p>Une théorie réaliste initiale du programme est développée dès le début de la recherche. La théorie est précisée de manière itérative tout au long du processus de revue réaliste.</p> <p>Bien plus :</p> <p>L'équipe de recherche a fait le lien entre la théorie du programme et les théories plus générales pertinentes.</p>	<p>Nous avons développé la théorie de moyenne portée, et non la théorie du programme, selon les principes du réalisme, et ce dès le début de la recherche. Cette théorie a été précisée au fur et à mesure de la recherche.</p> <p>Nous avons fait des liens avec d'autres théories existantes (p. ex. théorie des « capacités », théories de l'accès et du recours aux soins).</p>
<p>3. Le processus de recherche documentaire permet de trouver les données nécessaires pour développer, préciser et tester la ou les théories du programme.</p>	<p>Adéquat :</p> <p>La recherche documentaire est menée de façon à répondre aux objectifs de la revue, et à la manière dont ils sont précisés au cours de la revue.</p> <p>L'équipe de recherche pilote et précise la stratégie de</p>	<p>Nous avons modifié les critères initiaux d'inclusion et d'exclusion de notre recherche documentaire, de façon à inclure les études portant sur l'accès ou le recours aux soins dans le contexte de gratuité des services publics de santé, pour lesquels nous avons peu</p>

	<p>recherche de façon à s'assurer qu'elle répond bien aux objectifs.</p> <p>La recherche documentaire porte sur des sources variées susceptibles de contenir des données utiles pour le développement, la précision et la mise à l'épreuve de la théorie.</p> <p>Il n'y a pas de discrimination selon le type d'étude ou de document.</p>	<p>d'informations.</p> <p>Nous n'avons exclu aucune étude selon son devis de recherche, et inclus tout type de documents pour développer la TMP. En revanche, nous avons inclus uniquement les études avec des données empiriques pour la mise à l'épreuve de la théorie.</p>
<p>4. Les processus de sélection et d'appréciation permettent l'identification d'études à la fois pertinentes pour la revue réaliste et suffisamment robustes.</p> <p>En particulier, les sources identifiées permettent à l'équipe de recherche de comprendre le champ d'étude, de développer, préciser et mettre à l'épreuve les théories, ainsi que d'appuyer les inférences à propos des mécanismes.</p>	<p>Adéquat plus :</p> <p>Au cours du processus d'appréciation des études, les limites des méthodes utilisées pour générer les données sont identifiées et prises en considération dans l'analyse et la synthèse.</p>	<p>Nous avons utilisé le <i>Mixed Method Appraisal Tool</i> pour apprécier la qualité des études qui ont permis de mettre à l'épreuve la théorie.</p>
<p>5. La revue montre une bonne compréhension et application de la philosophie réaliste et de la logique réaliste qui soutient une analyse réaliste.</p>	<p>Bon :</p> <p>Les présupposés et l'approche analytique de la revue concordent avec la philosophie réaliste à toutes les étapes de la revue.</p> <p>Quand cela est nécessaire, une théorie réaliste du programme est développée et testée.</p>	<p>Nous avons tâché d'appliquer les principes de l'approche réaliste tout au long de notre revue réaliste.</p> <p>Une TMP réaliste a été développée et testée.</p>



### **3.3.5. Conclusion**

À notre connaissance, cette étude est la première à synthétiser, de manière systématique et dans une visée de théorisation, les études sur les PEP en Afrique subsaharienne. Ce processus a permis de faire émerger des propositions pour comprendre comment les PEP fonctionnent, pour quelle(s) population(s), et dans quel(s) contexte(s). Ces propositions ne sont plus seulement intuitives, mais reposent désormais sur des fondements épistémologiques, méthodologiques et empiriques solides. La théorie de moyenne portée propose en outre un nouvel angle pour l'analyse de la problématique du recours aux soins.

Face au mouvement récent pour la couverture universelle, nous espérons que notre appel pour un accès équitable aux soins en Afrique subsaharienne, par le renforcement de l'intersectorialité des politiques publiques, et la valorisation des acteurs des systèmes de santé, sera entendu.

## Bibliographie

- Aberese-Ako, M., van Dijk, H., Gerrits, T., Arhinful, D. K., & Agyepong, I. A. (2014). 'Your health our concern, our health whose concern?': Perceptions of injustice in organizational relationships and processes and frontline health worker motivation in Ghana. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 2), ii15-28. doi: 10.1093/heapol/czu068
- Adam, T., & de Savigny, D. (2012). Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: Need for a paradigm shift. *Health Policy and Planning*, 27(Suppl 4), iv1-3. doi: 10.1093/heapol/czs084
- Agyepong, I. A., & Nagai, R. A. (2010). "We charge them; otherwise we cannot run the hospital": Front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health policy*, 99(3), 226-233. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.018
- Alhassan, R. K., Spieker, N., van Ostenberg, P., Ogink, A., Nketiah-Amponsah, E., & de Wit, T. F. (2013). Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana. *Human Resources for Health*, 11, 37. doi: 10.1186/1478-4491-11-37
- Amnesty International (2011). *At a crossroads: Sierra Leone's free health care policy*. London, United Kingdom: Amnesty International. Repéré à [https://http://www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/sierral\\_maternaltrpt\\_0.pdf](https://http://www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/sierral_maternaltrpt_0.pdf)
- Anand, S., & Bärnighausen, T. (2012). Health workers at the core of the health system: Framework and research issues. *Health Policy*, 105(2-3), 185-191. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.10.012
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and social behaviour*, 36(1), 1-10.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Asenso-Okyere, W. K., Anum, A., Osei-Akoto, I., & Adukonu, A. (1998). Cost recovery in Ghana: Are there any changes in health care seeking behaviour? *Health Policy and Planning*, 13(2), 181-188.

- Aye, M. (2000). *Capital social, logiques de solidarité et accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne*. (Université de Montréal, Montréal, QC). Repéré à [http://www.irec.net/upload/File/memoires\\_et\\_theses/240.pdf](http://www.irec.net/upload/File/memoires_et_theses/240.pdf)
- Barnes, A., Brown, G. W., Harman, S., & Papamichail, A. (2014). *African participation and partnership in performance-based financing: A case study in global health policy*. Harare, Zimbabwe: Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa. Repéré à [http://equinetafrica.org/bibl/docs/GHD Gov Diss Paper 102.pdf](http://equinetafrica.org/bibl/docs/GHD_Gov_Diss_Paper_102.pdf)
- Belaid, L., & Ridde, V. (2014). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy and Planning*, 1-13. doi: 10.1093/heapol/czu012
- Béland, D., & Ridde, V. (2014). *Ideas and Policy Implementation: Understanding the Resistance against Free Health Care in Africa*. Montréal: Les Cahiers du CIRDIS Collection Recherche. Repéré à [http://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/cahier\\_cirdis\\_-\\_no\\_2014\\_-\\_01.pdf](http://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/cahier_cirdis_-_no_2014_-_01.pdf)
- Berlan, D., & Shiffman, J. (2012). Holding health providers in developing countries accountable to consumers: A synthesis of relevant scholarship. *Health Policy and Planning*, 27(4), 271-280. doi: 10.1093/heapol/czr036
- Berthet, T., Dechézelles, S., Gouin, R., & Simon, V. (2009, septembre). *Toward a 'capability' analytical model of public policy? Lessons from academic guidance issues*. Communication présentée au IX Congreso Espanol de Ciencia Politica y de la Administracion: "Repensar la democracia: Inclusion y diversidad", Malaga, Espagne.
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large-system transformation in health care: A realist review. *Milbank Quarterly*, 90(3), 421-456. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x
- Bhaskar, R. (1986). *Scientific realism and human emancipation*. London, United Kingdom: Verso.
- Bhaskar, R. (1989). *Reclaiming reality: A critical introduction to contemporary philosophy*. London: Verso.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31(31), 2-3.
- Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: Developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research*, 42(4), 1758-1772. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x

- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology, 26*(2), 136-145. doi: 10.1037/0278-6133.26.2.136
- Brinkerhoff, D. W. (2004). Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning, 19*(6), 371-379. doi: 10.1093/heapol/czh052
- Carasso, B., Lagarde, M., Cheelo, C., Chansa, C., & Palmer, N. (2012). Health worker perspectives on user fee removal in Zambia. *Human Resources for Health, 10*, 40. doi: 10.1186/1478-4491-10-40
- Carey, G., & Crammond, B. (2014). A glossary of policy frameworks: The many forms of 'universalism' and policy 'targeting'. *Journal of Epidemiology and Community Health, 1*-5. doi: 10.1136/jech-2014-204311
- Carrillo, J. E., Carrillo, V. A., Perez, H. R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A., & Byron, A. T. (2011). Defining and targeting health care access barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 22*(2), 562-575. doi: 10.1353/hpu.2011.0037
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. Dans K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (dir.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th Edition)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Colvin, C. J., Smith, H. J., Swartz, A., Ahs, J. W., de Heer, J., Opiyo, N., . . . George, A. (2013). Understanding careseeking for child illness in sub-Saharan Africa: A systematic review and conceptual framework based on qualitative research of household recognition and response to child diarrhoea, pneumonia and malaria. *Social Science and Medicine, 86*, 66-78. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.031
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research (2nd edition)*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Currie, D., & Wiesenberg, S. (2003). Promoting women's health-seeking behavior: Research and the empowerment of women. *Health Care for Women International, 24*(10), 880-899. doi: 10.1080/07399330390244257
- d'Oliveira, A. F., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet, 359*(9318), 1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6

- Deininger, K., & Mpuga, P. (2005). Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda. *Journal of African Economies*, 14(1), 55-91. doi: 10.1093/jae/ejh034
- Derose, K. P., & Varda, D. M. (2009). Social capital and health care access: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 66(3), 272-306. doi: 10.1177/1077558708330428
- Diarra, A. (2011). *La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiements dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say*. Niamey, Niger: LASDEL.
- Diarra, A. (2012). Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger. *Afrique Contemporaine*, 3(243), 77-93. doi: 10.3917/afco.243.0077
- Diaz, T., George, A. S., Rao, S. R., Bangura, P. S., Baimba, J. B., McMahon, S. A., & Kabano, A. (2013). Healthcare seeking for diarrhoea, malaria and pneumonia among children in four poor rural districts in Sierra Leone in the context of free health care: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 13, 157. doi: 10.1186/1471-2458-13-157
- Dieleman, M., Gerretsen, B., & van der Wilt, G. J. (2009). Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: A realist review. *Health Research Policy and Systems*, 7, 7. doi: 10.1186/1478-4505-7-7
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., . . . Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35. doi: 10.1186/1471-2288-6-35
- Dobson, D., & Cook, T. J. (1980). Avoiding type III error in program evaluation: Results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*, 3(4), 269-276.
- Donabedian, A. (1976). Effects of MEDICARE and MEDICAID on access to and quality of health care. *Public Health Reports*, 91(4), 322-331.
- Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A., Ten Asbroek, G., Tawiah, C., Hurt, L., . . . Kirkwood, B. R. (2012). Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PLoS One*, 7(11), e49430. doi: 10.1371/journal.pone.0049430

- El-Khoury, M., Hatt, L., & Gandaho, T. (2012). User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: An analysis of patient survey data in Mali. *International Journal for Equity in Health*, 11, 49. doi: 10.1186/1475-9276-11-49
- Faye, S. L. (2008). Devenir mère au Sénégal : Des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé*, 18(3), 175-183.
- Fein, R. (2005). On achieving access and equity in health care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 1-35. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00427.x
- Finlayson, K., & Downe, S. (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Medicine*, 10(1), e1001373. doi: 10.1371/journal.pmed.1001373
- Fiscella, K., & Shin, P. (2005). The inverse care law: Implications for healthcare of vulnerable populations. *Journal of Ambulatory Care Management*, 28(4), 304-312.
- Frediani, A. A. (2010). Sen's capability approach as a framework to the practice of development. *Development in Practice*, 20(2), 173-197.
- Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9, 34. doi: 10.1186/1471-2393-9-34
- Gagliardi, A. R., Legare, F., Brouwers, M. C., Webster, F., Wiljer, D., Badley, E., & Straus, S. (2011). Protocol: Developing a conceptual framework of patient mediated knowledge translation, systematic review using a realist approach. *Implementation Science*, 6, 25. doi: 10.1186/1748-5908-6-25
- Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.
- Gilson, L. (1997). The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12(4), 273-285.
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 56(7), 1453-1468. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00142-9
- Gilson, L. (2005). Editorial: Building trust and value in health systems in low- and middle-income countries. *Social Science and Medicine*, 61(7), 1381-1384. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.059

- Gilson, L., Palmer, N., & Schneider, H. (2005). Trust and health worker performance: Exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science and Medicine*, 61(7), 1418-1429. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.062
- Gilson, L., Russell, S., & Buse, K. (1995). The political economy of user fees with targeting: Developing equitable health financing policy. *Journal of International Development*, 7(3), 369-401. doi: 10.1002/jid.3380070305
- Goudge, J., & Gilson, L. (2005). How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience. *Social Science and Medicine*, 61(7), 1439-1451. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.071
- Goudge, J., Gilson, L., Russell, S., Gumede, T., & Mills, A. (2009). The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical Medicine & International Health*, 14(4), 458-467. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x
- Goudge, J., Russell, S., Gilson, L., Gumede, T., Tollman, S., & Mills, A. (2009). Illness-related impoverishment in rural South Africa: Why does social protection work for some households but not others? *Journal of International Development*, 21(2), 231-251. doi: 10.1002/jid.1550
- Hadley, M. (2011). Does increase in utilisation rates alone indicate the success of a user fee removal policy? A qualitative case study from Zambia. *Health Policy*, 103(2-3), 244-254. doi: S0168-8510(11)00180-1 [pii] 10.1016/j.healthpol.2011.08.009 [doi]
- Hardwick, R., Pearson, M., Byng, R., & Anderson, R. (2013). The effectiveness and cost-effectiveness of shared care: Protocol for a realist review. *Systematic Reviews*, 2, 12. doi: 10.1186/2046-4053-2-12
- Hart, J. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 297(7679), 405-412.
- Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M., . . . Murray, C. J. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*, 375(9726), 1609-1623. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60518-1
- Honda, A. (2013). 10 best resources on ... Pay for performance in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 28(5), 454-457. doi: 10.1093/heapol/czs078
- Jaffré, Y. (1999). Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey). *Bulletin de l'APAD*, 17. doi: n.d. Repéré à <http://apad.revues.org/475>

- Jaffré, Y. (2003). Le souci de l'autre: audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart*, 28(4), 95-110. doi: 10.3917/autr.028.0094
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, France: Karthala.
- James, C. D., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., . . . Xu, K. (2006). To retain or remove user fees?: Reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(3), 137-153.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435-464. doi: 10.1111/1467-7660.00125
- Kahabuka, C., Kvåle, G., Moland, K. M., & Hinderaker, S. G. (2011). Why caretakers bypass primary health care facilities for child care - A case from rural Tanzania. *BMC Health Services Research*, 11, 315. doi: 10.1186/1472-6963-11-315
- Kahabuka, C., Moland, K. M., Kvåle, G., & Hinderaker, S. G. (2012). Unfulfilled expectations to services offered at primary health care facilities: Experiences of caretakers of under-five children in rural Tanzania. *BMC Health Services Research*, 12, 158. doi: 10.1186/1472-6963-12-158
- Kajula, P., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). 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*, 19(Suppl 1), S133-153. doi: 10.1002/hpm.772
- Kane, S., Gerretsen, B., Scherpbier, R., Dal Poz, M., & Dieleman, M. (2010). A realist synthesis of randomised control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. *BMC Health Services Research*, 10, 286. doi: 10.1186/1472-6963-10-286
- Kastner, M., Estey, E., Perrier, L., Graham, I. D., Grimshaw, J., Straus, S. E., . . . Bhattacharyya, O. (2011). Understanding the relationship between the perceived characteristics of clinical practice guidelines and their uptake: Protocol for a realist review. *Implementation Science*, 6, 69. doi: 10.1186/1748-5908-6-69
- Kiguli, J., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Mutebi, A., Macgregor, H., & Pariyo, G. W. (2009). Increasing access to quality health care for the poor: Community perceptions



- on quality care in Uganda. *Patient Preference and Adherence*, 3, 77-85. doi: 19936148
- Kinney, M. V., Kerber, K. J., Black, R. E., Cohen, B., Nkrumah, F., Coovadia, H., . . . Weissman, E. (2010). Sub-Saharan Africa's mothers, newborns, and children: Where and why do they die? *PLoS Med*, 7(6), e1000294. doi: 10.1371/journal.pmed.1000294
- Knight, L., & Maharaj, P. (2009). Use of public and private health services in KwaZulu-Natal, South Africa. *Development Southern Africa*, 26(1), 17-28. doi: 10.1080/03768350802640040
- Kruk, M., Paczkowski, M., Mbaruku, G., de Pinho, H., & Galea, S. (2009). Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: A population-based discrete choice experiment. *American Journal of Public Health*, 99, 1666-1672. doi: 10.2105/AJPH.2008.146209
- Kruk, M. E., Mbaruku, G., Rockers, P. C., & Galea, S. (2008). User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health*, 13(12), 1442-1451. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x
- Kruk, M. E., Rockers, P. C., Mbaruku, G., Paczkowski, M. M., & Galea, S. (2010). Community and health system factors associated with facility delivery in rural Tanzania: A multilevel analysis. *Health Policy*, 97, 209-216. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.05.002
- Lagarde, M., Barroy, H., & Palmer, N. (2012). Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *Journal of health services research & policy*, 17(1), 30-36. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010166
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD009094
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18
- Linnan, L., & Steckler, A. (2002). Process Evaluation for Public Health Interventions and Research: An Overview. Dans A. Steckler & L. Linnan (dir.), *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research* (p. 1-23). San Francisco (CA): Jossey-Bass.

- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: dilemmas in the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lozano, R., Wang, H., Foreman, K. J., Rajaratnam, J. K., Naghavi, M., Marcus, J. R., . . . Murray, C. J. (2011). Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *The Lancet*, *378*(9797), 1139-1165. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61337-8
- Magoma, M., Requejo, J., Campbell, O. M. R., Cousens, S., & Filippi, V. (2010). High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: A case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *10*, 13. doi: 10.1186/1471-2393-10-13
- Maluka, S. O. (2013). Why are pro-poor exemption policies in Tanzania better implemented in some districts than in others? *International Journal for Equity in Health*, *12*, 80. doi: 10.1186/1475-9276-12-80
- Manongi, R. N., Marchant, T. C., & Bygbjerg, I. C. (2006). Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: A health worker perspective. *Human Resources for Health*, *4*, 6. doi: 10.1186/1478-4491-4-6
- Marchal, M., van Belle, S., de Brouwere, V., Witter, S., & Kegels, G. (2014). *Complexity in health: Consequences for research & evaluation*. FEMHealth. Repéré à [http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Complexity\\_Working\\_paper.pdf](http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Complexity_Working_paper.pdf)
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, *372*(9650), 1661-1669. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Masiye, F., Chitah, B. M., & McIntyre, D. (2010). From targeted exemptions to user fee abolition in health care: Experience from rural Zambia. *Social Science and Medicine*, *71*(4), 743-750. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.029
- Mathauer, I., & Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, *4*, 24. doi: 10.1186/1478-4491-4-24
- Mba, R. M., Messi, F., & Ongolo-Zogo, P. (2011). *Maintenir la présence de personnels soignants dans les formations rurales au Cameroun*. Yaoundé, Cameroun: Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - Hôpital Central. Repéré à

[http://cdbph.org/documents/PB\\_RapComplet\\_MaintenirPersonnel\\_20F+v2012\\_poz.pdf](http://cdbph.org/documents/PB_RapComplet_MaintenirPersonnel_20F+v2012_poz.pdf)

- Mbaye, E. M., Dumont, A., Ridde, V., & Briand, V. (2011). « En faire plus pour gagner plus »: La pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal. *Santé Publique*, 23(3), 207-219.
- McEvoy, P., & Richard, D. (2006). A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. *Journal of Research in Nursing*, 11(1), 66-78. doi: 10.1177/1744987106060192
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine*, 62(4), 858-865. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.001
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl 2), ii16-ii29. doi: 10.1093/heapol/czr062
- Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156. doi: 10.2471/BLT.10.077339
- Mills, A. (2014). Health care systems in low- and middle-income countries. *New England Journal of Medicine*, 370(6), 552-557. doi: 10.1056/NEJMra1110897
- Mills, S., Williams, J. E., Adjuik, M., & Hodgson, A. (2008). Use of health professionals for delivery following the availability of free obstetric care in northern Ghana. *Maternal and Child Health Journal*, 12(4), 509-518. doi: 10.1007/s10995-007-0288-y
- Ministère de la santé et de la prévention médicale, Fonds des Nations Unies pour la Population, Initiative for maternal mortality programme assessment, & Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction (2007). *Évaluation des stratégies de réduction des barrières économiques, socioculturelles, sanitaires et institutionnelles à l'accès aux soins obstétricaux et néonataux au Sénégal*. Dakar (Sénégal).
- Mohindra, K. S. (2007). Healthy public policy in poor countries: Tackling macro-economic policies. *Health Promotion International*, 22(2), 163-169. doi: 10.1093/heapro/dam008

- Molyneux, S., Atela, M., Angwenyi, V., & Goodman, C. (2012). Community accountability at peripheral health facilities: A review of the empirical literature and development of a conceptual framework. *Health Policy and Planning, 27*(7), 541-554. doi: 10.1093/heapol/czr083
- Moyer, C. A., & Mustafa, A. (2013). Drivers and deterrents of facility delivery in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Reproductive Health, 10*, 40. doi: 10.1186/1742-4755-10-40
- Mpembeni, R. N., Killewo, J. Z., Leshabari, M. T., Massawe, S. N., Jahn, A., Mushi, D., & Mwakipa, H. (2007). Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: Implications for achievement of MDG-5 targets. *BMC Pregnancy and Childbirth, 7*, 29-29. doi: 10.1186/1471-2393-7-29
- Mrisho, M., Schellenberg, J. A., Mushi, A. K., Obrist, B., Mshinda, H., Tanner, M., & Schellenberg, D. (2007). Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Tropical Medicine & International Health, 12*, 862-872. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01855.x
- Muela, S. H., Mushi, A. K., & Ribera, J. M. (2000). The paradox of the cost and affordability of traditional and government health services in Tanzania. *Health Policy and Planning, 15*(3), 296-302. doi: 10.1093/heapol/15.3.296
- Mumtaz, Z., Salway, S., Bhatti, A., & McIntyre, L. (2014). Addressing invisibility, inferiority, and powerlessness to achieve gains in maternal health for ultra-poor women. *Lancet, 383*(9922), 1095-1097. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61646-3
- Nabyonga, J., Desmet, M., Karamagi, H., Kadama, P. Y., Omaswa, F. G., & Walker, O. (2005). Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health policy and planning, 20*(2), 100-108. doi: 10.1093/heapol/czi012
- Nabyonga-Orem, J., Mugisha, F., Kirunga, C., Macq, J., & Criel, B. (2011). Abolition of user fees: The Uganda paradox. *Health Policy and Planning, 26*(Suppl 2), ii41-ii51. doi: 10.1093/heapol/czr065
- Namakula, J., & Witter, S. (2014). Living through conflict and post-conflict: experiences of health workers in northern Uganda and lessons for people-centred health systems. *Health Policy and Planning, 29*(Suppl 2), ii6-14. doi: 10.1093/heapol/czu022
- Ngulube, T. J., & Carasso, B. (2010). *Removal of user fees in Zambia - What has happened in communities?* Harare, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.

- Nimpagaritse, M., & Bertone, M. P. (2011). The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii63-ii71. doi: 10.1093/heapol/czr061
- Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan, R., . . . Mshinda, H. (2007). Access to health care in contexts of livelihood insecurity: A framework for analysis and action *PLoS Medicine*, 4(10), e308. doi: 10.1371/journal.pmed.0040308
- Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of access to health care: Outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(8), 655-658. doi: 10.1136/jech.2003.017731
- Olivier de Sardan, J.-P. (2001). La sage-femme et le douanier : Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. *Autrepart*, 20, 61-73.
- Organisation Mondiale de la santé (2013). *Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la santé. Repéré à [http://www.who.int/health\\_financing/UHC\\_FRvs1.pdf?ua=1](http://www.who.int/health_financing/UHC_FRvs1.pdf?ua=1)
- Organisation Mondiale de la santé, & Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (1978). *Les soins de santé primaires: Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978*. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la santé. Repéré à <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf?ua=1>
- Ousseini, A. (2011). *Une politique publique de santé au Niger : La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*. Niamey, Niger: LASDEL. Repéré à <http://www.maviceu.com/spip/IMG/pdf/191.pdf>
- Paganini, A. (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development*, 2(1), 11-13.
- Pariyo, G., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Rahman, M. H., Peterson, S., Bishai, D., . . . Peters, D. (2009). Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: Are reforms benefitting the poor? *International Journal for Equity in Health*, 8, 39-39. doi: 10.1186/1475-9276-8-39
- Pawson, R. (2000). Middle-range realism. *European Journal of Sociology*, 41(2), 283-325. doi: 10.1017/S0003975600007050

- Pawson, R. (2006a). *Digging for nuggets: How 'bad' research can yield 'good' evidence*. Leeds, United Kingdom: University of Leeds. Repéré à <http://www.leeds.ac.uk/realistsynthesis/supreadings.htm>
- Pawson, R. (2006b). *Evidence-based policy: A realist perspective*. London, United Kingdom: SAGE.
- Pawson, R. (2013). *The science of evaluation: A realist manifesto*. London: SAGE.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review: A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(S1), 21-34. doi: 10.1258/1355819054308530
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London, United Kingdom: SAGE.
- Pearson, M., Chilton, R., Woods, H. B., Wyatt, K., Ford, T., Abraham, C., & Anderson, R. (2012). Implementing health promotion in schools: Protocol for a realist systematic review of research and experience in the United Kingdom (UK). *Systematic Reviews*, 1, 48. doi: 10.1186/2046-4053-1-48
- Penchansky, R., & Thomas, W. J. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., . . . Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, 24(4), 289-300. doi: 10.1093/heapol/czp013
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171. doi: 10.1196/annals.1425.011
- Pfeiffer, C., & Mwaipopo, R. (2013). Delivering at home or in a health facility? Health-seeking behaviour of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 55. doi: 10.1186/1471-2393-13-55
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., . . . Rousseau, M.-C. (2011) Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Montréal, QC: Archivé par WebCite® à <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>. Repéré à <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>

- Rajaratnam, J. K., Marcus, J. R., Flaxman, A. D., Wang, H., Levin-Rector, A., Dwyer, L., . . . Murray, C. J. (2010). Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *The Lancet*, *375*(9730), 1988-2008. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60703-9
- Rantala, R., Bortz, M., & Armada, F. (2014). Intersectoral action: Local governments promoting health. *Health Promotion International*, *29*(Suppl 1), i92-102. doi: 10.1093/heapro/dau047
- Razee, H., Whittaker, M., Jayasuriya, R., Yap, L., & Brentnall, L. (2012). Listening to the rural health workers in Papua New Guinea: The social factors that influence their motivation to work. *Social Science and Medicine*, *75*(5), 828-835. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.013
- Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, *53*(6), 274-280. doi: 10.1016/j.outlook.2005.06.007
- Ridde, V., Diarra, A., & Moha, M. (2011). User fees abolition policy in Niger: comparing the under five years exemption implementation in two districts. *Health Policy*, *99*(3), 219-225. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.017
- Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy and Planning*, *26*(1), 1-11. doi: 10.1093/heapol/czq021
- Ridde, V., Queuille, L., Kafando, Y., & Robert, E. (2012). Transversal analysis of public policies on user fees exemptions in six West African countries. *BMC Health Services Research*, *12*, 409. doi: 10.1186/1472-6963-12-409
- Ridde, V., Robert, E., Guichard, A., Blaise, P., & Van Holmen, J. (2012). L'approche *Realist* à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Canadian Journal of Program Evaluation*, *26*(3), 37-59.
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, *12*, 289. doi: 10.1186/1471-2458-12-289
- Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A. M., Souares, A., Lohmann, J., Zombre, D., Koulidiati, J., . . . De Allegri, M. (2014). Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implementation Science*, *9*(1), 149. doi: 10.1186/s13012-014-0149-1

- Robert, E., & Ridde, V. (2013a). Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study. *Globalization and Health*, 9, 29. doi: 10.1186/1744-8603-9-29
- Robert, E., & Ridde, V. (2013b). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : De la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108.
- Robert, E., Ridde, V., Marchal, B., & Fournier, P. (2012). Protocol: A realist review of user fee exemption policies for health services in Africa. *BMJ Open*, 2, e000706. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000706
- Robert, E., & Samb, O. M. (2012). Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*, 3(243), 100-101. doi: 10.3917/afco.243.0100
- Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: A theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6(1), 93-117. doi: 10.1080/146498805200034266
- Russell, S. (2005). Treatment-seeking behaviour in urban Sri Lanka: Trusting the state, trusting private providers. *Social Science and Medicine*, 61(7), 1396-1407. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.077
- Rutebemberwa, E., Pariyo, G., Peterson, S., Tomson, G., & Kallander, K. (2009). Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda. *Malaria Journal*, 8, 45. doi: 10.1186/1475-2875-8-45
- Rutherford, M., Mulholland, K., & Hill, P. (2010). How access to health care relates to under-five mortality in sub-Saharan Africa: systematic review. *Tropical medicine & international health*, 15(5), 508-519.
- Samb, O. M., Belaid, L., & Ridde, V. (2013). Burkina Faso : La gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanitaire*, 35, 34-43.
- Sambo, L., & Kirigia, J. (2014). Investing in health systems for universal health coverage in Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 14(1), 28. doi: 10.1186/s12914-014-0028-5
- Sambo, L. G., Kirigia, J. M., & Orem, J. N. (2013). Health financing in the African Region: 2000–2009 data analysis. *International Archives of Medicine*, 6(1), 10. doi: 10.1186/1755-7682-6-10
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. Amsterdam: North-Holland.



- Sheikh, K., George, A., & Gilson, L. (2014). People-centred science: strengthening the practice of health policy and systems research. *BMC Health Research Policy and Systems*, 12, 19. doi: 10.1186/1478-4505-12-19
- Sheikh, K., Ranson, M. K., & Gilson, L. (2014). Explorations on people centredness in health systems. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 2), ii1-5. doi: 10.1093/heapol/czu082
- Stame, N. (2004). Theory-Based Evaluation and Types of Complexity. *Evaluation*, 10(1), 58-76. doi: 10.1177/1356389004043135
- Standing, H. (2004). *Understanding the 'demand side' in service delivery: Definitions, frameworks and tools from the health sector*. London, United Kingdom: DFID Healths Systems Resource Centre. Repéré à <http://www.heart-resources.org/wp-content/uploads/2012/10/Understanding-the-demand-side-in-service-delivery.pdf>
- Stilwell, B. (2001). *Health worker motivation in Zimbabwe*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Taylor, S., & Marandi, A. (2008). Social determinants of health and the design of health programmes for the poor. *British Medical Journal*, 337, a290. doi: 10.1136/bmj.a290
- Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*, 38(8), 1091-1110.
- The World Bank. (2014a). Poverty and equity: Regional dashboard Sub-Saharan Africa. Repéré à <http://povertydata.worldbank.org/poverty/region/SSA>
- The World Bank. (2014b). RBFHEALTH: Our projects. Repéré à <http://www.rbfhealth.org/projects>
- Thiede, M. (2005). Information and access to health care: Is there a role for trust? *Social Science and Medicine*, 61(7), 1452-1462. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.076
- Thiede, M., & McIntyre, D. (2008). Information, communication and equitable access to health care: A conceptual note. *Cadernos de Saude Publica*, 24(5), 1168-1173.
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. doi: 10.1186/1471-2288-8-45

- Tibandebage, P., & Mackintosh, M. (2005). The market shaping of charges, trust and abuse: Health care transactions in Tanzania. *Social Science and Medicine*, 61(7), 1385-1395. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.072
- Trimarchi, M. (1998). *Theory building: A realist methodology for case study driven research*. Sippy Downs, Australia: University of the Sunshine Coast.
- Twikirize, J. M., & O'Brien, C. (2012). Why Ugandan rural households are opting to pay community health insurance rather than use the free healthcare services. *International Journal of Social Welfare*, 21(1), 66-78. doi: 10.1111/j.1468-2397.2010.00771.x
- Vassilev, I., Rogers, A., Sanders, C., Kennedy, A., Blickem, C., Protheroe, J., . . . Morris, R. (2011). Social networks, social capital and chronic illness self-management: A realist review. *Chronic Illness*, 7(1), 60-86. doi: 10.1177/1742395310383338
- Victora, C. G., Wagstaff, A., Schellenberg, J. A., Gwatkin, D., Claeson, M., & Habicht, J. P. (2003). Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 362(9379), 233-241. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13917-7
- Wai-chung Yeung, H. (1997). Critical realism and realist research in human geography: A method or a philosophy in search of a method? *Progress in Human Geography*, 21(1), 51-74.
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). 'We are bitter but we are satisfied': Nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 59(6), 1251-1261. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.12.020
- Weiss, C. (1972). *Evaluating action programs: Readings in social action and education*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Weiss, C. (1997). How can theory-based evaluation make greater headway. *Evaluation Review*, 21(51), 501-524. doi: 10.1177/0193841X9702100405
- Westhorp, G., Walker, B., Rogers, P., Overbeeke, N., Ball, D., & Brice, G. (2014). *Enhancing community accountability, empowerment and education outcomes in low and middle-income countries: A realist review*. London, United Kingdom: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. Repéré à <http://r4d.dfid.gov.uk/Project/60865/>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. doi: 10.1093/heapro/6.3.217

- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358(9284), 833-836. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05975-X
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. Dans T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth (dir.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (p. 309-323). New York: Oxford University Press.
- Wildavsky, A., & Dake, K. (1990). Theories of risk perception: Who fears what and why? *Daedalus (The MIT Press)*, 119(4), 41-60.
- Wilkinson, D., Gouws, E., Sach, M., & Karim, S. S. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(7), 665-671.
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 8, 247. doi: 10.1186/1472-6963-8-247
- Witter, S., & Adjei, S. (2007). Start-stop funding, its causes and consequences: A case study of the delivery exemptions policy in Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 22(2), 133-143. doi: 10.1002/hpm.867
- Witter, S., Drame, F., & Cross, S. (2009). Maternal fee exemption in Senegal: Is the policy a success? *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 3(1), 5-10.
- Witter, S., Garshong, B., & Ridde, V. (2013). An exploratory study of the policy process and early implementation of the free NHIS coverage for pregnant women in Ghana. *International Journal for Equity in Health*, 12, 16. doi: 10.1186/1475-9276-12-16
- Witter, S., Kusi, A., & Aikins, M. (2007). Working practices and incomes of health workers: evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana. *Human resources for health*, 5, 2-2. doi: 10.1186/1478-4491-5-2
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J., & Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: Realist syntheses. *BMC Medicine*, 11, 21. doi: 10.1186/1741-7015-11-21
- Wong, G., Westhorp, G., Pawson, R., & Greenhalgh, T. (2013). *Realist synthesis: RAMESES training materials*. London, United Kingdom: RAMESES. Repéré à [http://www.ramesesproject.org/media/Realist\\_reviews\\_training\\_materials.pdf](http://www.ramesesproject.org/media/Realist_reviews_training_materials.pdf)

World Health Organization, & The WHO Centre for Health Development (2011). *Intersectoral action on health: A path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health*. Kobe, Japan: World Health Organization. Repéré à [http://www.who.int/kobe\\_centre/publications/ISA-booklet\\_WKC-AUG2011.pdf?ua=1](http://www.who.int/kobe_centre/publications/ISA-booklet_WKC-AUG2011.pdf?ua=1)

## **Chapitre 4 – Discussion**

L'objectif de cette thèse était double : il s'agissait de combler les lacunes dans les connaissances portant sur trois enjeux majeurs des politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique subsaharienne – à savoir le débat international (Article 2), les défis de mise en œuvre (Article 3), et les expériences de recours aux soins de santé gratuits (Article 4) –, tout en apportant une contribution au développement de la recherche sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenu. Dans ce chapitre, nous adoptons une démarche réflexive afin de répondre en particulier à la seconde partie de l'objectif de la thèse.

Ainsi, sont présentés d'une part les enseignements tirés des trois études menées dans le cadre de cette recherche doctorale, et d'autre part les contributions des principes fondateurs de la RPSS à l'étude des PEP et au développement de la RPSS. Ensuite, les défis rencontrés au cours de la revue réaliste sont abordés, plus spécifiquement ceux concernant l'opérationnalisation des concepts de l'approche réaliste. Enfin, le chapitre se termine par une réflexion sur les limites de la thèse.

## **4.1. Enseignements tirés des résultats et de la démarche scientifique**

Dans ce sous-chapitre, nous synthétisons d'abord les résultats des trois études qui composent cette thèse et proposons quelques pistes d'action et de recherche. Ensuite, nous présentons ce que le respect de ces principes fondateurs de la RPSS a apporté non seulement à l'étude des politiques d'exemption des paiements directs des soins, mais également à la RPSS.

### **4.1.1. Synthèse des résultats et pistes d'action et de recherche**

Les résultats de l'Article 2 confirment un changement d'opinion internationale de grande ampleur quant à la pertinence des paiements directs des soins de santé pour financer les systèmes de santé des PFMR. En effet, la majorité des acteurs de la santé mondiale qui s'expriment sur le sujet se prononce en faveur de leur suppression, tandis que les autres restent nuancés. Tous condamnent cependant les paiements directs, arguant des inégalités d'accès aux soins, des dépenses de santé catastrophiques et de l'atteinte des OMD liés à la santé pour justifier leur position. Cela dit, au terme de la recherche de documents en 2011, près d'un tiers des acteurs de la santé mondiale inclus dans l'étude reste silencieux. Depuis lors, la couverture universelle en matière de santé a largement supplanté la gratuité des soins au point de service dans les discussions. Travaillant à l'agenda post-2015, bon nombre de ces acteurs voient la couverture universelle comme un successeur pertinent aux OMD liés à la santé (Frenk, 2014; Horton & Das, 2014; Touraine et al., 2014). Nonobstant les multiples controverses portant à la fois sur sa définition et ses principes (Clark, 2014b; People's Health Movement et al., 2014), l'argument principal pour soutenir la couverture universelle reste avant tout l'accès financier aux soins (Lemoine, Robert, & Ridde, 2013), comme ce fut le cas pour les PEP.

Malgré tout, on en sait encore peu sur l'évolution historique du positionnement des acteurs de la santé mondiale, de l'émergence des paiements directs des soins à la couverture universelle en matière de santé, en passant par la gratuité des services. En outre, aucune analyse critique du discours de ces acteurs au fil de ces réformes de santé successives n'a été

menée. Pourtant, de telles recherches permettraient de mieux en comprendre l'histoire à l'échelle internationale, ainsi que le rôle des différents acteurs dans le processus d'élaboration des politiques de santé mondiale. Quant aux leviers qui contribuent aux changements d'opinion de ces acteurs, à notre connaissance, seuls Lee et Goodman (2005) se sont attachés à comprendre l'influence des différents réseaux d'acteurs sur la construction d'un consensus autour des paiements directs des soins dans les PFMR. Une telle démarche serait pertinente pour analyser le renversement de ce consensus, et l'apparition de la couverture universelle en matière de santé et du financement basé sur les résultats dans les discussions internationales. À ce titre, l'Article 2 offre des pistes pour le développement d'un cadre conceptuel inspiré notamment de la science politique. Les résultats de telles études seraient notamment pertinents pour le développement de stratégies de transfert de connaissances qui se multiplient à l'échelle internationale.

L'appel à un passage des paroles aux actes que nous avons lancé pour la suppression des paiements directs vaut également pour les nouvelles initiatives internationales (p. ex. couverture universelle en matière de santé), car il ne s'agit pas seulement d'encourager les pays à instaurer de nouvelles réformes. Il est nécessaire de les accompagner, tant financièrement que techniquement, pour assurer le succès de telles interventions, et particulièrement leur mise en œuvre. En effet, comme le rappellent Agyepong, Orem, et Hercot (2011) :

« [...] implementation is the rock on which many brilliant ideas and theories have foundered and continue to founder » (Agyepong et al., 2011, p. 4)

Dans le cas des PEP, les résultats de l'Article 3 mettent en lumière leur potentiel perturbateur dont il est nécessaire de tenir compte. Tel un jeu de domino, les défaillances de la mise en œuvre des PEP se sont répercutées sur le fonctionnement des systèmes de santé. Ainsi, l'augmentation rapide de l'utilisation des services de santé gratuits, qui démontre pourtant le succès des PEP, a contribué à la démotivation du personnel de santé, dont la charge de travail a augmenté davantage que beaucoup ne pouvaient tolérer, et ce faute de planification, d'information et de mesures d'accompagnement. Ce succès a également entraîné des ruptures de stocks de médicaments et de consommables, dont les impacts sur le

fonctionnement des services de santé et sur les relations entre soignants et usagers se sont fait largement ressentir, d'autant plus que les circuits d'approvisionnement et de remboursements des dépenses engagées par les formations sanitaires étaient dysfonctionnels.

Il ne s'agit donc pas seulement pour les acteurs de la santé mondiale d'accompagner l'élaboration, la planification et la mise en œuvre des réformes dont ils font la promotion. Ils doivent également contribuer au renforcement des systèmes de santé. Leur soutien doit toutefois tenir compte des réalités locales et assurer la participation des différentes parties prenantes, tant au niveau national qu'au niveau local. Cela est encore rarement le cas, comme le montrent entre autres les exemples de la contractualisation des services de santé en Afghanistan (Robert, 2010) et du financement basé sur les résultats en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Zambie (Barnes, Brown, Harman, & Papamichail, 2014). Au cours de ces expériences, le soutien des acteurs de la santé mondiale engagés s'est en effet avéré davantage prescriptif que collaboratif.

L'Article 4 conforte et explicite les résultats descriptifs de l'Article 3, en insistant sur la nécessité de distinguer la théorie de l'intervention et sa mise en œuvre. Ainsi ce n'est pas tant le principe d'exemption des paiements directs des soins qui est en cause dans les perturbations du système de santé ou la persistance de certaines inégalités d'accès aux soins. La mise en œuvre défaillante y joue également un rôle. De surcroît, les résultats suggèrent que les PEP sont nécessaires, mais insuffisantes, car elles ne peuvent à elles seules régler le problème des inégalités d'accès aux soins, tout comme la couverture universelle. Certains ressorts, comme le transport, le développement économique et l'intégration sociale, se situent en effet à l'extérieur des systèmes de santé, et rappellent le rôle des déterminants sociaux de la santé (Marmot et al., 2008). Le phénomène de médicalisation de la santé mondiale (Clark, 2014a; Robert, 2014), et particulièrement celle de la couverture universelle (Clark, 2014b), tend à sous-estimer, voire à ignorer, l'importance de ces déterminants. Or l'Article 4 confirme leur influence capitale sur le recours aux soins.

Cette recherche doctorale a également permis des avancements théoriques concernant le recours aux soins des usagers des systèmes de santé en Afrique subsaharienne (Article 4). La théorie réaliste qui a été proposée bénéficie certes de solides fondements épistémologique,



théorique et empirique. Il n'en demeure pas moins que sa mise à l'épreuve des faits doit se poursuivre, afin qu'elle soit précisée, améliorée, voire réfutée, dans un processus itératif de production des connaissances. Le recours aux soins est en effet un enjeu permanent en santé publique. La compréhension de ce processus mérite donc que l'on poursuive les réflexions conceptuelles et théoriques le concernant.

#### **4.1.2. Les apports des principes fondateurs de la RPSS pour l'étude des politiques d'exemption des paiements directs des soins et l'avancement du champ**

Comme nous l'avons montré dans l'état des connaissances, la recherche sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenu est un champ relativement récent. En entreprenant notre recherche doctorale, nous avons souhaité apporter une contribution à son développement, en nous inspirant des quatre principes qui fondent ce domaine de recherche. Dans cette section, nous montrons ce que le respect de ces principes fondateurs a apporté non seulement à l'étude des politiques d'exemption des paiements directs des soins, mais également au champ de la RPSS.

D'abord, en ce qui a trait à la complémentarité des angles d'analyse, appréhender les PEP comme des interventions complexes, ancrées dans des niveaux de contexte pluriels et interreliés, a élargi notre champ de vision. Cela nous a amenés à observer notre objet de recherche dans sa globalité et sa multidimensionnalité. C'est ainsi que nous avons reconnu la pluralité des enjeux soulevés par ces politiques et que nous avons choisi d'en étudier quelques-uns dans le cadre de cette thèse. Bien que la manière dont nous avons conçu notre recherche doctorale ne nous ait pas permis d'examiner les liens entre ces différents enjeux, tenir compte de ce principe tout au long de notre recherche nous a incités à mener une réflexion transversale. Ce faisant, nous pensons que cette thèse démontre à la fois la pertinence et la faisabilité de mener une telle démarche scientifique pour l'étude des politiques de santé dans les PFMR.

En outre, reconnaître les aspects multidimensionnel et complexe des politiques de santé, notamment par le biais des niveaux d'influence des systèmes de santé (Gilson, 2012), nous permet aujourd'hui d'établir certains parallèles avec des politiques de santé contemporaines qui dominent les discussions sur les systèmes de santé et la santé des populations des PFMR. C'est le cas par exemple de la couverture universelle et du financement basé sur les résultats. Ces interventions font l'objet de nombreux débats et de multiples recherches, car elles apparaissent comme des solutions viables pour améliorer la santé des populations, tout en renforçant la qualité et la performance des systèmes de santé. La première est devenue le thème phare pour l'établissement des priorités d'action en santé dans le cadre de l'agenda post-2015 (Touraine et al., 2014). La seconde s'étend à l'ensemble du continent africain (Meessen, 2013a), avec le soutien d'agences intergouvernementales comme la Banque Mondiale (Grittner, 2013). Plusieurs des questions posées dans le cadre de cette thèse sont d'actualité pour l'étude de ces nouvelles politiques de santé mondiale : comment ces politiques sont-elles apparues sur la scène de la santé mondiale et de la RPSS ? Quels sont les discours des acteurs de la santé mondiale à leur sujet ? Comment sont-elles mises en œuvre dans les PFMR ? Quels enseignements transversaux pouvons-nous en tirer ? Ces questionnements nécessitent à leur tour une démarche interdisciplinaire que nous avons adoptée dans cette thèse et qui a été instructive à plusieurs égards.

La prise en compte du principe d'interdisciplinarité a en effet été riche d'enseignements. Ce principe nous a conduits à explorer diverses approches méthodologiques, théoriques et épistémologiques, et à en évaluer les avantages et les limites pour chacun de nos objectifs de recherche. Son opérationnalisation a concerné tant les méthodes que les concepts et les données. Sur le plan des méthodes, nous avons emprunté à plusieurs disciplines. L'étude de l'enjeu macroscopique (Article 2) est inspirée ainsi largement des principes de l'analyse des parties prenantes (*stakeholder analysis*) (Varvasovszky & Brugha, 2000a) qui trouve ses origines à la fois dans la science politique et les sciences de gestion (Varvasovszky & Brugha, 2000b). En ce qui concerne l'étude de l'enjeu microscopique (Article 4), nous avons utilisé les principes de l'évaluation réaliste, tels que formalisés par R. Pawson, professeur en sciences sociales (Pawson, 2006, 2013; Pawson & Tilley, 1997), et expérimentés à l'origine en

criminologie (Pawson, 2002a; Pawson & Tilley, 1997; Tilley, 2000). L'analyse des parties prenantes et l'évaluation réaliste constituent des outils transversaux (Resweber, 2011), dans la mesure où leurs principes peuvent être appliqués à divers objets de recherche dans un ensemble de disciplines (p. ex. éducation, agriculture, santé).

Sur le plan des concepts, dans le cadre de notre revue réaliste (Article 4), nous avons emprunté à l'approche des « capacités » (Frediani, 2010), fondée sur les théories de Sen (1985), développées dans le champ de l'économie et de la recherche sur le développement. Nous l'avons combinée non seulement avec les principes de l'évaluation réaliste (Pawson & Tilley, 1997), mais également avec les théories et concepts de l'accès aux soins. L'objectif était de mettre à profit les avancées théoriques réalisées dans chaque discipline et domaine de recherche, afin de mieux comprendre les expériences de recours aux soins des bénéficiaires des PEP. Cette démarche a notamment favorisé le développement d'une théorie de moyenne portée du recours aux soins de santé gratuits en Afrique subsaharienne. Dans le cadre de notre analyse documentaire sur le positionnement des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les PEP (Article 2), l'exploration des recherches menées en science politique sur les réseaux d'acteurs et le processus d'élaboration des politiques publiques a permis d'émettre un certain nombre d'hypothèses pour comprendre l'évolution des termes du débat et du positionnement des acteurs internationaux. Si ces hypothèses n'ont pas pu être mises à l'épreuve des faits dans le cadre de cette thèse, elles offrent toutefois des perspectives de recherche intéressantes, que ce soit pour l'étude du débat sur la gratuité des soins, ou pour l'étude d'une autre controverse en santé mondiale.

Sur le plan des données, les devis de recherche utilisés pour l'étude des enjeux des niveaux mésoscopique (Article 3) et microscopique (Article 4) ont permis d'intégrer des données de différente nature. Ces devis, à savoir la synthèse exploratoire de type narrative (Article 3) et la revue réaliste (Article 4), font partie des revues mixtes de littérature (Pluye & Hong, 2014). En particulier, la seconde est un exemple explicite de ce que Pluye et Hong (2014) nomment la synthèse convergente qualitative (*convergent QUAL synthesis*). Ce type de revue vise à transformer les résultats d'études qualitatives, quantitatives et mixtes en résultats

de type qualitatif, sous la forme de thèmes, de théories ou de concepts (Pluye & Hong, 2014). La synthèse exploratoire, quant à elle, n'a pas de visée explicative. Son utilité réside essentiellement dans les portraits qu'elle permet de dresser d'une situation, d'un phénomène ou d'un thème de recherche (Arksey & O'Malley, 2005). À ce titre, l'intégration des données des études incluses dans la synthèse est superficielle. En revanche, cet exercice a permis d'approfondir notre compréhension des défis de mise en œuvre des PEP, et s'est révélé d'une grande utilité pour mener la revue réaliste qui s'en est suivi.

L'intégration du principe d'interdisciplinarité nous a donc amenés à utiliser des méthodes de recherche, des approches et des concepts encore relativement peu exploités dans la RPSS, voire à les combiner, comme dans le cadre de la revue réaliste. Cela renforce, selon nous, l'argument en faveur du décloisonnement disciplinaire pour ce champ d'étude.

En ce qui concerne le principe de transversalité des connaissances, nos travaux sur les enjeux des niveaux mésoscopique et microscopique ont contribué à faciliter le rapprochement des expériences de plusieurs pays concernant, d'une part, les effets perturbateurs des PEP sur les systèmes de santé (Article 3) et, d'autre part, le recours aux soins de santé gratuits (Article 4) en Afrique subsaharienne. Dans le premier cas, ce sont les résultats d'études menées dans sept pays d'Afrique subsaharienne qui ont été rapportés. Dans le second cas, la revue réaliste a intégré les données d'études menées dans dix pays de la sous-région africaine. Certes, les aspects opérationnels des PEP (p. ex. mécanismes de financement, mesures d'accompagnement, dispositifs de suivi et d'évaluation) n'ont pas pu être investigués de manière exhaustive et approfondie. Les leçons tirées de nos recherches sur ces enjeux ne sont donc pas tant à chercher dans des recommandations opérationnelles pour le renforcement des systèmes de santé. Les enseignements qui émergent de nos travaux se situent davantage dans une perspective holistique, et non programmatique. Si cela limite leur portée pratique dans une visée d'utilisation instrumentale de la recherche, elles contribuent, selon nous, au processus d'« *enlightenment* », tel que l'explique Weiss (1998) :

« Generalizations from evaluation can percolate into the stock of knowledge that participants draw on. Empirical research has confirmed this [...] Decision makers indicate a strong belief that they are influenced by the ideas and arguments that have their origins in research and evaluation. [...] The phenomenon has come to be known as ‘enlightenment’ [...] » (Weiss, 1998, p. 25)

Nous n’y voyons aucune contradiction avec l’intérêt grandissant pour les revues systématiques, particulièrement dans la RPSS. *A contrario*, les nouvelles formes de recensions des écrits, notamment la revue réaliste, nous semblent particulièrement propices aux développements théoriques et conceptuels, ainsi qu’aux réflexions holistiques et systémiques. Dans cette perspective, si l’on reprend le cadre d’analyse de l’influence de la recherche sur les politiques et systèmes de santé proposé par Hanney, Gonzalez-Block, Buxton, et Kogan (2003), l’influence de nos travaux se mesurerait davantage, d’une part, à l’aune de la mise à l’agenda politique, et d’autre part, à celui de la formulation des politiques. En effet, Hanney et al. (2003) estiment que ces étapes du processus d’élaboration des politiques sont l’aboutissement d’un processus d’« *enlightenment* » qui se produit par la modification des perceptions des décideurs suite à des avancées théoriques ou conceptuelles, ou par « la sédimentation graduelle des idées, des théories, des concepts et des perspectives » (Hanney et al., 2003, p. 8).

Par ailleurs, au cours de notre recherche doctorale, nous avons pris conscience qu’un défi de taille se posait à la communauté scientifique de la RPSS et pouvait limiter la transversalité des connaissances : l’inclusion des travaux des chercheurs non anglophones dans les réflexions du champ et pour l’avancée des connaissances. Alors que nombre de pays d’Afrique subsaharienne sont francophones, la RPSS est dominée par la langue anglaise (Robert, Sieleunou, Kadio, & Samb, 2015). Cette barrière linguistique se manifeste par exemple dans les revues de littérature qui incluent souvent uniquement les études publiées en anglais, comme c’est le cas des cinq recensions parues dans le numéro spécial de *Health Policy and Planning* sur la recherche qualitative dans la RPSS (Gilson, 2014). En outre, le *International Scientific Indexing* présente un biais en faveur du milieu anglophone et des pays développés (Mouton, 2010), ce qui limite l’identification d’études publiées en français.

L'expression « deux solitudes » qui marque le fossé linguistique et culturel entre Canadiens français et Canadiens anglais s'avère également appropriée pour qualifier la situation dans la RPSS.

Les conséquences de ce fossé sont scientifiques d'une part : le dialogue entre chercheurs étant restreint, les possibilités pour les équipes de recherche d'approfondir leurs réflexions en s'appuyant sur les travaux préexistants dans d'autres langues sont limitées, ralentissant l'avancement des connaissances. Elles sont sociales d'autre part : le manque d'intégration des contributions scientifiques dans différentes langues limite les prises de décision éclairées, au détriment de la santé des populations. Les écrits en français et en anglais ont été intégrés dans les trois études qui composent cette thèse, grâce à notre bonne connaissance de ces deux langues. Cela a contribué à une meilleure triangulation des données et à une meilleure compréhension des enjeux étudiés, ce qui renforce à la fois la validité et la crédibilité des résultats de notre recherche doctorale. C'est pourquoi nous appelons à davantage de collaborations plurilingues, dans le but de contribuer à renforcer l'intégration des contributions scientifiques de différentes langues dans le domaine de la RPSS. Une telle approche devrait favoriser les prises de décision éclairées en matière de politiques et de systèmes de santé.

Enfin, notre volonté d'ancrage théorique et conceptuel s'est manifestée dans l'étude des trois enjeux, quoique nos tentatives n'aient pas toujours abouti. Concernant l'enjeu traité au niveau macroscopique de notre recherche (Article 2), l'objectif de l'étude ne requérait pas nécessairement d'ancrage théorique. Il s'agissait en effet de dresser un portrait du positionnement des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les PEP et d'explorer la teneur des arguments qui soutenaient leur position. Toutefois, comme nous l'avons explicité précédemment pour le principe d'interdisciplinarité, la discussion de l'article propose un ensemble de concepts issus de la science politique pour comprendre l'évolution des discours des acteurs de la santé mondiale dans le débat sur les paiements directs des soins dans les PFMR. En ce qui a trait à l'étude des effets perturbateurs des PEP sur les systèmes de santé des PFMR (Article 3), nous avons utilisé un cadre d'analyse explicite, quoique largement

descriptif, afin de catégoriser les effets potentiellement perturbateurs des PEP sur les systèmes de santé. Dans cette perspective, l'explicitation du cadre d'analyse est un pas nécessaire dans un champ de recherche où une telle démarche n'est pas systématique, bien qu'insuffisante pour parler d'ancrage conceptuel ou théorique.

Enfin, dans le cadre de l'étude du recours aux soins de santé gratuits (Article 4), nous avons mobilisé les concepts de l'approche réaliste (Pawson, 2002b) pour mener une recension des écrits, que nous avons combinés à l'approche des « capacités » (Frediani, 2010) et à des théories et concepts de l'accès aux soins, tels que la confiance (Thiede, 2005), la perception du risque (Brewer et al., 2007), et la vulnérabilité (Obrist et al., 2007). Ainsi, nous avons contribué au développement d'une théorie de moyenne portée (Merton, 1968) sur le recours aux soins de santé gratuits. Cette mobilisation, témoin de l'interdisciplinarité de notre démarche, comme nous l'avons démontré plus haut, a également permis d'assurer la validité externe de notre étude. En effet, comme nous l'expliquons dans notre protocole de recherche (Robert, Ridde, Marchal, & Fournier, 2012) :

« The theory-based approach would allow knowledge of the different contexts in which an intervention works to be broadened (Pawson, 2003; Pawson & Sridharan, 2010), and the accurate level of abstraction with which to generalise the results of research to be achieved (Chen, 1990). Thus, it would ensure the external validity of evaluation studies and make the results transferable to other contexts. » (Robert et al., 2012, p. 2)

« The external validity of the research stems from the principle of explanation discussed above, as well as the approach based on the C-M-O (*Context-Mechanism-Outcome*) configurations (Chen & Rossi, 1987). Taking the context into account in the production of outcomes increases the generalisation potential of the study. Indeed, developing middle range theories allows a better understanding of the elements involved in the production of outcomes. » (Robert et al., 2012, p. 6)

Le Tableau VIII ci-dessous résume les apports de notre thèse selon les principes fondateurs de la RPSS adoptés pour l'étude des politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique subsaharienne, d'une part, et le développement de la recherche sur les politiques et systèmes de santé d'autre part.



Tableau VIII – Apports des principes fondateurs de la RPSS mobilisés dans la thèse pour l'étude des PEP en Afrique subsaharienne et pour le développement de la RPSS

<b>Principes fondateurs</b>	<b>Pour l'étude des PEP en Afrique subsaharienne</b>	<b>Pour le développement de la RPSS</b>
<i>Complémentarité des angles d'analyse / pluridisciplinarité</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconnaître la pluralité des enjeux inhérents aux PEP, et ce à différents niveaux d'influence des systèmes de santé</li> <li>▪ Mener une réflexion transversale à ces enjeux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Démontrer la pertinence et la faisabilité d'une telle démarche scientifique</li> <li>▪ Faire des parallèles avec d'autres politiques de santé internationales (p. ex. couverture universelle, financement basé sur la performance)</li> </ul>
<i>Interdisciplinarité</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Émettre des propositions conceptuelles, et offrir des avenues de recherche inspirées de la science politique (Article 2)</li> <li>▪ Intégrer des données de nature diverse pour mieux comprendre les effets perturbateurs des PEP sur les systèmes de santé (Article 3), et le recours aux soins de santé gratuits (Article 4)</li> <li>▪ Développer une théorie de moyenne portée du recours aux soins de santé gratuits (Article 4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utiliser des approches non conventionnelles pour l'étude d'interventions complexes</li> <li>▪ Démontrer la pertinence du décloisonnement disciplinaire pour le champ</li> </ul>
<i>Transversalité des connaissances</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faciliter la comparaison d'expériences des effets perturbateurs des PEP sur les systèmes de santé (Article 3) et le recours aux soins de santé gratuits (Article 4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Démontrer la pertinence des revues de littérature pour l'étude des politiques de santé</li> <li>▪ Reconnaître la nécessité d'inclure les travaux de chercheurs non anglophones</li> </ul>
<i>Ancrage théorique et conceptuel</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la validité externe de la revue réaliste sur le recours aux soins de santé gratuits (Article 4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adopter une approche réflexive sur la démarche de revue réaliste</li> </ul>

L'approche réflexive que nous avons tâché d'adopter pour comprendre les atouts de la démarche scientifique de notre recherche doctorale a également teinté notre expérience de l'utilisation de la revue réaliste. Le sous-chapitre suivant présente donc les défis que nous avons rencontrés au cours de la revue réaliste, particulièrement en termes d'opérationnalisation des concepts, et la manière dont nous y avons répondu.

## **4.2. Les défis de l'opérationnalisation des concepts de l'approche réaliste (Article 1B)**

Au moment du dépôt de la thèse, ce sous-chapitre fait partie d'un article publié dans un numéro spécial de la revue *Mesure et évaluation en éducation*. La première partie de l'article est présentée dans le chapitre 3 *État des connaissances*.

Robert, E., & Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : De la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108. doi:0.7202/1025741ar

### **Auteurs :**

Émilie Robert et Valéry Ridde

### **Contributions des auteurs :**

Émilie Robert a rédigé l'ensemble de l'article. Valéry Ridde a apporté un regard critique et constructif aux différentes versions de l'article. Les auteurs ont lu et approuvé la version finale de l'article.

Une des principales difficultés dans l'utilisation de l'approche réaliste pour l'évaluation et la revue systématique concerne l'opérationnalisation des concepts. Marchal et al. (2012) montrent cette difficulté en mettant en évidence les points de divergences dans l'application des concepts de l'approche réaliste dans la recherche sur les systèmes de santé. Les défis méthodologiques de l'utilisation de l'approche réaliste dans le domaine de la santé publique ont également été recensés (Ridde, Robert, et al., 2011). Une démarche réflexive a été menée par certains auteurs (Byng, Norman, & Redfern, 2005; Davis, 2005; Mansoor, 2003; Perderson & Rieper, 2008); toutefois, elle reste marginale. Dans ces écrits, le concept de mécanisme, ainsi que la distinction entre mécanisme et contexte, comptent parmi les principaux défis.

Dans cette section, nous adoptons également une posture réflexive pour rendre compte, de manière concrète et à partir de notre expérience de revue réaliste sur les PEP, des difficultés à appréhender ces deux notions, et de la manière dont nous les avons surmontées. Sera abordé en dernier lieu un défi particulier de la revue réaliste, celui de délimiter la question de recherche.

### **4.2.1. Comprendre et opérationnaliser le concept de mécanisme**

Malgré notre immersion dans les écrits de Pawson (Pawson, 2006; Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2004; Pawson et al., 2005; Pawson & Tilley, 1997), notre première compréhension du concept de mécanisme était teintée par notre formation et notre expertise en évaluation et en santé publique. Si nous avons dès le départ admis que ce concept avait un lien avec les acteurs, nous pensions qu'il pouvait également prendre la forme d'activités ou de composantes de l'intervention. Par exemple, dans le cadre des PEP, nous avons considéré au début de notre travail que leur mode de financement, la disponibilité des médicaments et des ressources humaines, le système de coordination et de suivi/évaluation, etc. étaient des mécanismes. Parallèlement, la motivation et la satisfaction du personnel de santé et des usagers, leur confiance dans le système de santé ainsi que leurs relations nous semblaient également correspondre à des mécanismes. Nous sommes donc en partie tombés dans le piège d'assimiler le concept de mécanisme à une activité, piège mis en lumière par Astbury et Leeuw (2010).

Notre compréhension a évolué non seulement du fait de lectures répétées sur l'approche réaliste, mais également – et sans doute surtout – grâce aux discussions menées avec nos pairs et des spécialistes de l'approche réaliste. En effet, un réseau s'est créé autour des chercheurs qui tentent l'aventure de l'évaluation ou de la revue réalistes, notamment dans le secteur de la santé, et des rencontres ont eu lieu dans le cadre de formations, d'ateliers ou de conférences. Lors de ces rencontres, les principaux débats portaient précisément sur le concept de mécanisme et nous ont permis de mieux en saisir les contours. Les travaux menés actuellement par Breton et ses collègues (Lacouture, Breton, Ridde, & Guichard, 2012, novembre) sur le concept de mécanisme contribueront à alimenter ces réflexions.

Toutefois, comprendre ce qu'est le mécanisme selon l'approche réaliste n'est que la première difficulté. La seconde est de reconnaître le ou les mécanismes de l'intervention qui font l'objet de la revue réaliste. Dans la mesure où le mécanisme est généralement caché et non mentionné explicitement dans les écrits qui n'ont pas eu recours à l'évaluation réaliste,

cette étape peut prendre un certain temps. Dans notre exemple des PEP, nous avons passé en revue plusieurs écrits théoriques et conceptuels, parfois empiriques, portant sur le recours aux services de santé et les déterminants de l'utilisation des services de santé. La particularité de ces politiques est qu'elles ne visent pas directement à modifier un comportement; elles agissent au niveau de l'offre de service (Jacobs, Ir, Bigdeli, Annear, & Van Damme, 2012), en supprimant une partie de l'obstacle financier à l'accès aux soins. Elles incitent donc indirectement les usagers qui bénéficient de la suppression du paiement à recourir aux services de santé.

Ce constat étant fait, il n'a cependant pas été aisé de formuler le mécanisme que les PEP sont censés déclencher. Nous avons ainsi d'abord pensé que le mécanisme était le recours aux services de santé, ce qui s'est finalement avéré être l'effet attendu du mécanisme. Nous avons ensuite pensé à la propension des usagers à recourir aux services de santé comme mécanisme à l'œuvre. La propension est une intention qui conduit l'acteur à adopter un comportement plutôt qu'un autre (Smits, Champagne, & Blais, 2009). Il nous semble que toute intervention influence d'une manière ou d'une autre la propension d'un acteur, sans qu'il s'agisse pour autant d'un mécanisme à proprement parler.

Enfin, nous nous sommes intéressés au concept de pouvoir d'agir (Kabeer, 1999; Le Bossé, 2003). En effet, les usagers doivent être en mesure de pouvoir choisir d'avoir recours – ou non – aux services de santé gratuits (Currie & Wiesenberg, 2003). Un certain nombre de barrières, dont la barrière financière, limitent cette possibilité (Ensor & Cooper, 2004). Le fait d'éliminer une partie de la barrière financière à l'accès aux soins renforce donc le pouvoir des usagers d'agir en faveur d'un recours aux services de santé moderne. Il s'agit, selon nous, du mécanisme que devraient déclencher les PEP. Une fois ce mécanisme mis en lumière, notre théorie de moyenne portée initiale a été reformulée :

Exempter les usagers du prix des services de santé modernes contribue à favoriser le recours aux soins selon les besoins, en créant une opportunité. Cela contribue à renforcer le pouvoir d'agir des usagers qui sont moins contraints à s'endetter pour payer les soins, à arbitrer avec d'autres dépenses essentielles, ou à fréquenter d'autres prestataires de soins.<sup>3</sup>

Cette théorie de moyenne portée a part la suite été testée au regard des études menées sur les PEP, l'objectif étant de la préciser en mettant en évidence les contextes favorables ou non au déclenchement du mécanisme.

En résumé, les mécanismes déclenchés par les interventions à l'étude sont difficiles à repérer, du fait même de la difficulté à appréhender le concept de mécanisme. La réflexion autour de ces mécanismes évolue au cours de l'exercice d'évaluation ou de revue réalistes. Elle est le produit des discussions entre les parties prenantes de la recherche (chercheurs, experts de l'approche réaliste, experts de l'intervention à l'étude, etc.), des lectures théoriques, conceptuelles et empiriques (sur l'approche réaliste, sur le concept de mécanisme, sur l'intervention, etc.), et de la posture réflexive qui a été adoptée dès le début de notre recherche.

Une seconde difficulté est de s'extraire du ou des mécanismes déclenchés par l'intervention au palier des bénéficiaires pour comprendre qu'il existe d'autres mécanismes, à d'autres niveaux d'analyse, et qui peuvent concerner d'autres acteurs engagés dans l'intervention. Ce défi est abordé dans la section suivante.

---

<sup>3</sup> La théorie de moyenne portée initiale a été précisée depuis la publication de l'article. La version finale est disponible à la page 167 de la thèse.

#### 4.2.2. Distinguer les différents niveaux d'analyse

La difficulté de dissocier les éléments du contexte des mécanismes, voire des effets d'une intervention, pour la construction des configurations C-M-E a déjà été soulevée (Ridde, Robert, et al., 2011) :

« Il s'agit en effet d'identifier clairement le niveau d'analyse qui permettra d'observer les régularités des configurations C-M-E qui intéressent le chercheur, un exercice difficile lorsque l'on doit s'ajuster pour permettre, non seulement un niveau de détail pour appréhender l'intervention, mais également un niveau suffisant pour permettre de tester la théorie de moyenne portée. » (Ridde, Robert, et al., 2011, p. 52)

Marchal et al. (2012) le rappellent également : « Définir le 'contexte' et séparer le 'mécanisme' du 'contexte' reste une tâche difficile »\* (Marchal et al., 2012, p. 207). En effet, l'analyse ne se situe pas nécessairement uniquement au niveau de l'intervention, comme nous avons pu le voir au cours de notre revue réaliste.

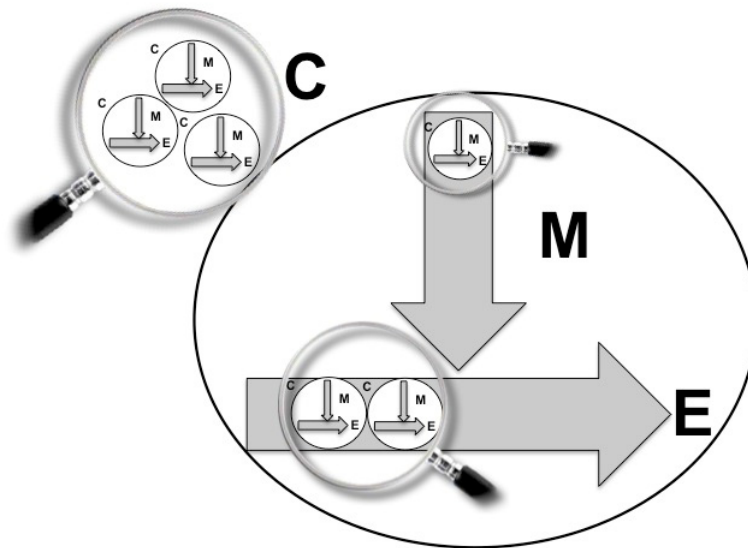
Au niveau de l'intervention, il est assez évident de considérer comme effets l'atteinte de ses objectifs, voire ses effets non attendus. Dans le cas des PEP, les objectifs sont l'augmentation de l'utilisation des services de santé et la baisse des dépenses de santé pour les usagers bénéficiaires de la gratuité des soins. Nous les avons donc considérés comme des effets. Le mécanisme, comme explicité ci-dessus, est le renforcement – chez les usagers – du pouvoir d'agir en faveur d'un recours aux services de santé. Quant au contexte, il est tout ce qui se situe à l'extérieur des effets et du mécanisme. Ainsi, les différentes composantes des PEP, telles que le mode de financement ou les mesures d'accompagnement, font partie du contexte, tout comme l'organisation du système de santé ou encore les caractéristiques socioéconomiques des foyers.

Toutefois, le chercheur peut ne pas s'arrêter à ce niveau d'analyse. En effet, l'objectif d'une revue ou d'une évaluation réalistes est de comprendre l'intervention : il est donc pertinent de creuser davantage ces différents éléments qui sont autant de boîtes noires. Ainsi,



nous comprenons que chaque contexte, chaque mécanisme et chaque effet est un ensemble de contexte-mécanisme-effet et peut être compris sous la forme d'une ou de plusieurs configurations C-M-E, à la manière des poupées gigognes (Figure 15). La question de recherche permet au chercheur de se concentrer sur le ou les niveaux d'analyse pertinents.

Figure 15 – L'aspect gigogne de la configuration C-M-E



Dans notre recherche, nous avons également examiné la mise en œuvre des PEP et le fonctionnement des systèmes de santé qui – au niveau de l'intervention – font partie du contexte.

Au niveau de la mise en œuvre de l'intervention, nous nous sommes interrogés sur les agents de santé – puisque ce sont eux qui dispensent les soins de santé gratuits – et le ou les mécanismes au centre de ces processus. Le mécanisme étudié à ce niveau est le « *coping* » des agents de santé, c'est-à-dire « les réponses, réactions que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer » une situation nouvelle ou un changement (Bruchon-Schweitzer, 2001), telles que les PEP. Un des effets observés était le respect ou non par les agents des principes de gratuité des soins et donc les écarts possibles dans la mise en œuvre

des PEP. Compte tenu de nos ressources humaines et financières limitées, nous n'avons toutefois pas pu analyser en profondeur cet aspect des PEP.

Au-delà de l'aspect gigogne de la configuration C-M-E, la valeur relative des concepts « contexte », « mécanisme » et « effet » est également à expliciter pour faciliter l'ajustement du niveau d'analyse. Chacun de ces concepts n'existe que lorsqu'il est mis en relation avec les autres. Ainsi, le mot « contexte » est défini comme un « ensemble de circonstances liées, [une] situation où un phénomène apparaît, un évènement se produit » (Analyse et traitement information de la langue française, n.d.). De même, un mécanisme est une « combinaison de pièces, d'organes agencés en vue d'un mouvement, d'un fonctionnement d'ensemble » (Analyse et traitement information de la langue française, n.d.). Un mécanisme n'existe donc que lorsqu'il est mis en perspective avec un contexte et un effet, sinon il n'est que l'attitude ou le comportement d'un acteur. Enfin, un effet est produit par quelque chose, il a un élément déclencheur. Il s'agit donc bien de concepts relatifs.

Dans cette perspective, un effet (E) est le résultat d'un mécanisme dans un certain contexte, mais peut être un contexte (C) par rapport à un autre effet ou un mécanisme (M). Par exemple, la prestation gratuite de soins pour les enfants de moins de cinq ans (C) contribue à renforcer le pouvoir d'agir des mères en faveur d'un recours aux services de santé pour leurs enfants (M). Dans certains contextes (C), cela conduit les mères à recourir effectivement aux services de santé (E), ce qui se traduit par l'augmentation de la fréquentation des services de santé pour les enfants de moins de cinq ans. L'augmentation de la fréquentation contribue à réduire les stocks de médicaments disponibles qui ne sont pas renouvelés régulièrement (C). Dans ce contexte, les agents de santé développent un mécanisme de « *coping* » (M) pour faire face à la situation, ce qui se traduit par un recours à leur propre jugement professionnel pour exempter des frais de médicaments uniquement les enfants de moins de cinq ans des familles les plus pauvres (E). Cette pratique constitue un contexte défavorable dans lequel les mères ne sont plus assurées de bénéficier de médicaments gratuits (E), limitant le mécanisme de renforcement du pouvoir d'agir des mères en faveur d'un recours aux services de santé pour leurs enfants. Cet exemple montre qu'un effet – l'augmentation de la fréquentation des

services de santé pour les enfants de moins de cinq ans – dans une certaine configuration C-M-E peut devenir un contexte dans une autre configuration C-M-E. L'exemple montre également qu'un mécanisme – le renforcement du pouvoir d'agir des mères en faveur d'un recours aux services de santé moderne pour leurs enfants de moins de cinq ans – dans une configuration peut devenir un effet dans une autre configuration. Cela illustre enfin les notions de temporalité et d'émergence caractéristiques de la complexité d'une intervention, mentionnées dans le Tableau I.

Ainsi, les concepts de « contexte », de « mécanisme » et d'« effet » de l'approche réaliste n'existent que lorsqu'ils sont mis en relation les uns avec les autres. Ils sont interchangeables selon l'angle de vue et le niveau d'analyse. La configuration C-M-E doit donc être comprise comme un outil d'analyse dynamique.

### **4.2.3. Délimiter la question de recherche pour la revue réaliste**

Comme mentionné plus haut, la question de recherche traditionnelle de l'évaluation et de la revue réalistes est : l'intervention fonctionne-t-elle, comment, pour qui et dans quelles circonstances ? Toutefois, cette question est très large et peut donner naissance à plusieurs recherches de type réaliste. C'est pourquoi le premier défi d'une revue réaliste est de bien circonscrire la question de recherche à laquelle on cherche à répondre, un processus « fastidieux » et « continu » (Pawson, 2006, p. 80) qui se produit communément dans les recherches qualitatives.

En effet, dans la recherche qualitative, la construction de l'objet de recherche se fait de manière progressive, au fur et à mesure des connaissances acquises par la recension des écrits, et par la collecte et l'analyse de données empiriques (Deslauriers & Kérisit, 1997). Elle est itérative. Si ce processus d'itération existe également pour la revue réaliste, il est limité à la littérature sur laquelle se base la revue. Ainsi, ce n'est pas tant la connaissance de l'objet qui alimente le processus de construction de la question de recherche que l'appropriation et la disponibilité de la littérature (documents, articles scientifiques, rapports de recherche, etc.) qui en délimite les contours.

Dans notre recherche, nous pensions pouvoir mettre en relation certaines modalités des PEP, comme certaines mesures d'accompagnement (p. ex., augmentation de salaire, formation, etc.) ou de financement (p. ex., remboursement sur factures), analysées comme contexte, avec des effets sur l'utilisation des services de santé. Toutefois, un obstacle majeur est rapidement apparu. En effet, les PEP sont mises en œuvre dans plus d'une quinzaine de pays africains, notamment en Afrique de l'Ouest (Robert & Samb, 2012), et comme toute intervention complexe, elles ont de multiples composantes qui évoluent constamment avec la pratique. Les modalités de chaque PEP dans chaque pays auraient pu faire l'objet d'une étude approfondie, ce qui aurait impliqué de retracer tout document expliquant la politique, le contexte et les effets, si tant est que de tels documents eussent existé. Or, entreprendre un tel chantier était impossible considérant les ressources à notre disposition.

Parallèlement à ce processus, nous avons poursuivi nos réflexions autour des mécanismes à l'œuvre dans le cadre des PEP, puis nous avons finalement décidé de nous concentrer sur le mécanisme de renforcement du pouvoir d'agir en faveur d'un recours aux services de santé chez les bénéficiaires des PEP. Cela a permis de préciser la question de recherche ainsi : Comment la suppression d'une partie de la barrière financière par les PEP influence-t-elle le recours aux services de santé modernes en Afrique subsaharienne ?

Au cours du processus d'exploration des études menées sur les PEP, nous avons constaté que les deux thèmes le plus souvent abordés étaient, d'une part, les effets des PEP, notamment en termes d'utilisation des services par les usagers, et d'autre part, la mise en œuvre des politiques (Ridde, Robert, & Meessen, 2012). Bien qu'abondante, cette littérature s'est révélée insuffisante pour répondre à notre nouvelle question de recherche centrée sur le recours aux services de santé. Il a donc fallu repenser les critères d'inclusion et d'exclusion des écrits dans la revue afin de pouvoir intégrer des études portant sur l'accès ou le recours aux services de santé dans un contexte de gratuité dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Toute évaluation est ancrée dans une tradition ontologique propre au chercheur qui la mène (Bégin, Joubert, & Turgeon, 1999; Scotland, 2012). De manière générale, cette tradition se devine plus qu'elle n'est affichée dans les écrits, par le devis utilisé ou la méthode choisie. L'évaluation et la revue réalistes sont, quant à elles, explicitement ancrées dans le réalisme critique, ce qui fait leur spécificité. Il est donc essentiel d'en maîtriser les fondements et les concepts, afin d'assurer la validité et la crédibilité de la recherche évaluative. L'approche réaliste nécessite un temps d'apprentissage qui peut être long, et qu'il ne faut pas négliger, au risque de vider les concepts de leur sens.

Pourtant, comprendre les concepts et savoir les opérationnaliser sont deux étapes distinctes. Alors que les écrits conceptuels et théoriques sur l'approche réaliste ne manquent pas, les témoignages de la pratique de l'évaluation et de la revue réalistes sont relativement rares. Le projet RAMESES – Realist and meta-narrative evidence synthesis: Evolving Standards (Greenhalgh, Wong, Westhorp, & Pawson, 2011) – est une initiative salubre pour

mutualiser les connaissances et expériences de la revue réaliste et améliorer les pratiques. Dans le cadre de ce projet, les lignes directrices pour présenter les revues réalistes (Wong, Greenhalgh, Westhorp, Buckingham, & Pawson, 2013), ainsi qu'un document pédagogique proposant un certain nombre de bonnes pratiques pour la revue réaliste (Wong, Westhorp, Pawson, & Greenhalgh, 2013) ont été récemment publiés. Le dialogue entre la théorie et la pratique doit se poursuivre, afin que l'évaluation et la revue réalistes se « démocratisent », y compris parmi les francophones.

Dans cette perspective, voici quelques questions pour alimenter les réflexions et orienter les discussions :

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les praticiens de l'évaluation et de la revue réalistes ? Comment les ont-ils surmontées ?
- Comment les mécanismes sont-ils formulés dans les évaluations et les revues réalistes ? Pourrait-on en dresser un portrait et les organiser selon une classification ?
- Comment les chercheurs ont-ils mené leurs analyses de données dans le cadre d'évaluations et de revues réalistes ? Quels sont les démarches, les méthodes d'analyse, et les instruments utilisés ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ?
- Comment l'évaluation et la revue réalistes sont-elles perçues par les commanditaires et décideurs ? Quelle utilité ont-elles à leurs yeux et pour leurs décisions ?

Nous espérons que ces questionnements permettront de faire avancer les connaissances sur l'approche réaliste en évaluation et de contribuer à combler le fossé entre la théorie et la pratique en évaluation (Chelimsky, 2013).

### **4.3. Limites de la recherche : le risque du chercheur dans sa « tour d'ivoire »**

Après avoir mis en évidence les enseignements tant empiriques que méthodologiques et théoriques de la thèse, il convient à présent d'en montrer les limites. Outre celles intrinsèques à chaque étude présentée dans le Chapitre 3, et qui ont été traitées dans leur discussion respective, nous rapportons dans ce sous-chapitre la manière dont nous avons tâché de contrecarrer le risque du chercheur dans sa « tour d'ivoire », risque inhérent aux méthodes que nous avons utilisées dans la thèse.

En 1943, Hermann Hesse narrait avec ironie le jeu solitaire des chercheurs dans leur tour d'ivoire à travers son roman *Le jeu des perles de verre* (Hesse, 1943). Aujourd'hui, de par le mouvement des décisions fondées sur les données probantes, les efforts pour produire des savoirs utiles et répondant aux besoins et attentes de la population sont réels. Dans cette perspective, nous avons parfois ressenti le risque de produire des savoirs détachés de ces besoins, du fait particulièrement du type de recherche que nous avons menée, fondée sur des analyses d'études empiriques et de documents.

Notre présence limitée sur le terrain et la faible implication des parties prenantes dans notre revue réaliste, alors qu'elle en est une composante essentielle (Pawson, 2006; Saul, Willis, Bitz, & Best, 2013), nous ont particulièrement fait craindre la posture du chercheur dans sa « tour d'ivoire ». Nous examinons dans cette section en quoi ces faiblesses ont non seulement influencé l'utilité de nos travaux, mais également la qualité des connaissances produites. Nous montrons comment nous avons limité leur impact potentiellement négatif.

### **4.3.1. Une présence limitée sur le terrain**

Pour le chercheur, qu'il ait une posture constructiviste ou réaliste, être présent sur son terrain est un gage de qualité de sa recherche. Comme le rappelle Tracy (2010), cette immersion permet de saisir les connaissances tacites, c'est-à-dire ces silences, ces regards, ces échanges, ces mouvements, cette organisation qui ne se découvrent qu'au contact du terrain et qui constituent une matière essentielle de la recherche. En effet, elle constitue ce contexte duquel le matériel discursif ne peut être détaché, tant il en est dépendant (van Der Maren, 2006). Cet aspect de la recherche permet d'assurer la crédibilité des interprétations du chercheur (Tracy, 2010).

En outre, dans la recherche en santé mondiale, la présence du chercheur sur le terrain répond à un critère éthique. Ainsi, dans le cadre de partenariats de recherche Nord / Sud dont les inégalités sont largement décriées (Godard, Hunt, & Moube, 2014; Ridde & Capelle, 2011), la familiarité des chercheurs des pays développés avec le contexte de leur recherche dans les PFMR est une nécessité. Une des solutions proposées pour limiter cette asymétrie dans ces partenariats est d'ailleurs de « permettre aux jeunes chercheurs d'acquérir le plus tôt possible une expérience de terrain, en les intégrant à des projets de recherche existants » (Ridde & Capelle, 2011), et ce afin qu'ils aient conscience des multiples enjeux éthiques de la recherche en santé mondiale. De surcroît, ces expériences de terrain limitent le phénomène de transfert des intérêts de recherche des pays développés au PFMR, en permettant un plus grand alignement des priorités avec les besoins des PFMR (Godard et al., 2014; Ijsselmuiden, Kass, Sewankambo, & Lavery, 2010) .

L'analyse documentaire, la synthèse exploratoire et la revue réaliste n'impliquent pas de collectes de données empiriques, et ne requièrent donc pas nécessairement la présence ou l'immersion du chercheur sur le terrain. Cette déconnexion du terrain peut poser problème. D'une part, elle rend difficile l'appréciation de la pertinence de la recherche entreprise, dans une perspective d'éthique de la recherche en santé mondiale. D'autre part, elle limite la compréhension du contexte par le chercheur et introduit un biais potentiel dans la crédibilité et



la plausibilité des résultats (Irwin, 2013). Nous avons fait face à ces limites dans le cadre de notre recherche doctorale.

Afin de limiter ces biais, nous avons donc exploité toute opportunité de nous rendre en Afrique subsaharienne, ainsi que de participer aux événements en lien avec notre objet de recherche. Ainsi, nous avons mené deux évaluations de projets en lien avec les PEP en Afrique de l'Ouest qui nous ont conduits à plusieurs reprises au Burkina Faso et au Mali. Le premier projet était un processus de capitalisation des expériences de gratuité des soins dans la sous-région ouest-africaine (Ridde, Queuille, & Kafando, 2012; Ridde, Queuille, Kafando, et al., 2012). Le second visait la mise en place d'observatoires de la gratuité au Mali (Robert, Dembélé, Ridde, & Haddad, 2012, octobre). En participant à ces projets, nous avons pu rencontrer plusieurs des acteurs impliqués non seulement dans la mise en œuvre des PEP, mais également dans la formulation de ces politiques. Ces échanges, quoique généralement informels, et les rencontres successives au cours desquelles étaient abordés les défis des PEP ont grandement contribué à mesurer la pertinence de nos recherches, à approfondir notre compréhension des enjeux de mise en œuvre, à partager nos analyses avec des experts du sujet, et à saisir les enjeux politiques au niveau international.

De surcroît, deux conférences ont été organisées, dont le ou les thèmes s'approchaient de notre problématique. Nous y avons présenté nos résultats préliminaires, sous différentes perspectives (Robert & Ridde, 2013, novembre; Robert, Ridde, & Fournier, 2011, mai), à un auditoire composé tant de chercheurs, que de décideurs nationaux et bailleurs internationaux. D'abord le troisième *Colloque international sur le financement de la santé dans les pays en développement et émergents*, organisé en 2011 par le Centre d'études et de recherches sur le développement international, à Clermont-Ferrand (France), a essentiellement regroupé des chercheurs des pays développés et des PFMR, ainsi que des représentants d'organisations non gouvernementales et internationales. Le partage de leurs propres analyses, les discussions d'experts et les réflexions suscitées par nos résultats préliminaires ont été particulièrement instructifs. Ensuite, la conférence *Politiques d'exemption pour les services de santé maternelle en Afrique : évaluation, expériences et partage des connaissances*, organisée en 2013, par

l'Université de Montréal et l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (Belgique), à Ouagadougou (Burkina Faso) a rassemblé davantage les décideurs et cadres de santé impliqués dans les PEP ou d'autres interventions de gratuité des soins à travers l'Afrique de l'Ouest. Cet événement a permis de confronter nos résultats préliminaires aux expériences vécues par les acteurs, au cours des périodes de discussion, ainsi que lors d'échanges informels.

Enfin, nous avons initié la création d'un groupe de travail, le *Groupe étudiant de réflexions sur les politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest*, réunissant les étudiants du directeur de cette thèse dont les intérêts de recherche portaient sur les PEP. Un des objectifs de ce groupe était de partager nos expériences, notre compréhension des enjeux et problématiques de la gratuité des soins en Afrique de l'Ouest, et nos analyses et résultats préliminaires, afin de développer une compréhension commune. Dans le cadre de notre recherche, plusieurs de ces rencontres se sont apparentées à deux techniques de contrôle de la qualité des recherches qualitatives, la révision par les pairs et l'audit (Cohen & Crabtree, 2008), quoique de manière non systématique. Les définitions de ces techniques sont les suivantes :

« Peer review / debriefing: the “process of exposing oneself to a disinterested peer in a manner paralleling an analytical session and for the purpose of exploring aspects of the inquiry that might otherwise remain only implicit within the inquirer’s mind” » (Cohen & Crabtree, 2008, p. 334)

« Auditing involves having a researcher not involved in the research process examine both the process and product of the research study. The purpose is to evaluate the accuracy and evaluate whether the findings, interpretations, and conclusions are supported by the data. » (Cohen & Crabtree, 2008, p. 334)

Ainsi, malgré notre présence limitée sur le terrain, l'ensemble des occasions mentionnées ci-dessus nous ont permis non seulement de nous assurer de la plausibilité et de la justesse de nos interprétations, critère de qualité essentiel du type de recherche que nous avons menée (Cohen & Crabtree, 2008), mais également de les trianguler (Tracy, 2010).

### 4.3.2. La faible implication des parties prenantes dans la revue réaliste

Le mouvement de prise de décision fondée sur les données probantes est désormais enclenché. La mobilisation des connaissances, ou « K\* » (Shaxson et al., 2012), commence à être valorisée dans le milieu de la recherche, comme le démontre la politique d'application des connaissances des Instituts de recherche en santé du Canada. Selon les IRSC :

« [...] l'application des connaissances (AC) est définie comme un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé. » (Instituts de recherche en santé du Canada, 2014)

Dans le cadre de cette thèse, la conduite d'une revue réaliste était un parti pris dans ce sens. En effet, la revue réaliste se veut ancrée dans le mouvement des politiques fondées sur les données probantes, comme l'illustre le titre de l'ouvrage fondateur de R. Pawson, *Evidence-based policy: A realist perspective* (Pawson, 2006). Les PEP étaient alors au cœur de vifs débats, car frappées de problèmes de mise en œuvre dans nombre des pays qui les avaient promulguées (Meessen, Hercot, et al., 2011; Ridde & Morestin, 2011). Le besoin était réel de prendre en considération les leçons apprises sur le terrain pour améliorer ces interventions.

Comme nous l'avons écrit précédemment, produire des connaissances qui soient utiles à leurs destinataires et répondent à leurs préoccupations, notamment sous la forme de synthèses (Moat, Lavis, Wilson, Rottingen, & Barnighausen, 2013; Sheldon, 2005), est un facteur qui favorise l'utilisation des connaissances (Oliver, Innvar, Lorenc, Woodman, & Thomas, 2014). Les impliquer au cours du processus contribue d'autant plus à la production de connaissances utiles, et favorise leur utilisation (Denis & Lomas, 2003; Estabrooks, Floyd,

Scott-Findlay, O'Leary, & Gushta, 2003; Huberman, 1990). C'est pourquoi nous avons tenu une réflexion autour de ces enjeux dès l'élaboration de notre protocole de recherche.

Une activité de restitution des résultats ainsi que la rédaction d'une note de synthèse (*policy brief*) ont donc été prévues (Robert et al., 2012). Outre ces activités traditionnelles de dissémination, le RESAO, un réseau ouest-africain de chercheurs et de décideurs, était un partenaire clé de la recherche et devait être impliqué dans le processus (Robert et al., 2012). Or, l'organisme n'a pu être inclus de manière régulière et soutenue. Pour l'expliquer, nous abordons deux questions qui reflètent les défis auxquels nous avons été confrontés :

- Qui sont les destinataires des connaissances que nous produisons ?
- À quel(s) moment(s) du processus de recherche ces destinataires doivent-ils être impliqués ? Et comment ?

### **Qui sont les destinataires des connaissances que nous produisons ?**

Les synthèses et revues systématiques trouvent leur origine dans différentes sources. Certaines sont commanditées par des institutions pour leurs propres besoins, rendant l'identification des destinataires des résultats de la recherche aisée. Les autres naissent de la réflexion de partenaires de recherche, de la connaissance approfondie d'un domaine et de l'identification d'un manque de connaissances, et/ou de la proximité des chercheurs avec leur terrain. Dans ces cas, l'identification des destinataires peut être moins évidente.

Notre revue réaliste n'était commissionnée par aucun organisme. Le choix de mener cet exercice a fait suite à plusieurs constats réalisés par l'équipe de recherche au cours de la présence prolongée de certains de ses membres, notamment le chercheur principal et directeur de cette thèse, sur le terrain, et de discussions, tant au niveau local qu'international, sur le manque de données probantes concernant les politiques d'exemption au milieu des années 2000. Le besoin était explicite.

Toutefois, nous nous sommes heurtés à une première difficulté : cerner les utilisateurs de nos résultats. Dans les rares revues réalistes où la participation des utilisateurs est explicitement reconnue, ceux-ci sont extrêmement variés : selon l'objet de la recherche, il peut s'agir de membres d'un ministère (Best et al., 2012; Jagosh et al., 2011), d'organismes communautaires (O'Campo et al., 2009), de praticiens (McCormack et al., 2013), ainsi que d'usagers (Harris, Croot, Springett, & Thompson, 2014). Dans notre cas, les PEP ont été, de manière générale, décidées au niveau central, souvent unilatéralement par le chef de l'État (Meessen, Hercot, et al., 2011; Ridde & Morestin, 2011), puis planifiées au niveau ministériel, appliquées au niveau local, et parfois soutenues par des bailleurs internationaux. Les principaux intéressés par les potentiels résultats de nos recherches se situaient donc tout au long de ce processus.

Un second défi était de savoir ce qu'allait pouvoir produire notre revue réaliste. Pawson (2006) rappelle bien que l'implication des parties prenantes permet justement d'orienter la revue vers leurs préoccupations, signifiant que, selon les destinataires avec lesquels nous travaillerions, les résultats de la revue réaliste pourraient être différents. Dans leur revue réaliste, O'Campo et al. (2009) précisent le rôle majeur des utilisateurs pour délimiter le champ de leur recherche, face à l'étendue et à la diversité des écrits recensés. Quant à nous, entreprenant cet exercice pour la première fois, nous étions incertains de ce que nous pourrions en tirer.

Compte tenu de ces défis, le RESAO, un partenaire de longue date du directeur de cette thèse, semblait un collaborateur idéal, considérant ses ramifications en Afrique de l'Ouest où de nombreux pays ont mis en place des PEP (p. ex. Mali, Sénégal, Niger), et ses implications dans les projets de recherche sur des initiatives de gratuité des soins.

## **À quel(s) moment(s) du processus de recherche les destinataires des connaissances doivent-ils être impliqués ? Et comment ?**

Le second défi a donc été d'impliquer le RESAO dans le processus. Dans le cadre de la revue réaliste, Pawson (2006) recommande une implication itérative des parties prenantes, un va-et-vient entre la nécessaire spécification de la question de recherche et l'approfondissement de la compréhension des enjeux et de la complexité du sujet par les chercheurs. À ce sujet, les critères de qualité des revues réalistes développés dans le cadre du projet *RAMESES* (Wong, Westhorp, et al., 2013) sont explicites : une revue est de bonne qualité lorsque les commanditaires sont impliqués dans la spécification de la question de recherche. Elle est d'excellente qualité lorsque l'équipe de recherche utilise l'expertise de plusieurs parties prenantes pour spécifier la question de recherche afin que les résultats soient les plus pertinents possible pour les utilisateurs.

Malgré ces recommandations, les revues qui se réclament de l'approche réaliste selon (Pawson & Tilley, 1997) sont rares à impliquer les utilisateurs potentiels. Lorsque cela a été le cas, les parties prenantes ont été impliquées le plus souvent dans le processus de définition de la question de recherche et de l'étendue de la revue (Jagosh et al., 2011; McCormack et al., 2013; O'Campo et al., 2009). Certains ont également participé à l'élaboration de la théorie du programme (Burton et al., 2014, octobre; Harris et al., 2014; McCormack et al., 2013). Enfin, les chercheurs ont pu également compter sur leurs partenaires pour s'assurer que les résultats étaient compréhensibles (Best et al., 2012; Jagosh et al., 2011), pour les aider à faire émerger des recommandations (Best et al., 2012), et à disséminer les résultats (O'Campo et al., 2009).

Pourtant, parmi les chercheurs qui collaborent explicitement avec les parties prenantes, aucun n'analyse de manière réflexive les défis et les leçons apprises de ces collaborations. Seule une session de la première *International Conference on Realist Approaches to Evaluation and Synthesis* organisée par le *Centre for Advancement in Realist Evaluation and Synthesis* de l'Université de Liverpool (Royaume-Uni) a porté sur cet enjeu pourtant majeur (<http://programme.exordo.com/cares2014/>).

Quelques auteurs se sont posé ces questions dans le cadre de revues systématiques. Keown, van Eerd, et Irvin (2008) décrivent ainsi les différentes opportunités au cours desquelles les cadres et praticiens ayant un pouvoir de décision dans leurs organisations peuvent être impliqués. Ils précisent néanmoins que les choix de cette implication appartiennent aux chercheurs et doivent tenir compte du temps, de l'objet de recherche et des ressources disponibles (Keown et al., 2008). Les auteurs relèvent deux défis majeurs pour les chercheurs : assurer l'équilibre entre les demandes des parties prenantes et la rigueur scientifique de la démarche, et disposer du temps et des ressources nécessaires pour mener ce processus participatif. Boote, Baird, et Sutton (2011) identifient des étapes similaires pour l'implication du public ou des usagers des services qui font l'objet de la revue systématique, et pointent les mêmes contraintes de ressources et de temps. S'y ajoutent les défis de la continuité de la participation des usagers tout au long du processus, des relations de pouvoir entre chercheurs et utilisateurs, et de la sélection et de la représentativité des membres impliqués dans le processus (Boote et al., 2011).

Dans le cadre de notre expérience, nous avons organisé au cours de l'été 2010 un atelier avec les membres du RESAO basés au Burkina Faso pour réfléchir à la modélisation du problème et à la théorie de l'intervention des PEP. Les objectifs de cet atelier sont disponibles à l'Annexe 9. Ce processus s'est poursuivi dans le cadre de rencontres individuelles avec quinze décideurs du ministère de la Santé au Mali et au Burkina Faso, et membres de l'organisation non gouvernementale HELP au Niger. Cet exercice nous a permis de mieux cerner les enjeux de la gratuité des soins dans ces pays, tout en appréciant la difficulté de vulgariser les concepts de l'approche réaliste (Robert & Ridde, 2010, 2010, août).

Toutefois, nous n'avons pu reproduire cette expérience participative par la suite. Plusieurs raisons expliquent cette difficulté. D'abord, nous étions basés à Montréal, ce qui rendait difficile un contact régulier avec les membres du RESAO, que ce soit en personne ou virtuellement. En effet, l'implication virtuelle des parties prenantes en Afrique subsaharienne est souvent ardue du fait de moyens de communication limités (Ridde & Capelle, 2011). Ensuite, si l'organisme était bien connu de certains membres de l'équipe, nous n'avons pas



suffisamment pris le temps d'en comprendre les modes de fonctionnement, d'en rencontrer les décideurs et chercheurs, et de discuter des modalités de participation dans le cadre de la recherche. Enfin, la disparition du réseau, faute de leadership local, a fini d'enterrer notre collaboration.

De surcroît, nous faisons simultanément l'apprentissage de la revue réaliste. Ce temps d'apprentissage a été particulièrement long, étant donné l'innovation méthodologique que constituait l'approche réaliste au moment où nous avons entrepris cet exercice. En effet, il existait à l'époque plusieurs écrits théoriques, mais peu d'écrits rapportant des expériences empiriques, et encore moins d'écrits méthodologiques ou réflexifs sur l'utilisation de l'approche. En outre, à notre connaissance, aucun chercheur de l'Université de Montréal n'avait fait l'expérience de la revue réaliste, et seule une session était consacrée à l'enseignement de l'évaluation réaliste dans un cours avancé en évaluation des interventions de santé. Dans ce contexte, nous n'avons pas réussi à reconnaître les étapes clés où nous aurions pu solliciter l'expertise des membres du RESAO.

Enfin, comme le rappelle Pawson (2006) :

« [...] at several intermediate points there are long periods when reviewers should be left to their own devices » (Pawson, 2006, p. 101)

Ces moments longs ne facilitent ni la réciprocité entre les chercheurs et les parties prenantes, ni la régularité des contacts, pourtant essentiels au développement de la confiance partenariale (Oliver et al., 2014). Nous avons donc régulièrement pris nous-mêmes les décisions sur la spécification de la question de recherche, et ce au détriment de la pertinence de la question et des potentiels résultats pour les membres du RESAO.

Malgré ces écueils, la recherche que nous avons menée a permis de produire des résultats utiles, dont la pertinence a été démontrée plus haut. Nous croyons en outre qu'une plus grande implication des parties prenantes dans la revue réaliste aurait orienté la question vers les problématiques de mise en œuvre des PEP. En effet, ces enjeux étaient parmi les plus

discutés, et les plus investigués par les chercheurs. Cette orientation, plus techniciste, aurait pu se produire au détriment des enjeux d'accès aux soins qui sont pourtant au cœur de la justification des PEP, et de l'expérience de l'utilisateur. Idéalement, nous aurions exploré ces deux thèmes concomitamment, considérant les liens étroits qui les unissent.

Une posture réflexive, tel que nous avons tenté de l'adopter tout au long de notre recherche doctorale, est à la fois un critère de qualité de la recherche (Tracy, 2010), et un critère éthique de la recherche en santé mondiale (Ridde & Capelle, 2011). Si elle permet aujourd'hui, nous l'espérons, de convaincre du bien-fondé et de la bienveillance de notre démarche, elle nous permet surtout de mieux saisir la complexité de l'implication des parties prenantes dans la recherche, des enjeux éthiques des partenariats Nord / Sud et de leur influence sur la qualité du processus de recherche. C'est pourquoi nous appelons à la mise en œuvre des propositions de Ridde et Capelle (2011), afin que les jeunes chercheurs qui souhaitent poursuivre leur carrière en santé mondiale soient mieux outillés et davantage conscients de ces enjeux. Au Québec, des initiatives ont été lancées en ce sens, telles que la tenue en 2010 du *Colloque sur les bonnes pratiques de recherche en santé mondiale* (Langlois, 2010), et l'organisation en parallèle d'une école d'été abordant les thèmes de l'éthique et des bonnes pratiques en recherche en santé mondiale (Réseau de recherche en santé des populations du Québec, 2010). Nous espérons que ces initiatives seront institutionnalisées, de sorte que chaque cohorte de nouveaux étudiants bénéficie de ces espaces de réflexion et de partage, et contribue à une plus grande éthique de la recherche.

## **Conclusion**

Explorer une politique publique sous différents angles est rare. Or, les politiques d'exemption des paiements directs des soins offrent un terrain de recherche propice à l'exploration d'enjeux importants à l'échelle internationale et à l'échelle locale. En effet, elles constituent à la fois un exemple des mouvements de réformes mondialisés, une transformation importante des systèmes de santé, et une réponse à un problème fondamental de santé publique.

Cette thèse visait à explorer trois enjeux majeurs soulevés par les PEP en Afrique subsaharienne. Ont ainsi été abordés d'abord le débat international sur les paiements directs, puis les défis de la mise en œuvre de ces politiques à travers l'identification de leurs effets perturbateurs sur les systèmes de santé, et enfin le recours aux soins de santé gratuits des usagers. Tout en comblant les lacunes des connaissances sur ces trois enjeux, notre recherche doctorale a également contribué, à sa mesure, à l'avancement de la recherche sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenu.

La suppression des paiements directs des soins au point de service est une solution disponible aux mains des décideurs d'Afrique subsaharienne. En tenant compte des défis de mise en œuvre et des difficultés réelles de financement des systèmes de santé dans ces pays, elles peuvent améliorer l'équité d'accès aux soins de santé. Elles doivent pour cela être coordonnées avec les différentes réformes des systèmes de santé, et s'inscrire dans une réflexion plus large sur les problématiques de l'accès aux soins et du fonctionnement des systèmes de santé.

## Bibliographie de l'introduction et des Chapitres 1, 2, 3 et 5<sup>4</sup>

- Adam, T., & de Savigny, D. (2012). Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: Need for a paradigm shift. *Health Policy and Planning*, 27(Suppl 4), iv1-3. doi: 10.1093/heapol/czs084
- Agyepong, I. A., & Nagai, R. A. (2010). "We charge them; otherwise we cannot run the hospital": Front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health policy*, 99(3), 226-233. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.018
- Agyepong, I. A., Orem, J. N., & Hercot, D. (2011). Viewpoint: When the 'non-workable ideological best' becomes the enemy of the 'imperfect but workable good'. *Tropical Medicine and International Health*, 16(1), 105-109. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02639.x
- Alkin, M. C., & Christie, C. A. (2004). An evaluation theory tree. Dans M. C. Alkin (dir.), *Evaluation roots* (p. 13-66). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Alliance for Health Policy and Systems Research. (n.d.). What is HPSR? Repéré à <http://www.who.int/alliance-hpsr/about/hpsr/en/>
- Analyse et traitement information de la langue française. (n.d.) Le trésor de la langue française informatisé. Paris, France: CNRS. Repéré à <http://www.atilf.fr/>
- Anderson, J. E. (1984). *Public policy-making: An introduction*. Boston, MA: Holt, Rinehart and Winston.
- Arai, L., Britten, N., Popay, J., Roberts, H., Petticrew, M., Rodgers, M., & Sowden, A. (2007). Testing methodological developments in the conduct of narrative synthesis: a demonstration review of research on the implementation of smoke alarm interventions. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 3(3), 361-383.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616

---

<sup>4</sup> Les références bibliographiques du Chapitre 3 sont disponibles à la fin de chacun des articles présentés dans le chapitre.

- Asante, F. A., Chikwama, C., Daniels, A., & Armar-Klemesu, M. (2007). Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana Medical Journal*, *41*(3), 110-117. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v41i3.55277>
- Astbury, B., & Leeuw, F. L. (2010). Unpacking black boxes: Mechanisms and theory building in evaluation. *American Journal of Evaluation*, *31*(3), 363-381. doi: 10.1177/1098214010371972
- Audibert, M., Mathonnat, J., & de Roodenbeke, E. (2004). Financement de la santé dans les pays à faible revenu: Questions récurrentes, nouveaux défis. *Médecine Tropicale*, *64*(6), 552-560.
- Barnes, A., Brown, G. W., Harman, S., & Papamichail, A. (2014). *African participation and partnership in performance-based financing: A case study in global health policy*. Harare, Zimbabwe: Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa. Repéré à <http://equinetafrica.org/bibl/docs/GHD%20Gov%20Diss%20Paper%20102.pdf>
- Barnett-Page, E., & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Medical Research Methodology*, *9*, 59.
- Bégin, C., Joubert, P., & Turgeon, J. (1999). L'évaluation dans le domaine de la santé: Conceptions, courants de pensée et mise en œuvre. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest & V. Lemieux (dir.), *Le système de santé québécois: Un modèle en transformation* (p. 265-281). Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Belaid, L., & Ridde, V. (2012). An implementation evaluation of a policy aiming to improve financial access to maternal health care in Djibo district, Burkina Faso. *BMC Pregnancy Childbirth*, *12*, 143. doi: 10.1186/1471-2393-12-143
- Belaid, L., & Ridde, V. (2014). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy and Planning*. doi: 10.1093/heapol/czu012
- Béland, D., & Ridde, V. (2014). *Ideas and policy implementation: Understanding the resistance against free health care in Africa*. Montréal, QC: Les Cahiers du CIRDIS. Repéré à [http://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/cahier\\_cirdis\\_-\\_no\\_2014\\_-\\_01.pdf](http://www.ieim.uqam.ca/IMG/pdf/cahier_cirdis_-_no_2014_-_01.pdf)
- Ben Ameer, A., Ridde, V., Bado, A. R., Ingabire, M. G., & Queuille, L. (2012). User fee exemptions and excessive household spending for normal delivery in Burkina Faso: The need for careful implementation. *BMC Health Services Research*, *12*, 412. doi: 10.1186/1472-6963-12-412

- Berlan, D., Buse, K., Shiffman, J., & Tanaka, S. (2014). The bit in the middle: A synthesis of global health literature on policy formulation and adoption. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 3), iii23-iii34. doi: 10.1093/heapol/czu060
- Bernier, N. F., & Clavier, C. (2011). Public health policy research: Making the case for a political science approach. *Health Promotion International*, 26(1), 109-116. doi: 10.1093/heapro/daq079
- Best, A., Greenhalgh, T., Lewis, S., Saul, J. E., Carroll, S., & Bitz, J. (2012). Large-system transformation in health care: A realist review. *Milbank Quarterly*, 90(3), 421-456. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00670.x
- Bhayat, A., & Cleaton-Jones, P. (2003). Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(2), 105-110. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.00006.x
- Blaise, P., Marchal, B., Lefèvre, P., & Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. Dans L. Potvin, M.-J. Moquet & C. M. Jones (dir.), *Guide d'aide à l'action : Inégalités sociales de santé* (p. 285-296). Saint-Denis, France: INPES.
- Bonfrer, I., van de Poel, E., Grimm, M., & Van Doorslaer, E. (2014). Does the distribution of healthcare utilization match needs in Africa? *Health Policy and Planning*, 29(7), 921-937. doi: 10.1093/heapol/czt074
- Boote, J., Baird, W., & Sutton, A. (2011). Public involvement in the systematic review process in health and social care: A narrative review of case examples. *Health Policy*, 102(2-3), 105-116. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.05.002
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145. doi: 10.1037/0278-6133.26.2.136
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, (67), 68-83.
- Burton, C., Rycroft-Malone, J., Hall, B., McCormack, B., Nutley, S., Seddon, D., & Williams, L. (2014, octobre). *From rhetoric to reality: Stakeholders' involvement in realist synthesis*. Communication présentée à 1st International Conference on Realist Approche to Evaluation and Synthesis: Successes, Challenges, Liverpool, England. Repéré à <http://programme.exordo.com/cares2014/delegates/presentation/14/>

- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2005). *Making health policy: Understanding public health*. Berkshire, England: Open University Press.
- Byng, R., Norman, I., & Redfern, S. (2005). Using realistic evaluation to evaluate a practice-level intervention to improve primary healthcare for patients with long-term mental illness. *Evaluation, 11*(1), 69-93. doi: 10.1177/1356389005053198
- Calnan, M., & Ferlie, E. (2003). Analysing process in healthcare: The methodological and theoretical challenges. *Policy and Politics, 31*(2), 185-193. doi: 10.1332/030557303765371672
- Carasso, B. (2010). Exploring the effects of user fee removal in Zambia: Summary of findings. Dans B. Carasso & M. Lagarde (dir.), *Process and impact evaluation of the removal of user fees in the health sector in Zambia 2008-2010*. Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Carasso, B., Lagarde, M., Cheelo, C., Chansa, C., & Palmer, N. (2012). Health worker perspectives on user fee removal in Zambia. *Human Resources for Health, 10*, 40. doi: 10.1186/1478-4491-10-40
- Carson, D. (2008). The abduction of Sherlock Holmes. *International Journal of Police Science and Management, 11*(2), 193-202. doi: 10.1350/ijps.2009.11.2.123
- Chelimsky, E. (2013). Balancing evaluation theory and practice in the real world. *American Journal of Evaluation, 34*(1), 91-98. doi: 10.1177/1098214012461559
- Chen, H.-T. (1990). Generalization evaluation. Dans H.-T. Chen (dir.), *Theory-driven Evaluation* (p. 219-254). Newbury Park, CA: SAGE.
- Chen, H.-T. (1994). Theory-driven evaluations: Needs, difficulties, and options. *Evaluation Practice, 15*(1), 79-92. doi: 10.1177/109821409401500109
- Chen, H.-T., & Rossi, P. H. (1980). The multi-goal, theory-driven approach to evaluation: A model linking basic and applied social science. *Social Forces, 59*(1), 106-122.
- Chen, H.-T., & Rossi, P. H. (1987). The theory-driven approach to validity. *Evaluation and Program Planning, 10*(1), 95-103. doi: 10.1016/0149-7189(87)90025-5
- Chuma, J., Musimbi, J., Okungu, V., Goodman, C., & Molyneux, C. (2009). Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *International Journal for Equity in Health, 8*, 15. doi: 10.1186/1475-9276-8-15

- Clark, J. (2014a). Medicalization of global health 1: Has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*, 7, 23998. doi: 10.3402/gha.v7.23998
- Clark, J. (2014b). Medicalization of global health 4: The universal health coverage campaign and the medicalization of global health. *Global Health Action*, 7, 24004. doi: 10.3402/gha.v7.24004
- Cohen, D. J., & Crabtree, B. F. (2008). Evaluative criteria for qualitative research in health care: Controversies and recommendations. *The Annals of Family Medicine*, 6(4), 331-339. doi: 10.1370/afm.818
- Cohen, R. L., Alfonso, Y., Adam, T., Kuruvilla, S., Schweitzer, J., & Bishai, D. (2014). Country progress towards the Millennium Development Goals: Adjusting for socioeconomic factors reveals greater progress and new challenges. *Globalization and Health*, 10, 67. doi: 10.1186/s12992-014-0067-7
- Contandriopoulos, A.-P., Rey, L., Brousselle, A., & Champagne, F. (2012). Évaluer une intervention complexe : Enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 1-16.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research (2nd edition)*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Currie, D., & Wiesenbergs, S. (2003). Promoting women's health-seeking behavior: Research and the empowerment of women. *Health Care for Women International*, 24(10), 880-899. doi: 10.1080/07399330390244257
- Davis, P. (2005). The limits of realist evaluation surfacing and exploring assumptions in assessing the best value performance regime. *Evaluation*, 11(3), 275-295. doi: 10.1177/1356389005058476
- de Ferranti, D. (1985a). Paying for health services in developing countries: A call for realism. *World Health Forum*, 6, 99-105.
- de Ferranti, D. (1985b). *Paying for health services in developing countries: An overview*. Washington, DC: World Bank. Repéré à <http://documents.worldbank.org/curated/en/1985/02/1554741/paying-health-services-developing-countries-overview>
- de Leeuw, E., Clavier, C., & Breton, E. (2014). Health policy - Why research it and how: Health political science. *Health Research Policy and Systems*, 12, 55. doi: 10.1186/1478-4505-12-55



- de Savigny, D., & Adam, T. (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva, Switzerland: Alliance for health policy and systems research. Repéré à [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf)
- de Visscher, C., & Varone, F. (2004). La nouvelle gestion publique "en action". *Revue Internationale de Politique Comparée*, 2(11), 177-185. doi: 10.3917/ripc.112.0177
- Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. (1978). Repéré à [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- Deininger, K., & Mpuga, P. (2005). Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda. *Journal of African Economies*, 14(1), 55-91. doi: 10.1093/jae/ejh034
- Denis, J. L., & Lomas, J. (2003). Convergent evolution: The academic and policy roots of collaborative research. *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(Suppl 2), 1-6. doi: 10.1258/135581903322405108
- Deschamps, J. P. (2000). Les enjeux de santé publique dans les pays en développement. *Médecine/sciences 2000*, 16(11), 1211-1216.
- Deslauriers, J.-P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 85-111). Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.
- Diarra, A. (2012). Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger. *Afrique Contemporaine*, 3(243), 77-93. doi: 10.3917/afco.243.0077
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D., Young, B., & Sutton, A. (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(1), 45-53.
- Dixon-Woods, M., Bonas, S., Booth, A., Jones, D. R., Miller, T., Sutton, A. J., . . . Young, B. (2006). How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative Research*, 6(1), 27-44. doi: 10.1177/1468794106058867
- Dzakpasu, S., Powell-Jackson, T., & Campbell, O. M. (2014). Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 29(2), 137-150. doi: 10.1093/heapol/czs142

- El-Khoury, M., Hatt, L., & Gandaho, T. (2012). User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: an analysis of patient survey data in Mali. *International Journal for Equity in Health*, 11, 49. doi: 10.1186/1475-9276-11-49
- Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: Influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 19(2), 69-79. doi: 10.1093/heapol/czh009
- Erasmus, E. (2014). The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low- and middle-income countries: A meta-ethnographic synthesis. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 3), iii70-iii78. doi: 10.1093/heapol/czu112
- Erasmus, E., Orgill, M., Schneider, H., & Gilson, L. (2014). Mapping the existing body of health policy implementation research in lower income settings: What is covered and what are the gaps? *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 3), iii35-iii50. doi: 10.1093/heapol/czu063
- Essolbi, A. (2012, novembre). *Évaluation réaliste de l'adoption des politiques d'exemption pour les soins maternels: Études de cas du Bénin et du Maroc*. Communication présentée à la Conférence régionale "Politiques d'exemption pour les services de santé maternelle en Afrique: Évaluation, expériences et partage des connaissances", Ouagadougou, Burkina Faso.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02748.x
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Stoddart, G. L. (1993). *Charging Peter to pay Paul: Accounting for the financial effects of user charges*. Vancouver, BC: Centre for Health Services and Policy Research. Repéré à <https://circle.ubc.ca/handle/2429/50234>
- Florey, L. S., Galea, S., & Wilson, M. L. (2007). Macrosocial determinants of population health in the context of globalization. Dans S. Galea (dir.), *Macrosocial determinants of population health* (p. 15-51). New York, NY: Springer.
- Fournier, P., Haddad, S., & Mantoura, P. (2001). Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : L'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique. Dans Nouveaux Cahiers de l'IUED (dir.), *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXIème siècle*. (Vol. 11, p. 71-84). Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Frediani, A. A. (2010). Sen's capability approach as a framework to the practice of development. *Development in Practice*, 20(2), 173-197. doi: 10.1080/09614520903564181

- Frenk, J. (2014). Leading the way towards universal health coverage: A call to action. *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61467-7
- Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9, 34. doi: 10.1186/1471-2393-9-34
- Gay, B., & Weaver, S. (2011). Theory building and paradigms: A primer on the nuances of theory construction. *American International Journal of Contemporary Research*, 1(2), 24-32.
- Gilson, L. (1997). The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12(4), 273-285.
- Gilson, L. (2012). *Health policy and systems research: A methodology reader*. Geneva, Switzerland: Alliance for Health Policy and Systems Research / World Health Organization. Repéré à <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/reader/en/>
- Gilson, L. (2014). Qualitative research synthesis for health policy analysis: What does it entail and what does it offer? *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 3), iii1-iii5. doi: 10.1093/heapol/czu121
- Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I. A., Ssengooba, F., & Bennett, S. (2011). Building the Field of Health Policy and Systems Research: Social Science Matters. *PLoS Medicine*, 8(8), e1001079. doi: 10.1371/journal.pmed.1001079
- Gilson, L., & McIntyre, D. (2005). Removing user fees for primary care in Africa: The need for careful action. *British Medical Journal*, 331(7519), 762-765. doi: 10.1136/bmj.331.7519.762
- Gilson, L., & Mills, A. (1995). Health sector reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 32(1-3), 215-243. doi: 10.1016/0168-8510(95)00737-D
- Gilson, L., & Raphaely, N. (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: A review of published literature 1994-2007. *Health Policy and Planning*, 23(5), 294-307. doi: 10.1093/heapol/czn019
- Gilson, L., Schneider, H., & Orgill, M. (2014). Practice and power: A review and interpretive synthesis focused on the exercise of discretionary power in policy implementation by front-line providers and managers. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 3), iii51-69. doi: 10.1093/heapol/czu098

- Godard, B., Hunt, M., & Moube, Z. (2014). Éthique de la recherche en sante mondiale : La relation Nord-Sud, quel partenariat pour quelle justice sociale ? *Global Health Promotion, 21*(2), 80-87. doi: 10.1177/1757975913519143
- Goudge, J., Gilson, L., Russell, S., Gumede, T., & Mills, A. (2009). The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical Medicine and International Health, 14*(4), 458-467. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x
- Goudge, J., Russell, S., Gilson, L., Gumede, T., Tollman, S., & Mills, A. (2009). Illness-related impoverishment in rural South Africa: Why does social protection work for some households but not others? *Journal of International Development, 21*(2), 231-251. doi: 10.1002/jid.1550
- Greenhalgh, T., Toon, P., Russell, J., Wong, G., Plumb, L., & Macfarlane, F. (2003). Transferability of principles of evidence based medicine to improve educational quality: Systematic review and case study of an online course in primary health care. *British Medical Journal, 326*(7381), 142-145. doi: 10.1136/bmj.326.7381.142
- Greenhalgh, T., Wong, G., Westhorp, G., & Pawson, R. (2011). Protocol - realist and meta-narrative evidence synthesis: Evolving Standards (RAMESES). *BMC Medical Research Methodology, 11*, 115. doi: 10.1186/1471-2288-11-115
- Grittner, A. M. (2013). *Results-based financing: Evidence from performance-based financing in the health sector*. Bonn, Germany: Deutsches Institut für Entwicklungspolitik. Repéré à <http://www.oecd.org/dac/peer-reviews/Results-based-financing.pdf>
- Groupe de personnalités de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015 (2014). *Pour un nouveau partenariat mondial: Vers l'éradication de la pauvreté et la transformation des économies par le biais du développement durable*. New York, NY: United Nations Publications. Repéré à <http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/07/post-2015-HLP-report-French.pdf>
- Grundy, J., Annear, P., Ahmed, S., & Biggs, B. A. (2014). Adapting to social and political transitions - The influence of history on health policy formation in the Republic of the Union of Myanmar (Burma). *Social Science and Medicine, 107*, 179-188. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.015
- Grundy, J., Hoban, E., Allender, S., & Annear, P. (2014). The inter-section of political history and health policy in Asia - The historical foundations for health policy analysis. *Social Science and Medicine, 117*, 150-159. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.07.047

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). London, England: SAGE.
- Haddad, S., & Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries: A longitudinal study in Zaire. *Social Science and Medicine*, 40(6), 743-753. doi: 10.1016/0277-9536(94)00134-F
- Hamel, J. (1995). L'interdisciplinarité : Fiction de la recherche scientifique et réalité de sa gestion contemporaine. *L'Homme et la Société*, 116(116), 59-71. doi: 10.3406/homso.1995.3433
- Hanney, S. R., Gonzalez-Block, M. A., Buxton, M. J., & Kogan, M. (2003). The utilisation of health research in policy-making: Concepts, examples and methods of assessment. *BMC Health Research Policy and Systems*, 1, 2. doi: 10.1186/1478-4505-1-2
- Harris, J., Croot, L., Springett, J., & Thompson, J. (2014, novembre). *Stakeholder theory: Does who is involved, and how they are involved, influence the account of what works?* Communication présentée à 1st International Conference on Realist Approache to Evaluation and Synthesis: Successes, challenges, Liverpool, England. Repéré à <http://programme.exordo.com/cares2014/delegates/presentation/64/>
- Henry, G. T., Julnes, G., & Mark, M. M. (1998). *Realist evaluation: An emerging theory in support of practice*. San Francisco, CA: New Directions for Evaluation (n°78).
- Hercot, D., Meessen, B., Ridde, V., & Gilson, L. (2011). Removing user fees for health services in low-income countries: A multi-country review framework for assessing the process of policy change. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl 2), ii5-15. doi: 10.1093/heapol/czr063
- Hesse, H. (1943). *Le jeu des perles de verre*. Paris, France: Calmann-Levy.
- Hoffman, S. J., Rottingen, J.-A., Bennett, S., Lavis, J. N., Edge, J. S., & Frenk, J. (2012). *Background paper on conceptual issues related to health systems research to inform a WHO global strategy on health systems research*. Document inédit.
- Horton, R., & Das, P. (2014). Universal health coverage: Not why, what, or when-but how? *The Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61742-6
- Huberman, M. (1990). Linkage between researchers and practitioners: A qualitative study. *American Education Research Journal*, 27(2), 363-391.

- Hussein, A. K., & Mujinja, P. G. (1997). Impact of user charges on government health facilities in Tanzania. *East African Medical Journal*, 74(12), 751-757.
- Huynen, M. M., Martens, P., & Hilderink, H. B. (2005). The health impacts of globalization: A conceptual framework. *Global Health*, 1, 14. doi: 10.1186/1744-8603-1-14
- Ijsselmuiden, C. B., Kass, N. E., Sewankambo, K. N., & Lavery, J. V. (2010). Evolving values in ethics and global health research. *Global Public Health*, 5(2), 154-163. doi: 10.1080/17441690903436599
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2014). À propos de l'application des connaissances aux IRSC. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39033.html>
- Irwin, S. (2013). Qualitative secondary data analysis: Ethics, epistemology and context. *Progress in Development*, 13(4), 295-306. doi: 10.1177/1464993413490479
- Jackson, N., Waters, E., & Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions Taskforce. (2004). The challenges of systematically reviewing public health interventions. *Journal of Public Health*, 26(3), 303-307. doi: 10.1093/pubmed/fdh164
- Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P. L., & Van Damme, W. (2012). Addressing access barriers to health services: An analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*, 27(4), 288-300. doi: 10.1093/heapol/czr038
- Jagosh, J., Macaulay, A. C., Pluye, P., Salsberg, J., Bush, P. L., Henderson, J., . . . Greenhalgh, T. (2012). Uncovering the benefits of participatory research: Implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Quarterly*, 90(2), 311-346. doi: 10.1111/j.1468-0009.2012.00665.x
- Jagosh, J., Pluye, P., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Henderson, J., Sirett, E., . . . Green, L. W. (2011). Assessing the outcomes of participatory research: Protocol for identifying, selecting, appraising and synthesizing the literature for realist review. *Implementation Science*, 6(1), 24. doi: 10.1186/1748-5908-6-24
- James, C., Morris, S. S., Keith, R., & Taylor, A. (2005). Impact on child mortality of removing user fees: Simulation model. *British Medical Journal*, 331(7519), 747-749. doi: 10.1136/bmj.331.7519.747
- James, C. D., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., . . . Xu, K. (2006). To retain or remove user fees?: Reflections on the current debate in low- and

middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(3), 137-153. doi: 10.2165/00148365-200605030-00001

Journal of Mixed Methods Research. (2000-2014). SAGE: Journal of Mixed Methods Research. Repéré à [http://www.uk.sagepub.com/journalsProdDesc.nav?prodId=Journal201775&ct\\_p=title&crossRegion=eur#tabview=title](http://www.uk.sagepub.com/journalsProdDesc.nav?prodId=Journal201775&ct_p=title&crossRegion=eur#tabview=title)

Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435-464. doi: 10.1111/1467-7660.00125

Kajula, P. W., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(Suppl 1), S133-153. doi: 10.1002/hpm.772

Kane, S., Gerretsen, B., Scherpbier, R., Dal Poz, M., & Dieleman, M. (2010). A realist synthesis of randomised control trials involving use of community health workers for delivering child health interventions in low and middle income countries. *BMC Health Services Research*, 10, 286. doi: 10.1186/1472-6963-10-286

Kapilashrami, A., & McPake, B. (2013). Transforming governance or reinforcing hierarchies and competition: Examining the public and hidden transcripts of the Global Fund and HIV in India. *Health Policy and Planning*, 28(6), 626-635. doi: 10.1093/heapol/czs102

Keown, K., van Eerd, D., & Irvin, E. (2008). Stakeholder engagement opportunities in systematic reviews: Knowledge transfer for policy and practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(2), 67-72. doi: 10.1002/chp.159

Kernick, D. (2006). Wanted--new methodologies for health service research. Is complexity theory the answer? *Family Practice*, 23(3), 385-390. doi: 10.1093/fampra/cml011

Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies*. New York, NY: Harper Collins College Publishers.

Klein, J. T. (2010). A taxonomy of interdisciplinarity Dans R. Frodeman, J. T. Klein & C. Mitcham (dir.), *Oxford Handbook of Interdisciplinarity* (p. 16-30). Oxford, England: Oxford University Press.

Kleinpeter, E. (2013). Taxinomie critique de l'interdisciplinarité. *Hermès, La Revue*, 3(67), 123-129.

- Koivusalo, M. (1999). Les organisations internationales et les politiques de santé. *Revue française des affaires sociales*, 53(3/4), 57-76.
- Labonte, R., & Schrecker, T. (2007). Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). *Globalization and Health*, 3, 5. doi: 10.1186/1744-8603-3-5
- Lacouture, A., Breton, E., Ridde, V., & Guichard, A. (2012, novembre). *Pulling apart the population health intervention black box: The concept of 'mechanism' from a realist evaluation perspective*. Communication présentée à 5th European Public Health Conference: All Inclusive Public Health, St Julian's, Malta. doi: 10.1093/eurpub/cks115
- Lagarde, M. (2010). Analysis of the impact of user fee removal on health seeking behaviours using a difference-in-differences approach. Dans B. Carasso & M. Lagarde (dir.), *Process and impact evaluation of the removal of user fees in the health sector in Zambia 2008-2010*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Lagarde, M., Barroy, H., & Palmer, N. (2012). Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *Journal of Health Services Research and Policy*, 17(1), 30-36. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010166
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2010). Removal of user fees in Zambia: Was the impact sustained over time? *Process and impact evaluation of the removal of user fees in the health sector in Zambia 2008-2010*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Systematic Review*(4). doi: 10.1002/14651858.CD009094
- Lambo, E., & Sambo, L. G. (2003). Health sector reform in sub-Saharan Africa: A synthesis of country experiences. *East African Medical Journal*, 80(6 Suppl), S1-20.
- Langlois, E. (2010). Colloque sur les bonnes pratiques de recherche en santé mondiale. *Nouvelles*. Repéré à <http://www.usi.umontreal.ca/nouvelles.asp?news=568>
- Le Bossé, Y. (2003). De l' "habilitation" au "pouvoir d'agir": Vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16(2), 30-51. doi: 10.7202/009841ar



- Lee, K., & Goodman, H. (2005). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980s. Dans J. Watson & P. Ovseiko (dir.), *Health care systems: Major themes in health and social welfare* (Vol. 2, p. 97-119). New York, NY.
- Lemoine, A., Robert, E., & Ridde, V. (2013). *Le discours des acteurs de la santé mondiale sur la gratuité des soins et la couverture universelle en santé : Droits humains ou besoins des populations ?* Document inédit.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas in the individual in public services*. New York, NY: Russel Sage Foundation.
- Macha, J., Harris, B., Garshong, B., Ataguba, J. E., Akazili, J., Kuwawenaruwa, A., & Borghi, J. (2012). Factors influencing the burden of health care financing and the distribution of health care benefits in Ghana, Tanzania and South Africa. *Health Policy and Planning*, 27(Suppl 1), i46-54. doi: 10.1093/heapol/czs024
- Magrath, P., & Nichter, M. (2012). Paying for performance and the social relations of health care provision: An anthropological perspective. *Social Science and Medicine*, 75(10), 1778-1785. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.025
- Maluka, S. O. (2013). Why are pro-poor exemption policies in Tanzania better implemented in some districts than in others? *International Journal for Equity in Health*, 12, 80. doi: 10.1186/1475-9276-12-80
- Mansoor, K. (2003). Realist evaluation for practice. *British Journal of Social Work*, 33(6), 803-818. doi: 10.1093/bjsw/33.6.803
- Manzi, F., Schellenberg, J. A., Adam, T., Mshinda, H., Victora, C. G., & Bryce, J. (2005). Out-of-pocket payments for under-five health care in rural southern Tanzania. *Health Policy and Planning*, 20(Suppl 1), i85-i93. doi: 10.1093/heapol/czi059
- Marchal, B. (2012, octobre). *Realist research methods: Underpinning principles*. Communication présentée au Second global symposium on health systems research: Inclusion and innovation towards universal health coverage, Beijing, China. Repéré à [http://healthsystemsresearch.org/hsr2012/images/stories/downloads/programme\\_fina\\_1025\\_web.pdf](http://healthsystemsresearch.org/hsr2012/images/stories/downloads/programme_fina_1025_web.pdf)
- Marchal, B. (2014, septembre). *Realist evaluation and other theory-driven inquiry approaches in health policy and systems research: A hands-on troubleshooting workshop*.

Communication présentée au Third global symposium on health systems research: Science and practice of people-centred health systems, Cape Town, South Africa. Repéré à <http://hsr2014.healthsystemsresearch.org/sites/default/files/ProgrammeFinal.pdf>

- Marchal, B., Dedzo, M., & Kegels, G. (2010). A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana. *BMC Health Services Research*, *10*, 24. doi: 10.1186/1472-6963-10-24
- Marchal, B., van Belle, S., De Brouwere, V., & Witter, S. (2013). Studying complex interventions: Reflections from the FEMHealth project on evaluating fee exemption policies in West Africa and Morocco. *BMC Health Services Research*, *13*, 469. doi: 10.1186/1472-6963-13-469
- Marchal, B., van Belle, S., van Olmen, J., Hoeree, T., & Kegels, G. (2012). Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. *Evaluation*, *18*(2), 192-212. doi: 10.1177/1356389012442444
- Marchal, B., van der Veker, K., Essolbi, A., Dossou, J.-P., Richard, F., & van Belle, S. (2013). *Methodological reflections on using realist evaluation in a study of fee exemption policies in West Africa and Morocco*. Aberdeen, England: FEMHealth. Repéré à [http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/FEMHealth\\_RE\\_metho\\_reflections\\_Final.pdf](http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/FEMHealth_RE_metho_reflections_Final.pdf)
- Marmor, T., Freeman, R., & Kieke, O. (2005). Comparative perspectives and policy learning in the world of health care. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and practice*, *7*(4), 331-348. doi: 10.1080/13876980500319253
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, *372*(9650), 1661-1669. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- McCormack, B., Rycroft-Malone, J., Decorby, K., Hutchinson, A. M., Bucknall, T., Kent, B., . . . Wilson, V. (2013). A realist review of interventions and strategies to promote evidence-informed healthcare: A focus on change agency. *Implementation Science*, *8*, 107. doi: 10.1186/1748-5908-8-107
- McEvoy, P., & Richard, D. (2006). A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. *Journal of Research in Nursing*, *11*(1), 66-78. doi: 10.1177/1744987106060192

- McIntyre, D. (2007). *Enseignements tirés de l'expérience: Le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus*. Genève, Suisse: Global Forum for Health Research.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine*, 62(4), 858-865. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.001
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education and Behavior*, 15(4), 351-377. doi: 10.1177/109019818801500401
- McPake, B. (2014, septembre). *Recognizing research paradigms, methods and impact for people-centred health systems*. Communication présentée au 3<sup>e</sup> global symposium on health systems research: Science and practice of people-centred health systems, Cape Town, South Africa. Repéré à <http://hsr2014.healthsystemsresearch.org/sites/default/files/ProgrammeFinal.pdf>
- Meessen, B. (2013a). Financement basé sur la performance : Structurons mieux le débat [Billet de blogue]. Repéré à <http://performancebasedfinancing.org/2013/06/09/financement-base-sur-la-performance-structurons-mieux-le-debat/>
- Meessen, B. (2013b). La gratuité des soins, une étape vers la couverture universelle en Afrique? Peut-être, si on tire les leçons du passé récent! [Billet de blogue]. Repéré à <http://www.healthfinancingafrica.org/home/la-gratuit-des-soins-une-tape-vers-la-couverture-universelleen-afrique-peut-tre-si-on-tire-les-leons-du-pass-recent>
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Bicaba, A., . . . Gilson, L. (2009). *Removing user fees in the health sector in low-income countries: A multi-country review*. New York, NY: UNICEF. Repéré à [http://www.itg.be/itg/Uploads/Volksgezondheid/unicef/UNICEF\\_Multi-Country\\_review.pdf](http://www.itg.be/itg/Uploads/Volksgezondheid/unicef/UNICEF_Multi-Country_review.pdf)
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl 2), ii16-ii29. doi: 10.1093/heapol/czr062
- Meessen, B., Soucat, A., & Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing: Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156. doi: 10.2471/BLT.10.077339

- Merton, R. K. (1968). On sociological theories of the middle range. Dans R. K. Merton (dir.), *Social theory and social structure* (p. 39-72). New York, NY: Free Press.
- Methodology Centre for Systematic Reviews of Health Policy and System Research in LMICs. (2011). How to conduct systematic reviews of health policy and systems research in low- and middle-income countries. Repéré à [http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr\\_handbookssystematicreviewschile.pdf?ua=1](http://www.who.int/alliance-hpsr/projects/alliancehpsr_handbookssystematicreviewschile.pdf?ua=1)
- Mills, A., Ataguba, J. E., Akazili, J., Borghi, J., Garshong, B., Makawia, S., . . . McIntyre, D. (2012). Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: Implications for paths to universal coverage. *The Lancet*, *380*(9837), 126-133. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60357-2
- Moat, K. a., & Abelson, J. (2011). Analyzing the influence of institutions on health policy development in Uganda: A case study of the decision to abolish user fees. *African Health Sciences*, *11*(4), 578-586.
- Moat, K. A., Lavis, J. N., Wilson, M. G., Rottingen, J. A., & Barnighausen, T. (2013). Twelve myths about systematic reviews for health system policymaking rebutted. *Journal of Health Services Research & Policy*, *18*(1), 44-50. doi: 10.1258/jhsrp.2012.011175
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Morin, E., & Le Moigne, J.-L. (1999). *L'intelligence de la complexité*. Paris, France: L'Harmattan.
- Mouton, J. (2010). *The state of social science in sub-Saharan Africa (Background paper for 2010 World Social Science Report: Knowledge divides)*. Paris, France: UNESCO / International Social Science Council. Repéré à <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001906/190659E.pdf>
- Nabyonga-Orem, J., Karamagi, H., Atuyambe, L., Bagenda, F., Okuonzi, S. A., & Walker, O. (2008). Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study. *BMC Health Services Research*, *8*, 102-102. doi: 10.1186/1472-6963-8-102
- Netshandama, V. O., Nemathaga, L., & Shai-Mahoko, S. N. (2005). Experiences of primary health care nurses regarding the provision of free health care services in the northern region of the Limpopo Province. *Curationis*, *28*(1), 59-68. doi: 10.4102/curationis.v28i1.926
- Nimpagaritse, M., & Bertone, M. P. (2011). The sudden removal of user fees: The perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning*, *26*(Suppl. 2), ii63-ii71. doi: 10.1093/heapol/czr061

- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesising qualitative studies*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Nolan, B., & Turbat, V. (1995). *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC: World Bank Publications.
- O'Campo, P., Kirst, M., Schaefer-McDaniel, N., Firestone, M., Scott, A., & McShane, K. (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: A realist approach to synthesizing evidence. *Journal of Urban Health, 86*(6), 965-989. doi: 10.1007/s11524-009-9392-1
- Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan, R., . . . Mshinda, H. (2007). Access to health care in contexts of livelihood insecurity: A framework for analysis and action *PLoS Medicine, 4*(10), e308. doi: 10.1371/journal.pmed.0040308
- Oliver, K., Innvar, S., Lorenc, T., Woodman, J., & Thomas, J. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research, 14*, 2. doi: 10.1186/1472-6963-14-2
- Olivier de Sardan, J.-P. (1998). Émique. *L'Homme, 38*(147), 151-166.
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2014a). Introduction - Diagnostic d'une politique publiques: Les exemptions de paiements pour les soins de santé au Sahel. Dans J.-P. Olivier de Sardan & V. Ridde (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions: La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (p. 5-11). Paris, France: Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2014b). *Une politique publique de santé et ses contradictions: La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris, France: Karthala.
- Organisation mondiale de la santé (2014). *Statistiques sanitaires mondiales 2014*. Genève, Suisse: OMS. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131954/1/9789240692688\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131954/1/9789240692688_fre.pdf?ua=1)
- Ousseini, A. (2011). *Exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de 5 ans : Mise en oeuvre dans la région sanitaire de Dosso*. Niamey, Niger: LASDEL. Repéré à <http://www.lasdel.net/rapport%20ousseini%20dosso%20final.pdf>
- Paganini, A. (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development, 2*(1), 11-13.

- Pawson, R. (2000). Middle-range realism. *European Journal of Sociology*, 41(2), 283-325. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0003975600007050>
- Pawson, R. (2002a). *Does Megan's law work? A theory-driven systematic review*. London, England: ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice. Repéré à <https://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/politicaeconomy/research/cep/pubs/papers/asets/wp8.pdf>
- Pawson, R. (2002b). Evidence-based policy: The promise of 'realist synthesis'. *Evaluation*, 8(3), 340-358. doi: 10.1177/135638902401462448
- Pawson, R. (2003). Nothing as practical as a good theory. *Evaluation*, 9(4), 471-490. doi: 10.1177/1356389003094007
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realist perspective*. London, England: SAGE.
- Pawson, R. (2013). *The science of evaluation: A realist manifesto*. London, England: SAGE.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2004). *Realist synthesis: An introduction*. Manchester, England: University of Manchester. Repéré à [www.ccsr.ac.uk/methods/publications/documents/RMPmethods2.pdf](http://www.ccsr.ac.uk/methods/publications/documents/RMPmethods2.pdf)
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review: A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(S1), 21-34. doi: 10.1258/1355819054308530
- Pawson, R., & Manzano-Santaella, A. (2012). A realist diagnostic workshop. *Evaluation*, 18(2), 176-191. doi: 10.1177/1356389012440912
- Pawson, R., & Sridharan, S. (2010). Theory-driven evaluation of public health programs. Dans Amanda Killoran & K. Mike (dir.), *Evidence-based public health: Effectiveness and efficiency* (p. 43-62). New York, NY: Oxford University Press.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London, England: SAGE.
- Peabody, J. W. (1996). Economic reform and health sector policy: Lessons from structural adjustment programs. *Social Science and Medicine*, 43(5), 823-835. doi: 10.1016/0277-9536(96)00127-X
- Pearson, M. (2004). *The case for abolition of user fees for primary health services*. London, England: DFID. Repéré à <http://www.eldis.org/fulltext/pearson2004.pdf>

- Penfold, S., Harrison, E., Bell, J., & Fitzmaurice, A. (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 100-109.
- People's Health Movement, Medact, Medico International, Thirld World Network, Health Action International, & ALAMES. (2014). The current discourse on Universal Health Coverage (UHC). Dans People's Health Movement, Medact, Medico International, Thirld World Network, Health Action International & ALAMES (dir.), *Global Health Watch 4: An alternative world health report* (p. 77-94). London, England: Zed Books.
- Perdersen, L. H., & Rieper, O. (2008). Is realist evaluation a realistic approach for complex reforms? *Evaluation*, 14(3), 271-293. doi: 10.1177/1356389008090856
- Petticrew, M. (2009). Systematic reviews in public health: Old chestnuts and new challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(3), 163. doi: 10.2471/BLT.09.063719
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2003). Evidence, hierarchies, and typologies: Horses for courses. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(7), 527-529. doi: 10.1136/jech.57.7.527
- Pfeiffer, J., & Nichter, M. (2008). What can critical medical anthropology contribute to global health? A health systems perspective. *Medical Anthropology Quaterly*, 22(4), 410-415. doi: 10.1111/j.1548-1387.2008.00041.x
- Plante, J. (1994). *Évaluation de programme*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université Laval.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323(7313), 625-628.
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35, 29-45. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182440
- The poems of John Godfrey Saxe: The blind men and the elephant. (s.d.). *Wikisource*. Repéré r à [http://en.wikisource.org/wiki/The\\_poems\\_of\\_John\\_Godfrey\\_Saxe/The\\_Blind\\_Men\\_and\\_the\\_Elephant](http://en.wikisource.org/wiki/The_poems_of_John_Godfrey_Saxe/The_Blind_Men_and_the_Elephant)
- Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: A guide to methods*. Maidenhead, England: McGraw-Hill Education.

- Programme des Nations Unies pour le développement (2014). *Rapport sur le développement humain 2014 - Pérenniser le progrès humain: Réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience*. New York, NY: PNUD. Repéré à <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-fr.pdf>
- Rannan-Eliya, R. P. (2009). Renforcer le financement de la santé dans les pays partenaires en développement. Dans Groupe de travail sur l'action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé (dir.), *Action mondiale en faveur du renforcement des systèmes de santé: Principe directeurs à l'intention du G8. Suivi du Sommet du G8 de Hokkaido-Toyako* (p. 65-101). Tokyo, Japan: Japan Center for International Exchange.
- Réseau de recherche en santé des populations du Québec. (2010). Bulletin de nouvelles de l'Axe en Santé Mondiale. Repéré à <http://www.santepop.qc.ca/fichier.php/779/Annonce%20Ecole%20d'ete%20Bulletin%20Sante%20Mondiale%20Fev%202010.pdf>
- Resweber, J.-P. (2011). Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication, 19*, 171-200. Repéré à <http://questionsdecommunication.revues.org/2661>
- Ridde, V., & Capelle, F. (2011). La recherche en santé mondiale et les défis des partenariats Nord-Sud. *Revue Canadienne de Santé Publique, 102*(2), 152-156.
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). Introduction générale à l'évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (p. 14-20). Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V., Diarra, A., & Moha, M. (2011). User fees abolition policy in Niger: Comparing the under five years exemption implementation in two districts. *Health Policy, 99*(3), 219-225. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.017
- Ridde, V., & Haddad, S. (2013). Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 61*(Supplement 2), S95-S106. doi: 10.1016/j.respe.2013.03.037
- Ridde, V., Kouanda, S., Bado, A., Bado, N., & Haddad, S. (2012). Reducing the medical cost of deliveries in Burkina Faso is good for everyone, including the poor. *PLoS One, 7*(3), e33082. doi: 10.1371/journal.pone.0033082
- Ridde, V., Kouanda, S., Yameogo, M., Kadio, K., & Bado, A. (2013). Why do women pay more than they should? A mixed methods study of the implementation gap in a policy to subsidize the costs of deliveries in Burkina Faso. *Evaluation and Program Planning, 36*(1), 145-152. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2012.09.005



- Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11.
- Ridde, V., & Olivier de Sardan, J.-P. (2014). Conclusion - Une contribution des méthodes mixtes à l'étude des politiques publiques : Complémentarités et difficultés. Dans J.-P. Olivier de Sardan & V. Ridde (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions: La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (p. 403-416). Paris, France: Karthala.
- Ridde, V., & Queuille, L. (2010). *L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé. expériences pilotes au Burkina faso*. Ouagadougou, Burkina Faso: ECHO / HELP / CRCHUM / USI / Terre des Homme. Repéré à [http://www.help-ev.de/fileadmin/media/pdf/Downloads/Polic\\_Papers/ExemptionPiloteBurkina2010\\_fr.pdf](http://www.help-ev.de/fileadmin/media/pdf/Downloads/Polic_Papers/ExemptionPiloteBurkina2010_fr.pdf)
- Ridde, V., & Queuille, L. (2012). Un savoir engagé pour s'orienter vers l'amélioration des politiques publiques. Dans V. Ridde, L. Queuille & Y. Kafando (dir.), *Capitalisation de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest* (p. 289-294). Ouagadougou, Burkina Faso: CRCHUM / HELP / ECHO.
- Ridde, V., Queuille, L., & Kafando, Y. (2012). *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. Ouagadougou, Burkina Faso: CRCHUM/HELP/ECHO.
- Ridde, V., Queuille, L., Kafando, Y., & Robert, E. (2012). Transversal analysis of public policies on user fees exemptions in six West African countries. *BMC Health Services Research*, 12, 409. doi: 10.1186/1472-6963-12-409
- Ridde, V., & Robert, E. (2014). Real world evaluation strategies. *Oxford Bibliographies Online: Public Health*. doi: 10.1093/OBO/9780199756797-0140. Repéré à <http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0140.xml>
- Ridde, V., Robert, E., Guichard, A., Blaise, P., & Van Holmen, J. (2011). L'approche *Realist* à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Revue Canadienne en Évaluation de Programme*, 26(3), 37-59.
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, 12, 289. doi: 10.1186/1471-2458-12-289
- Robert, E. (2010, mai). *Prise de décision politique dans les pays en sortie de crise : Le rôle des idées et des acteurs internationaux dans le choix d'un modèle de système de santé*

*en Afghanistan*. Communication présentée à Règles, acteurs et ressources politiques. Congrès annuel de la Société québécoise de science politique, Québec, QC.

- Robert, E. (2014). Quand les "biocrates" redéfinissent l'humanité [Billet de blogue]. Repéré à [http://quebec.huffingtonpost.ca/un-seul-monde/quand-les-biocrates-redefinissent-humanite\\_b\\_5452834.html](http://quebec.huffingtonpost.ca/un-seul-monde/quand-les-biocrates-redefinissent-humanite_b_5452834.html)
- Robert, E., Dembélé, Y., Ridde, V., & Haddad, S. (2012, octobre). *Produire des connaissances locales : Succès et défis de l'Observatoire de la gratuité au Mali*. Communication présentée au Second global symposium on health systems research: Inclusion and innovation towards universal health coverage, Beijing.
- Robert, E., Kafando, Y., Queuille, L., & Ridde, V. (2011). État des lieux des connaissances disponibles sur les politiques et les programmes d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest. Dans V. Ridde, L. Queuille & Y. Kafando (dir.), *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. Ouagadougou, Burkina Faso: CRCHUM / HELP / ECHO.
- Robert, E., & Ridde, V. (2010, novembre). *Involving stakeholders to develop the initial theory for a realist review: Lessons from experience*. Communication présentée à Theory-driven enquiry in health systems research: Lessons from practice. Theory-driven evaluation workshop at the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. Repéré à <http://www.itg.be/itg/Uploads/PublicHealth/tdi/Workshop/Robert.pdf>
- Robert, E., & Ridde, V. (2010, août). *Exemption des paiements directs des soins en Afrique : L'implication des acteurs dans la phase préparatoire d'une évaluation Réaliste (affiche)*. Communication présentée à l'Université d'été internationale de la recherche en évaluation des politiques publiques : Quels liens et quelles avancées théoriques et méthodologiques ?, Lille, France.
- Robert, E., & Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : De la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108.
- Robert, E., & Ridde, V. (2013, novembre). *Quand la mise en oeuvre est un défi... Une revue réaliste des politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique subsaharienne*. Communication présentée à la Conférence régionale "Politiques d'exemption pour les services de santé maternelle en Afrique: Évaluation, expériences et partage des connaissances", Ouagadougou, Burkina Faso.
- Robert, E., Ridde, V., & Fournier, P. (2011, mai). *Une revue systématique des mécanismes mis en oeuvre dans les politiques publiques d'exemption en Afrique*. Communication présentée au 3e colloque international sur le financement de la santé dans les pays en

développement et émergents. Centre d'études et de recherches sur le développement international, Clermont-Ferrand, France.

- Robert, E., Ridde, V., Marchal, B., & Fournier, P. (2012). Protocol: A realist review of user fee exemption policies for health services in Africa. *BMJ Open*, 2, e000706. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000706
- Robert, E., & Samb, O. M. (2012). Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*, 3(243), 100-101. doi: 10.3917/afco.243.0100
- Robert, E., Sieleunou, I., Kadio, K., & Samb, O. M. (2015). La recherche sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenu : Comment faire entendre la voix des chercheurs francophones ? [Billet de blogue]. Repéré à <http://blogs.lshtm.ac.uk/hppdebated/2015/02/25/la-recherche-sur-les-politiques-et-systemes-de-sante-dans-les-pays-faible-et-moyen-revenu-comment-faire-entendre-la-voix-des-chercheurs-francophones/>
- Roemer, M. I. (1991). *National health systems of the world, Volume 1, The countries*. New York, NY: Oxford University Press.
- Russell, S., & Gilson, L. (1997). User fee policies to promote health service access for the poor: A wolf in sheep's clothing? *International Journal of Health Services*, 27(2), 359-379. doi: 10.2190/YHL2-F0EA-JW1M-DHEJ
- Rutherford, M., Mulholland, K., & Hill, P. (2010). How access to health care relates to under-five mortality in sub-Saharan Africa: Systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, 15(5), 508-519. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02497.x
- Saul, J. E., Willis, C. D., Bitz, J., & Best, A. (2013). A time-responsive tool for informing policy making: Rapid realist review. *Implementation Science*, 8, 103. doi: 10.1186/1748-5908-8-103
- Say, L., & Raine, R. (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: Examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 812-819. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862007001000019>
- Scotland, J. (2012). Exploring the philosophical underpinnings of research: Relating ontology and epistemology to the methodology and methods of the scientific, interpretive, and critical research paradigms. *English Language Teaching*, 5(9), 9-16. doi: 10.5539/elt.v5n9p9

- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. Amsterdam, Netherlands: North-Holland.
- Sen, G., & Ostlin, P. (2008). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, 3(Suppl 1), 1-12. doi: 10.1080/17441690801900795
- Serre, M., & Pierru, F. (2001). Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection Maladie. *Lien Social et Politiques*(45), 105-128. doi: 10.7202/009402ar
- Shakarishvili, G., Lansang, M. A., Mitta, V., Bornemisza, O., Blakley, M., Kley, N., . . . Atun, R. (2011). Health systems strengthening: A common classification and framework for investment analysis. *Health Policy and Planning*, 26(4), 316-326. doi: 10.1093/heapol/czq053
- Shaw, R. P., & Griffin, C. C. (1995). *Financing health care in sub-Saharan Africa through user fees and insurance*. Washington, DC: World Bank.
- Shaxson, L., Bielak, A., Ahmed, I., Brien, D., Conant, B., Fischer, C., . . . Pant, L. (2012). *Expanding our understanding of K\*(KT, KE, KTT, KMb, KB, KM, etc.): A concept paper emerging from the K\* conference held in Hamilton, Ontario, Canada, April 2012*. Hamilton, ON: UNU-INWEH. Repéré à [http://inweh.unu.edu/wp-content/uploads/2013/05/KStar\\_ConceptPaper\\_FINAL\\_Oct29\\_WEB.pdf](http://inweh.unu.edu/wp-content/uploads/2013/05/KStar_ConceptPaper_FINAL_Oct29_WEB.pdf)
- Sheikh, K., George, A., & Gilson, L. (2014). People-centred science: Strengthening the practice of health policy and systems research. *Health Research Policy and Systems*, 12, 19. doi: 10.1186/1478-4505-12-19
- Sheldon, T. A. (2005). Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(Suppl 1), 1-5. doi: 10.1258/1355819054308521
- Shepperd, S., Lewin, S., Straus, S., Clarke, M., Eccles, M. P., Fitzpatrick, R., . . . Sheikh, A. (2009). Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Medicine*, 6(8), e1000086.
- Smits, P., Champagne, F., & Blais, R. (2009). Propensity for participatory evaluation. *International Journal of Learning*, 16(6), 611-632.
- Stoddart, G. L., Barer, M. L., Evans, R. G., & Bhatia, V. (1993). *Why not user charges? The real issues*. Vancouver, BC: Centre for Health Services and Policy Research. Repéré à [https://circle.ubc.ca/bitstream/handle/2429/50268/Stoddart\\_GL\\_et\\_al\\_User\\_charges.pdf?sequence=1](https://circle.ubc.ca/bitstream/handle/2429/50268/Stoddart_GL_et_al_User_charges.pdf?sequence=1)

- Storeng, K. T., & Mishra, A. (2014). Introduction. Politics and practices of global health: Critical ethnographies of health systems. *Global Public Health*, 9(8), 858-864. doi: 10.1080/17441692.2014.941901
- Swanson, R. C., Cattaneo, A., Bradley, E., Chunharas, S., Atun, R., Abbas, K. M., . . . Best, A. (2012). Rethinking health systems strengthening: Key systems thinking tools and strategies for transformational change. *Health Policy and Planning*, 27(Suppl 4), iv54-61. doi: 10.1093/heapol/czs090
- The World Bank. (2014). Poverty and equity: Regional dashboard sub-Saharan Africa. Repéré à <http://povertydata.worldbank.org/poverty/region/SSA>
- Thiede, M. (2005). Information and access to health care: Is there a role for trust? *Social Science and Medicine*, 61(7), 1452-1462. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.076
- Tilley, N. (2000). Doing realistic evaluation of criminal justice. Dans V. Jupp, P. Davies & P. Francis (dir.), *Doing criminological research* (p. 97-114). London, England: SAGE.
- Tizio, S., & Flori, Y. A. (1997). L'Initiative de Bamako : "santé pour tous" ou "maladie pour chacun" ? *Revue Tiers Monde*, 38(152), 837-858.
- Touraine, M., Grohe, H., Coffie, R. G., Sathasivam, S., Juan, M., Louardi el, H., & Seck, A. C. (2014). Universal health coverage and the post-2015 agenda. *The Lancet*, 384(9949), 1161-1162. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61419-7
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. doi: 10.1177/1077800410383121
- Tremblay, M. C., & Richard, L. (2011). Complexity: A potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promotion International*, 29(2), 378-388. doi: 10.1093/heapro/dar054
- van Belle, S., Marchal, B., & Mayhew, S. (2014, octobre). *Public accountability and the need for meta-governance: A study of District Health Management teams in Ghana*. Communication présentée au Third Global Symposium on Health Systems Research: Science and practice of people-centred health systems, Cape Town, South Africa.
- van Der Maren, J.-M. (2006). Les recherches qualitatives : Des critères variés de qualité en fonction des types de recherche. Dans L. Paquay, M. Crahay & J.-M. de Ketele (dir.), *L'analyse qualitative en éducation: Des pratiques de recherche aux critères de qualité* (p. 65-80). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

- van Olmen, J., Criel, B., van Damme, W., Marchal, B., van Belle, S., van Dormael, M., . . . Kegels, G. (2010). *Analysing health systems to make them stronger*. Antwerp, Belgium: Institute of Tropical Medicine.
- Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000a). How to do (or not to do)... A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning, 15*(3), 338-345. doi: 10.1093/heapol/15.3.338
- Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000b). Stakeholder analysis: A review. *Health Policy and Planning, 15*(3), 239-246. doi: 10.1093/heapol/15.3.239
- Vogel, R. J. (1993). *Financing health care in sub-Saharan Africa*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization, 80*(2), 97-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862002000200004>
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). "We are bitter but we are satisfied": Nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine, 59*(6), 1251-1261. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.12.020
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning, 9*(4), 353-370.
- Walt, G., & Gilson, L. (2014). Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda setting and testing them against a specific priority-setting framework. *Health Policy and Planning, 29*(Suppl 3), iii6-22. doi: 10.1093/heapol/czu081
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning, 23*(5), 308-317. doi: 10.1093/heapol/czn024
- Waters, E. (2009). Evidence for public health decision-making: Towards reliable synthesis. *Bulletin of the World Health Organization, 87*(3), 164. doi: 10.2471/BLT.09.064022
- Wegman, M. E. (1992). National Health Systems of the World, Volume 1, the Countries by Milton I. Roemer. Review by Myron E. Wegman. *Journal of Public Health Policy, 13*(2), 242-245. doi: 10.2307/3342816
- Weiss, C. (1970). The politicization of evaluation research. *Journal of Social Issues, 26*(4), 57-68. doi: 10.1111/j.1540-4560.1970.tb01743.x

- Weiss, C. (1997). How can theory-based evaluation make greater headway? *Evaluation Review*, 21(51), 501-524. doi: 10.1177/0193841X9702100405
- Weiss, C. (1998). *Evaluation: Methods for studying programs and policies*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- White, D. G. (2001). Evaluating evidence and making judgements of study quality: Loss of evidence and risks to policy and practice decisions. *Critical Public Health*, 11(1), 3-17. doi: 10.1080/09581590010028228
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 358(9284), 833-836. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05975-X
- Wilkinson, D., Gouws, E., Sach, M., & Karim, S. S. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(7), 665-671. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862001000700012>
- Witter, S., & Adjei, S. (2007). Start-stop funding, its causes and consequences: A case study of the delivery exemptions policy in Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 22(2), 133-143. doi: 10.1002/hpm.867
- Witter, S., Armar-Klemesu, M., & Dieng, T. (2008). Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement : Comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal. Dans S. Richard, S. Witter & V. de Brouwere (dir.), *Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources* (Vol. 25, p. 185-221). Antwerp, Belgique: ITGPress.
- Witter, S., & Diadiou, M. (2008). Key informant views of a free delivery and caesarean policy in Senegal. *African Journal of Reproductive Health*, 12(3), 93-111.
- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: Evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*, 25(5), 384-392. doi: 10.1093/heapol/czq013
- Witter, S., & FEMHealth team (2014). *Cost and impact of policies to remove fees for obstetric care in Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco*. Aberdeen, England: FEMHealth. Repéré à [http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Overall\\_cost\\_and\\_effects\\_report\\_final\\_14\\_04\\_14.pdf](http://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Overall_cost_and_effects_report_final_14_04_14.pdf)

- Witter, S., Khalid Mousa, K., Abdel-Rahman, M. E., Hussein Al-Amin, R., & Saed, M. (2013). Removal of user fees for caesareans and under-fives in northern Sudan: A review of policy implementation and effectiveness. *The International Journal of Health Planning and Management*, 28(1), e95-e120. doi: 10.1002/hpm.2146
- Wong, G. (2012, octobre). *Realist synthesis in action*. Communication présentée au Second global symposium on health systems research: Inclusion and innovation towards universal health coverage, Beijing, China. Repéré à [http://healthsystemsresearch.org/hsr2012/images/stories/downloads/programme\\_fina\\_1025\\_web.pdf](http://healthsystemsresearch.org/hsr2012/images/stories/downloads/programme_fina_1025_web.pdf)
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., Buckingham, J., & Pawson, R. (2013). RAMESES publication standards: Realist syntheses. *BMC Medicine*, 11, 21. doi: 10.1186/1741-7015-11-21
- Wong, G., Westhorp, G., Pawson, R., & Greenhalgh, T. (2013). *Realist synthesis: RAMESES training materials*. Repéré à [http://www.ramesesproject.org/media/Realist\\_reviews\\_training\\_materials.pdf](http://www.ramesesproject.org/media/Realist_reviews_training_materials.pdf)
- Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R., & Lipson, D. (2001). Globalization and health: A framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 875-881. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862001000900014>
- World Bank (1987). *Financing health services in developing countries: An agenda for reform*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (1993). *Investing in health: World development report 1993*. New York, NY: Oxford University Press.
- World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance*. Geneva, Switzerland: WHO. Repéré à [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva, Switzerland: WHO. Repéré à [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)
- World Health Organization (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva, Switzerland: WHO. Repéré à <http://www.who.int/whr/2010/en/>
- Xu, K., Evans, D. B., Kadama, P. Y., Nabyonga, J., Ogwal, P. O., Nabukhonzo, P., & Aguilar, A. M. (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and



catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science and Medicine*, 62(4), 866-876. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.004

Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*, 373(9680), 2078-2081. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60258-0

Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods (Fifth edition)*. Thousand Oaks, CA: SAGE.



## **ANNEXE 1 – Protocole de recherche de la revue réaliste**

Au moment du dépôt de la thèse, le protocole de recherche de la revue réaliste est publié dans la revue *BMJ Open* :

Robert, E., Ridde, V., Marchal, B., & Fournier, P. (2012). Protocol: A realist review of user fee exemption policies for health services in Africa. *BMJ Open*, 2, e000706. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000706

### **Auteurs :**

Émilie Robert, Valéry Ridde, Bruno Marchal, Pierre Fournier

### **Contributions des auteurs :**

Tous les auteurs ont contribué à la conceptualisation de l'étude, sous la direction d'Émilie Robert et de Valéry Ridde. Émilie Robert a rédigé la première version de l'article. Valéry Ridde, Bruno Marchal et Pierre Fournier ont apporté un regard critique et constructif sur les versions successives de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de l'article.

### **Note :**

Cette étude est en partie financée dans le cadre d'une subvention de recherche (NRF 102072) octroyée à Valéry Ridde par les Instituts de recherche en santé du Canada.

## **RÉSUMÉ**

### **Contexte**

Quatre ans avant l'échéance des Objectifs du millénaire pour le développement, les pays à faible et moyen revenu et les acteurs internationaux cherchent à mettre en place des politiques fondées sur les données probantes dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé, particulièrement pour les populations les plus vulnérables. Les politiques d'exemption des paiements directs des soins sont une des solutions possibles. Toutefois les données probantes sur ces politiques sont disparates et les revues systématiques n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Cette étude vise à produire une synthèse novatrice des données probantes disponibles sur les politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique afin d'alimenter la prise de décision politique.

### **Méthodes**

Nous conduirons une revue réaliste pour répondre à la question de recherche suivante : quel sont les effets des politiques d'exemption des paiements directs des soins en Afrique, pourquoi produisent-elles de tels effets, et quels sont les éléments contextuels qui entrent en jeu ? Ce type de recension permet de comprendre comment les éléments contextuels influencent la production des effets par l'activation de mécanismes, sous la forme de configurations Contexte-Mécanisme-Effet. Les cinq étapes suivantes seront réalisées : 1) identifier avec les parties prenantes les mécanismes qui sous-tendent les politiques d'exemption des paiements directs afin de développer le cadre d'analyse; 2) rechercher et sélectionner les études empiriques; 3) évaluer la qualité des études empiriques avec le *Mixed Method Appraisal Tool*; 4) extraire les données selon le cadre d'analyse; et 5) synthétiser les données sous la forme de configurations Contexte-Mécanisme-Effet. Le produit final sera une théorie de moyenne portée qui précisera comment les politiques d'exemption des paiements directs fonctionnent, pour quelles populations, et dans quelles circonstances.

## **Discussion**

Cette étude sera utile non seulement aux chercheurs qui souhaitent utiliser la revue réaliste et cherchent des exemples de ce type d'étude, mais également aux décideurs et acteurs internationaux qui cherchent des données sur ces politiques. Une stratégie de partage de connaissances impliquant des réseaux scientifiques et de décideurs locaux sera mise en œuvre.

**Mots-clés :** revue réaliste; paiements directs; gratuité des soins; politique de santé; Afrique

## **ABSTRACT**

### **Background**

Four years prior to the Millennium Development Goals' deadline, low and middle-income countries and international stakeholders are looking for evidence-based policies to improve access to health care services, especially for the most vulnerable populations. User fee exemption policies are one of the potential solutions. However the evidence is disparate and systematic reviews have failed to provide valuable lessons. This study we propose to conduct aims to produce an innovative synthesis of the available evidence on user fee exemption policies in Africa to feed the policy-making process.

### **Methods**

We will carry out a realist review to answer the following research question: what are the outcomes of user fee exemption policies implemented in Africa, why do they produce such outcomes, and what contextual elements come into play? This type of review aims to understand how contextual elements influence the production of outcomes through the activation of specific mechanisms, in the form of Context-Mechanism-Outcome configurations. The review will be conducted in five steps: 1) identifying with key stakeholders the mechanisms underlying user fee exemption policies to develop the analytical framework; 2) searching for and selecting primary data; 3) assessing the quality of evidence using the Mixed Method Appraisal Tool; 4) extracting the data using the analytical framework; and 5) synthesizing the data in the form of Context-Mechanism-Outcomes configurations. The output will be a middle-range theory specifying how user fee exemption policies work, for what populations, and under what circumstances.

### **Discussion**

This study has two main target audiences: researchers who are interested in using the realist approach and are looking for examples to implement a realist review, and policy-makers and international stakeholders looking for lessons learnt on user fee exemption policies. For the

latter, a knowledge-sharing strategy involving local scientific and policy networks will be implemented.

**Keywords:** Realist review; user fee; free care; health policy; Africa

# **Protocol: A realist review of user fee exemption policies for health services in Africa**

## **Background**

### **User fee exemption in African countries**

Several low- and middle-income countries (LMICs), specifically countries in Africa, have removed user fees for health services in order to improve accessibility to health care for vulnerable populations. This move follows the setback of the Bamako Initiative (BI), which was launched in 1987. Initiated in the spirit of the Alma Ata Declaration, the BI – promoted by the United Nations Children’s Fund (UNICEF) and the World Health Organization (WHO) – aimed to improve access to primary health care and essential medicines in countries where the public health sector was facing serious underfunding problems and was characterized by a strong emphasis on hospital-based medicine. Thanks to partial cost recovery through users’ financial participation and the involvement of the community, the BI was intended to improve the efficiency and the equity of health-care services in LMICs (Knippenberg et al., 1997).

However, utilization of health services declined sharply in the countries that subscribed to the BI, especially among vulnerable populations (Gilson & Mills, 1995; James et al., 2006). Measures to ensure that the poorest members of society had access to health services were also seldom found to be effective (Laterveer, Munga, & Shwerzel, 2004). The principle of equity in primary health care access was therefore severely compromised (Gilson, 1997; Ridde & Girard, 2004).

In an attempt to address these failures, some African countries – such as South Africa in 1994 and Uganda in 2001 – decided to eliminate user fees. Others, including Burundi, Liberia and Niger, followed suit. Concerned about the health Millennium Development Goals, many African countries now feel encouraged to provide free care at the point of service (Commission for Africa, 2010; Sambo, Kirigia, & Ki-Zerbo, 2011), and more than 15 countries had implemented such policies by 2011. Several studies have been conducted on



exemption policies. In the most recent literature review, (Ridde, Robert, & Meessen, 2010) identify 32 scientific articles on the experiences of seven African countries. In addition, many evaluations have been conducted by non-governmental organizations or on behalf of African governments. Although the recent proliferation of research comes in response to the urgency of the debate on user fees, it does not provide the necessary guidance for decision-makers as they try to adapt these policies to their objectives, target populations and local contexts.

### **The challenges of evaluating complex social interventions**

User fee exemption policies are inherently complex interventions (Ridde, Robert, Guichard, Blaise, & Van Holmen, 2011). They are dependent on the context in which they are implemented, and their implementation is not standardized (Egan, Bambra, Petticrew, & Whitehead, 2009). They also have a strong social component, in that they are designed to promote and protect the health of populations and to reduce inequalities.

Evaluating complex social interventions raises further questions about scientific research methods. The experimental approach seems to have reached its limits in understanding these interventions. Because it seeks to control contextual variables and to ensure that "all else is equal," it does not capture the complex nature of interventions whose outcomes, by definition, depend on the context in which they are implemented (Blaise, Marchal, Lefèvre, & Kegels, 2010). By contrast, the constructivist approach perceives social interventions as a complex process of negotiations between different actors. Such a vision seldom recognizes the asymmetry of powers between actors in a society, and often denies the role of structures in human choices (Pawson & Tilley, 1997). In addition, by refusing any principle of causality, this approach does not address the question of the outcomes of an intervention in relation with processes (Julnes & Mark, 1998). More and more authors now support a "contingent" approach, implying that the choice of methods should be guided by the research question (Blaise et al., 2010; Chen, 2004).

As an alternative to this methodological debate, Chen and Rossi (1980) suggest a theory-based perspective. They believe that theorization allows a better understanding of how interventions, and social phenomena in general, are supposed to work. Such an approach,

which focuses on "black boxes" of programs would capture the complexity of social interventions by studying how the different theoretical elements that compose them are intertwined (Pawson, 2003; Stame, 2004) and by reintegrating the context as a key element in the production of outcomes. In addition, from an *Evidence-based Policy* (EBP) perspective, shedding light on the multiple logics that underlie policies would be more useful to decision-makers.

By extending the scope of *Evidence-based Medicine*, EBP meets the growing demand that political decisions be justified through lessons learned from past experiences. The theory-based approach would allow knowledge of the different contexts in which an intervention works to be broadened (Pawson, 2003; Pawson & Sridharan, 2010), and the accurate level of abstraction with which to generalize the results of research to be achieved (Chen, 1990). Thus, it would ensure the external validity of evaluation studies and make the results transferable to other contexts. By providing insights into how programs operate and can be implemented in different contexts, this type of evaluation would be better able to meet the expectations of decision-makers (Chen, 1994).

Based on this approach, the realistic evaluation suggests that we set aside the traditional question of the effectiveness of interventions and instead investigate how they work (Pawson & Tilley, 1997). The question is no longer: *Do interventions work?* But also: *How? For which populations? And in what contexts?*

## **Syntheses and systematic reviews: the tools of Evidence-based Policy**

Two documents have been produced to inform technicians and decision-makers in charge of formulating and/or implementing exemption policies in their countries. In 2008, Save The Children UK (STC-UK) published a guide to help with the planning and implementation of exemption policies (McPake, Schmidt, Araujo, & Kirunga-Tashobya, 2008). In 2009, UNICEF published a *Policy Guidance Note* (Meessen, 2009) based on evaluations of exemption policies conducted in several African countries (Meessen et al., 2011). These documents have limitations, however. First, the document by STC-UK is only based on available data on the Ugandan experience, which limits the scope of its arguments, especially since it specifically states that these data are not homogeneous. In addition, its recommendations are more common-sense than the result of a systematic analysis of the variables involved in the exemption processes. Finally, the recommended steps focus on macro-level planning and implementation, and leave out key elements for the success of policies of this scale, such as the mechanisms at work or the contextual elements that come into play. The UNICEF document partially complements the STC-UK guide because its recommendations come from a more in-depth analysis, addressing the issue of context and process of policy formulation more precisely. However, it is a technical "toolbox" with a relatively normative perspective. While informing decision-makers on what elements to consider in formulating policies, it does not give them any indication on how these elements interact with the context.

Ridde and colleagues conducted two literature reviews on exemption policies, using the *scoping study* method. The first review gives an outline of the scientific knowledge on this issue and draws attention to research needs (Ridde & Morestin, 2011). The authors attempt to make some recommendations; however, this method presents a risk of over-interpretation of data. It also has methodological limitations: on the one hand, the quality of the studies was not assessed, while on the other hand, by deciding to focus solely on scientific publications with peer review, the authors excluded a large amount of contextual and informal knowledge. The objective of the second literature review is to highlight the pressures exerted by exemption policies on health systems (Ridde et al., 2010). The criticisms to the first review also apply

here. Additionally, this second review is not intended to guide decision-makers by responding to their expectations on the operation and implementation of policies. Therefore, these documents are of limited interest for policy-makers and international organizations, especially in a context where the idea of “evidence-based” policy predominates.

Meta-analysis and systematic reviews are the favorite tools of EBP supporters and decision-makers, for the good reason that “[...] good evidence syntheses free them up to concentrate on the other aspects that go into policy-making [...]” (Sheldon, 2005). A systematic review was published in 2011 by Lagarde and Palmer (2011). evaluating the effectiveness of different schemes of health-care funding. Only randomized controlled trials, interrupted time-series studies and controlled before-and-after studies were included, in accordance with the *EPOC* (Effective Practice and Organization of Care Group of the Cochrane Collaboration) method which the authors used to assess the quality of research design. Based on these criteria, the researchers only included five studies, all of which were deemed to be of low quality. They explain:

“We considered the evidence on the removal of user fees to be at high risk of bias. In particular, the presence of confounding factors (concurrent policy changes), the lack of reliability of routine data and limited sample sizes weaken the evidence base.” (Lagarde & Palmer, 2011)

This systematic review reveals the limitations of the traditional way of synthesizing scientific knowledge when it comes to complex social interventions. Considering only knowledge produced through methods limiting bias and random errors (Cook, Mulrow, & Haynes, 1997), studies using so-called less robust designs, including research designs used in social sciences, were excluded even though they provide valuable scientific data (Gilson et al., 2011). By focusing on the effectiveness of interventions, such systematic reviews do not take into account the process and contextual elements, which allowed the interventions to produce outcomes.

The need to deal with complex social interventions has led to changes in these synthesis tools (Petticrew, 2009; Shepperd et al., 2009). Systematic reviews in fact failed to keep their promises in terms of transferability to other more social issues (White, 2001). New

forms of reviews which take into account not only qualitative data (Barnett-Page & Thomas, 2009), but also the combination of quantitative and qualitative data, are emerging (Dixon-Woods, Agarwal, Jones, Young, & Sutton, 2005). As noted by Jackson, Waters, and Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions Taskforce (2004), it is no longer the hierarchy of evidence that must guide the selection of studies to be included in the review, but their usefulness in answering the research question. As such, mixed approaches seem promising. Pope and colleagues identify four mixed review approaches: the narrative approach, the thematic approach, the *EPPI* (Evidence for Policy and Practice Information) approach, and the realistic approach (Pope, Mays, & Popay, 2007). According to Pluye, Gagnon, Griffiths, and Johnson-Lafleur (2009), only the last two involve a systematic review process. The *EPPI* approach juxtaposes several reviews to answer different sub-questions, which together make up a very broad main research question. The final step of this type of review is to combine the results of the "sub-reviews" in a meta-synthesis (White, 2001). This process requires a significant amount of time to complete and the availability of several researchers (Pope et al., 2007). Moreover, it is said to yield limited results in terms of the meta-synthesis. Proposed by Pawson in line with the realistic evaluation (Pawson & Tilley, 1997), the realist review aims to develop middle-range theories that take into account how the context (C) influences mechanisms (M) to produce outcomes (O) (Pawson, 2006b; Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005). That is what Pawson calls C-M-O configurations. It is the only review that proposes a systematic integration of contextual analysis in order to better understand how interventions produce outcomes.

## Methods

### The realist approach

The realist approach provides the possibility of identifying causal patterns underlying complex interventions (Pawson & Tilley, 1997). Realism assumes that reality exists independently of human constructions, but that it is only perceptible through our senses (Julnes & Mark, 1998). This approach postulates the existence of causal patterns, regardless of our understanding. Thus, an intervention does not work in itself; it is the mechanisms that underlie it which act (or fail to act) to produce the observed outcomes. These mechanisms are influenced by the context in which the intervention is implemented. From this perspective, the replication of experiments that try to control contextual elements is futile. We should instead try to observe patterns in the production of outcomes – what Lawson calls "*demi-reg*" (quoted by Pawson (2006b, p. 22)) – and identify causal arrangements. This is called the "generative" vision of causality. Research aims therefore to identify and describe, in a certain context (C), the mechanisms (M) operated by the intervention to produce its outcomes (O).

The approach proposed by Pawson and Tilley (1997) is rooted in a realist perspective of social change. Social phenomena are constructed both by the actions of individuals and their understanding of such phenomena – individuals who in turn are constrained and enabled by social structures. As social systems, social interventions are built from the interplay between agents and structure. We must therefore understand how the agent and the structure interact to produce what characterizes social reality. The manner in which interventions are broken down into context, mechanisms and outcomes should enhance our understanding of these social phenomena. Mechanisms should be understood as elements from the reasoning of actors facing interventions (Ridde et al., 2011). Realism in social sciences holds that *demi-regs* are formed from the occurrence of mechanisms:

"Realists thus think of the underlying engine of social reality in terms of people's reasoning as well as the resources available to them" (Pawson, 2000)

The context is similar to, but not limited to, the structure: it is social, cultural, historical or institutional. It is what allows or, conversely, what constrains the action of agents. Indeed, actions are part of a set of social processes that constitutes social reality. Outcomes are the product of the interaction of these mechanisms and the context. Since outcomes are dependent on the context, they are therefore not immutable laws of nature.

CMO configurations are the tools that help explain social change by identifying these demi-regs (Table I) (Julnes & Mark, 1998). The goal is to refine these demi-regs by submitting them to empirical testing. More precisely, the identification of demi-regs must, according to Pawson, allow the development of middle-range theories, defined by Merton (1968) as:

"theories that lie between the minor but necessary working hypotheses that evolve in abundance during day-to-day research and the all-inclusive systematic efforts to develop a unified theory that will explain all the observed uniformities of social behavior, social organization and social change" (Merton, 1968)

Middle-range theories enable us to get to the level of abstraction needed to understand the diversity of outcomes produced in different contexts (Pawson, 2000). The CMO framework ensures the external validity of the research because it lets us move to the necessary level of abstraction for the theory or theories to be useful in other contexts. Blaise et al. (2010) thus speak of the "plausibility" of the predictive power of these theories. They explain that middle-range theories, rather than interventions *per se*, are what one should try to replicate in other contexts by improving the design of interventions based on similar mechanisms.

Table I – Key concepts of the realist approach, adapted from Ridde et al. (2011)

<b>Mechanism</b>	Element of the reasoning of the actor facing an intervention. A mechanism: 1) is generally hidden; 2) is sensitive to context variations; 3) produces outcomes.
<b>CMO configuration</b>	Conceptual tool to link the elements of context, mechanisms and outcomes of an intervention.
<b>Intervention theory</b>	Set of hypotheses that explain how and why the intervention is expected to produce outcomes. It can be broken down in the form of one or more CMO configurations.
<b>Middle-range theory</b>	Level of theoretical abstraction that provides an explanation of semi-regularities in the context-mechanism-outcome interactions of a set of interventions.

The demi-regs are explained through expanding the conceptual vision that is moving from a descriptive structure to an explanatory one: "[...] theory-building moves up and down a ladder of abstraction" (Pawson, 2000). By observing the mechanisms underlying user fee exemption policies in different contexts, it should be possible to see the appearance of demi-regs in the outcomes. The demi-regs can then be synthesized in a typology of "context - mechanism - outcomes" (CMO) families (Pawson, 2003).



## **Research questions**

The following research question, broken down into three specific questions, guides the research: what are the outcomes of user fee exemption policies implemented in Africa, why do they produce such outcomes, and what contextual elements come into play?

## **Study design**

A systematic realist review such as that proposed by Pawson and colleagues (Pawson, 2006b; Pawson et al., 2005) will be carried out. This will make it possible to integrate knowledge on the experiences of at least 15 African countries. The study will be conducted in five steps. The process adopted for this research will not be linear but iterative, based on the course of action proposed by Pawson (2006b).

### *Step 1: Identifying mechanisms operated by exemption policies.*

This step, which is similar to a logic analysis (Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004), has two specific objectives: 1) to highlight the theory of exemption policies, i.e. how they are supposed to work, for which recipients and with what anticipated outcomes; and 2) to identify the contextual elements (institutional, organizational, socio-economic, cultural) that influence the way mechanisms activated by exemption policies are expected to operate and produce outcomes. It is therefore a matter of identifying the mechanisms that form the basis of exemption policies. We will first reconstruct the logic of the issue that these policies aim to solve (namely the financial barrier to health-care access), and second, reconstruct the intervention theory of these policies. This will be done in an exploratory, non-exhaustive and inductive way. Two sources of information will be sought: 1) official and scientific documentation around the main concepts of exemption policies, including the determinants of health-care access and equity, and 2) key actors' experiences. These actors (decision-makers and health managers from Mali, Burkina Faso and Niger) will participate in developing these models. Then, a framework will be formulated based on the context-mechanism-outcome principle. This framework will be discussed and validated with local and international exemption policy experts.

*Step 2: Researching primary data.*

With regard to the scientific data, the following document search strategy will be used: 1) the *Ovid Medline, Embase, Popline, HMIC, Web of Knowledge, African Healthline, AJOL* (African Journals On Line), *EconLit, Business Source Premier* databases will be used, as well as the websites of journals that regularly publish articles on health system financing, such as *Health Policy and Planning, WHO Bulletin, and Social Science and Medicine*; 2) combinations of key words in English and French (Table II) and their truncations will be entered in these databases; 3) the relevance of the retrieved documents will be assessed according to exclusion and inclusion criteria (Table III); 4) bibliographic references from the included documents will be reviewed using the "snowballing" technique to identify additional documents; 5) the *ISI Web of Science* database will be used to identify articles citing the included documents. Articles that address the context, mechanisms or outcomes may be included.

Table II – List of key words for the document search strategy

AND			-OR-	Themes and expressions (gray literature)	
-OR-	-OR-	-OR-			
User fee*	Aboli*	Developing countr*	Free healthcare	Health services accessibility	Health care costs
User charge*	Exempt*	Africa*	Free care	Health facilities	Health insurance
Cost-sharing	Waiv*	Low income countr*	Free service*	Health disparities	Health expenditure*
Cost-recovery	Remov*	Middle income countr*	Free health care	Health policy	Health financing
Out-of-pocket	End*	LMIC*	Universal access to healthcare	Health equity	National health programs
	Discontinuu*		Universal access to health care		
	Free				

Because gray literature is a relevant source of information for realist reviews, evaluation reports or policy documents published by African governments, international organizations, non-governmental organizations and consultancy firms, as well as dissertations and theses, may also be included. Our contacts with networks of researchers, decision-makers and other stakeholders in North America, Europe and Africa will facilitate the collection of these documents. The Database on *African Theses and Dissertations* (DATAD) and *Dissertations and Thesis* will also be searched.

The search for new documents will end at the point of saturation, i.e. when the research yields no more new sources of information. References will be compiled in Mendeley, a reference manager.

Table III – Inclusion and exclusion criteria

<p><b>Inclusion criteria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• The document’s main focus is health.</li><li>• The document deals with at least one African country.</li><li>• The document addresses the issue of user fee exemption in the health sector OR the research takes place in the context of user fee exemption in the health sector.</li><li>• The user fee exemption policy dealt with in the document is a national policy.</li></ul>
<p><b>Exclusion criteria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• The document’s main theme is not health.</li><li>• The document does not deal with at least one African country.</li><li>• The document addresses a different issue than the issue of user fee exemption in the health sector.</li><li>• The document focuses on user fee exemption in the context of cost recovery policies (waivers).</li><li>• The document focuses on user fee exemption as part of a program run by a non-governmental organization.</li></ul>

*Step 3: Assessing the quality of studies.*

Unlike traditional systematic reviews, there is no need to assess study designs based on the hierarchy of evidence in a realist review. Quality assessment is done instead in a heuristic perspective to enrich the CMO configurations and should answer the question: "Is this study good enough to provide some evidence that will contribute to the synthesis?" (Pawson, 2006b). Each study should be assessed according to how it clarifies the configurations. Therefore, the unit of analysis is not the study itself, but fragments of information that are produced (Pawson, 2006a). However, this approach does not ensure a transparent selection of articles. Some authors have assessed the methodological quality of the articles in their realist review, but failed to specify which tools they used (Clamp & Keen, 2007; Dieleman, Gerretsen, & van der Wilt, 2009). The Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) proposed by Pluye et al. (2011) seems an appropriate compromise between the need for a rigorous and transparent quality assessment and the need to consider the data according to their relevance for the development of middle-range theories. Indeed, this tool makes it possible to describe the methodology of qualitative, quantitative and mixed studies based on 19 separate items. For this review, studies considered to be of too low quality may be excluded (the minimum quality standard will be determined considering the overall quality of the studies). To facilitate this process, a summary table will specify the authors, objectives, type of study, different methodological aspects, conclusions and assessment made according to the MMAT.

*Step 4: Extracting the data.*

The documents included in the review will be compiled into the QDA Miner<sup>®</sup> software to facilitate their organization and analysis. This software can encode and annotate a large number of documents, extract relevant data and link emerging themes. The analytical framework developed in step 1 will be used to analyze the documents and will be further specified in an iterative manner so as to integrate new explanatory elements. More specifically, data from which new categories are created and differences between categories will be reported.

*Step 5: Synthesizing the data.*

Each primary study will be:

"inspected for evidence, according to how it supports, weakens, modifies, supplements, reinterprets or refocuses the preliminary theory" (Pawson, 2006b)

By applying, completing and clarifying the analytical framework, we can take a critical look at the contribution of each study to the initial theory. It will thus be possible to specify configuration elements (CMO) and develop a middle-range theory. This process will follow the abductive approach that Blom and Morén (2011), citing Danermark, explain:

"Abduction means that single events or occurrences – by means of concepts, theory and models – are described and interpreted as expression of more general phenomena" (Blom & Morén, 2011)

Each study will help clarify or reformulate the CMO configurations in order to take into account potential contradictory elements. The middle-range theory will finally be put into words, as well as modeled to highlight the links between contextual elements, mechanisms and outcomes.

### **Internal and external validity**

The internal validity of the research is ensured by the in-depth study of the theoretical articulation of user fee exemption policies. The construction of explanations so as to make "sense" of exemption policies, through an iterative process between empirical data and construction of CMO configurations, also contributes to strengthening internal validity. The external validity of the research stems from the principle of explanation discussed above, as well as the approach based on the CMO configurations (Chen & Rossi, 1987). Taking the context into account in the production of outcomes increases the generalization potential of the study. Indeed, developing middle-range theories allows a better understanding of the elements involved in the production of outcomes. A research logbook will document the research approach step by step, along with any adjustments and methodological choices made. This logbook will contain methodological as well as theoretical notes. This will help ensure the

reliability of the research results (Devers, 1999). A glossary will be prepared to clarify the terminology used in the research.



## **Discussion**

### **Importance of the research**

The results of the proposed research may be useful to African decision-makers who would be willing to implement exemption policies in their countries and to government and international agencies that wish to support them. More than 30 countries have adopted the BI and are thus potential users of the results of this research, especially in the context of an emerging consensus around these issues within the international community (Commission for Africa, 2010; Yates, 2009). In addition, this study is part of a broader research movement initiated around new practices of user fee exemptions in LMICs, but which mainly focuses on outcomes at the expense of other pieces of knowledge that will be studied within this research. Once the review has been completed, a realistic evaluation could be undertaken to test the new middle-range theory.

Few researchers, including those in the field of public health, have used the realist approach to synthesize the literature. This is doubtless due to both methodological and conceptual challenges (Ridde et al., 2011). A secondary objective is therefore to pursue the reflections initiated on the realist review in order to facilitate its use for the benefit of research on health policies (Greenhalgh, Wong, Westhorp, & Pawson, 2011).

### **Knowledge-sharing strategy**

To promote the use of the knowledge generated through this research, three activities will be implemented. First, a restitution workshop will be organized at the end of the research with key stakeholders. Then, the RESAO (2011), a West African network of researchers and decision-makers, will be involved in the research. Its role will be to mobilize key informants at step 1 and for the restitution workshop, and also to provide technical expertise on exemption policies. Finally, a policy brief in French and in English presenting the research results will be produced and broadcast via the RESAO and the Financial Access to Health Services Community of Practice (FACOP, 2011).

## **Ethical considerations**

The study has been approved by the Ethics Committee of the CHUM Research Centre. It received funding from the Canadian Institutes of Health Research.

## Bibliography

- Barnett-Page, E., & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9(59). doi: 10.1186/1471-2288-9-59
- Blaise, P. , Marchal, B., Lefèvre, P., & Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. In L. Potvin, M.-J. Moquet & C. M. Jones (Eds.), *Guide d'aide à l'action : Inégalités sociales de santé* (pp. 285-296). Saint-Denis, France: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- Blom, B., & Morén, S. (2011). Analysis of generative mechanisms. *Journal of Critical Realism*, 10(1), 60-79. doi: 10.1558/jcr.v10i1.60
- Chen, H.-T. (1990). Generalization evaluation. In H.-T. Chen (Ed.), *Theory-driven Evaluation* (pp. 219-254). Newbury Park, CA: SAGE.
- Chen, H.-T. (1994). Theory-driven evaluations: Need, difficulties, and options. *American Journal of Evaluation*, 15(1), 79-82. doi: 10.1177/109821409401500109
- Chen, H.-T. (2004). The roots of theory-driven evaluation: Current views and origins. In M. C. Alkin (Ed.), *Evaluation roots: Tracing theorists' views and influences* (pp. 132-152). London, England: SAGE.
- Chen, H.-T., & Rossi, P. H. (1980). The multi-goal, theory-triven approach to evaluation: A model linking basic and applied social science. *Social Forces*, 59(1), 106-122. doi: 10.1093/sf/59.1.106
- Chen, H.-T., & Rossi, P. H. (1987). The theory-driven approach to validity. *Evaluation and Program Planning*, 10(1), 95-103. doi: 10.1016/0149-7189(87)90025-5
- Clamp, S., & Keen, J. (2007). Electronic health records: Is the evidence base any use? *Medical Informatics and The Internet in Medicine*, 32(1), 5-10. doi: 10.1080/14639230601097903
- Commission for Africa. (2010). *Still our common interest: Commission for Africa Report 2010*. London, England: Commission for Africa. Retrieved from <http://www.commissionforafrica.info/wp-content/uploads/2010/09/cfa-report-2010-full-version.pdf>.
- Cook, D. J., Mulrow, C. D., & Haynes, R. B. (1997). Systematic reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. *Annals of Internal Medicine*, 126(5), 376-380. doi: 10.1059/0003-4819-126-5-199703010-00006
- Devers, K. J. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5), 1153-1188.
- Dieleman, M., Gerretsen, B., & van der Wilt, G. J. . (2009). Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income

- countries: A realist review. *Health Research Policy and Systems*, 7, 7. doi: 10.1186/1478-4505-7-7
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D. R., Young, B., & Sutton, A. J. (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(1), 45-53.
- Egan, M., Bambra, C., Petticrew, M., & Whitehead, M. (2009). Reviewing evidence on complex social interventions: Appraising implementation in systematic reviews of the health effects of organisational-level workplace interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(1), 4-11. doi: 10.1136/jech.2007.071233
- FACOP. (2011). About FACOP. Retrieved from <http://www.hha-online.org/hso/financing/subpillar/Financial-Access-to-Health-Services/about>
- Gilson, L. (1997). The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12(4), 273-285.
- Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I. A., Ssengooba, F., & Bennett, S. (2011). Building the field of health policy and systems research: Social science matters. *PLoS Medicine*, 8(8), e1001079. doi: 10.1371/journal.pmed.1001079
- Gilson, L., & Mills, A. (1995). Health sector reforms in sub-Saharan Africa: Lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 32(1-3), 215-243. doi: 10.1016/0168-8510(95)00737-D
- Greenhalgh, T., Wong, G., Westhorp, G., & Pawson, R. (2011). Protocol - Realist and meta-narrative evidence synthesis: Evolving Standards (RAMESES). *BMC Medical Research Methodology*, 11(115). doi: 10.1186/1471-2288-11-115
- Jackson, N., Waters, E., & Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions Taskforce. (2004). The challenges of systematically reviewing public health interventions. *Journal of Public Health*, 26(3), 303-307. doi: 10.1093/pubmed/fdh164
- James, C., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, Y., . . . Xu, K. (2006). To retain or remove user fees?: Reflections on the current debate. *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(3), 137-153. doi: 10.2165/00148365-200605030-00001
- Julnes, G., & Mark, M. M. (1998). Evaluation as sensemaking: Knowledge construction in a realist world. In G. T. Henry, G. Julnes & M. M. Mark (Eds.), *Realist evaluation: An emerging theory in support of practice* (pp. 33-52). San Francisco, CA: New Directions for Evaluation (no.78).
- Knippenberg, R., Alihonou, E., Soucat, A., Oyegbite, K., Calivis, M., Hopwood, Y., . . . Ofosu-Amaah, S. (1997). Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea. *The International Journal of Health Planning and Management* 12(S1), S29-S47. doi: 10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S29::AID-HPM465>3.0.CO;2-U

- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Systematic Review*(4). doi: 10.1002/14651858.CD009094
- Laterveer, L., Munga, M., & Shwerzel, P. (2004). *Equity implications of health sector user fees in Tanzania: Do we retain the user fee or do we set the future user fee?* Leusden, Netherlands: ETC Crystal for REPOA / Partners in International Health. Retrieved from [http://www.tanzaniagateway.org/docs/Equity\\_implications\\_of\\_health\\_sector\\_user\\_fees\\_in\\_Tanzania.pdf](http://www.tanzaniagateway.org/docs/Equity_implications_of_health_sector_user_fees_in_Tanzania.pdf).
- McPake, B., Schmidt, A., Araujo, E., & Kirunga-Tashobya, C. (2008). *Freeing up healthcare: A guide to removing user fees*. London, England: Save The Children UK. Retrieved from <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/freeing-healthcare-guide-removing-user-fees>.
- Meessen, B. (2009). *Removing user fees in the health sector in low-income countries: A policy guidance note for programme managers*. New York, NY: UNICEF. Retrieved from [http://www.be-causehealth.be/media/5594/unicef\\_guidance\\_note\\_removal\\_uf\\_sept\\_2009.pdf](http://www.be-causehealth.be/media/5594/unicef_guidance_note_removal_uf_sept_2009.pdf).
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Bicaba, A., . . . Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl 2), ii16-ii29. doi: 10.1093/heapol/czr062
- Merton, R. K. (1968). On sociological theories of the middle range. In R. K. Merton (Ed.), *Social theory and social structure* (pp. 39-72). New York, NY: Free Press.
- Pawson, R. (2000). Middle-range realism. *European Journal of Sociology*, 41(2), 283-325. doi: 10.1017/S0003975600007050
- Pawson, R. (2003). Nothing as practical as good theory. *Evaluation*, 9(4), 471-490. doi: 10.1177/1356389003094007
- Pawson, R. (2006a). *Digging for nuggets: How 'bad' research can yield 'good' evidence*. Realist Synthesis: Supplementary reading 6. Retrieved from [www.leeds.ac.uk/realistsynthesis/Supread6.doc](http://www.leeds.ac.uk/realistsynthesis/Supread6.doc)
- Pawson, R. (2006b). *Evidence-based policy: A realist perspective*. London, England: SAGE.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review: A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(S1), 21-34. doi: 10.1258/1355819054308530
- Pawson, R., & Sridharan, S. (2010). Theory-driven evaluation of public health programs. In A. Killoran & K. Mike (Eds.), *Evidence-based Public Health: Effectiveness and efficiency* (pp. 43-62). New York, NY: Oxford University Press.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London, England: SAGE.
- Petticrew, M. (2009). Systematic reviews in public health: Old chestnuts and new challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(3), 163-163A. doi: 10.2471/BLT.09.063719

- Pluye, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in mixed studies reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 529-546. doi: S0020-7489(09)00014-5 [pii]10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., . . . Rousseau, M.C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Retrieved from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>
- Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: A guide to methods*. Maidenhead, England: McGraw-Hill Education.
- RESAO. (2011). Bienvenue sur le site de RESAO. Retrieved from <http://www.reseao-sante.org/>
- Ridde, V., & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 1(41), 37-51. doi: 10.3917/spub.041.0037
- Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11. doi: 10.1093/heapol/czq021
- Ridde, V., Robert, E., Guichard, A., Blaise, P., & Van Holmen, J. (2011). L'approche Realist à l'épreuve du réel : De quelques défis méthodologiques. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3).
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. . (2010). *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/UserFeesNo18FINAL.pdf>.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). Expressing and assessing program theory. In P. H. Rossi (Ed.), *Evaluation: A systematic approach* (pp. 133-152). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Sambo, L. G., Kirigia, J. M., & Ki-Zerbo, G. (2011). Perceptions and viewpoints on proceedings of the Fifteenth Assembly of Heads of State and Government of the African Union Debate on Maternal, Newborn and Child Health and Development, 25–27 July 2010, Kampala, Uganda. *BMC Proceedings*, 5(Suppl 5), S1. doi: 10.1186/1753-6561-5-S5-S1
- Sheldon, T. A. (2005). Making evidence synthesis more useful for management and policy-making. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(S1), 1-5. doi: 10.1258/1355819054308521
- Shepperd, S., Lewin, S., Straus, S., Clarke, M., Eccles, M. P., Fitzpatrick, R., . . . Sheikh, A. (2009). Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Medicine*, 6(8), e1000086. doi: 10.1371/journal.pmed.1000086

- Stame, N. (2004). Theory-based evaluation and types of complexity. *Evaluation*, 10(1), 58-76. doi: 10.1177/1356389004043135
- White, D. G. (2001). Evaluating evidence and making judgements of study quality: Loss of evidence and risks to policy and practice decisions. *Critical Public Health*, 11(1), 3 - 17. doi: 10.1080/09581590010028228
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*, 373(9680), 2078-2081. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60258-0

# ANNEXE 2 – Certificat d'éthique pour la revue réaliste



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le 28 mai 2010

Dr Valéry Ridde  
CRCHUM – USI

a/s Monsieur Robert Emilie

**Objet :** 10.073 – Approbation accélérée initiale et finale CÉR

Synthèse des connaissances sur la suppression du paiement direct des soins en Afrique

Cher docteur Ridde,

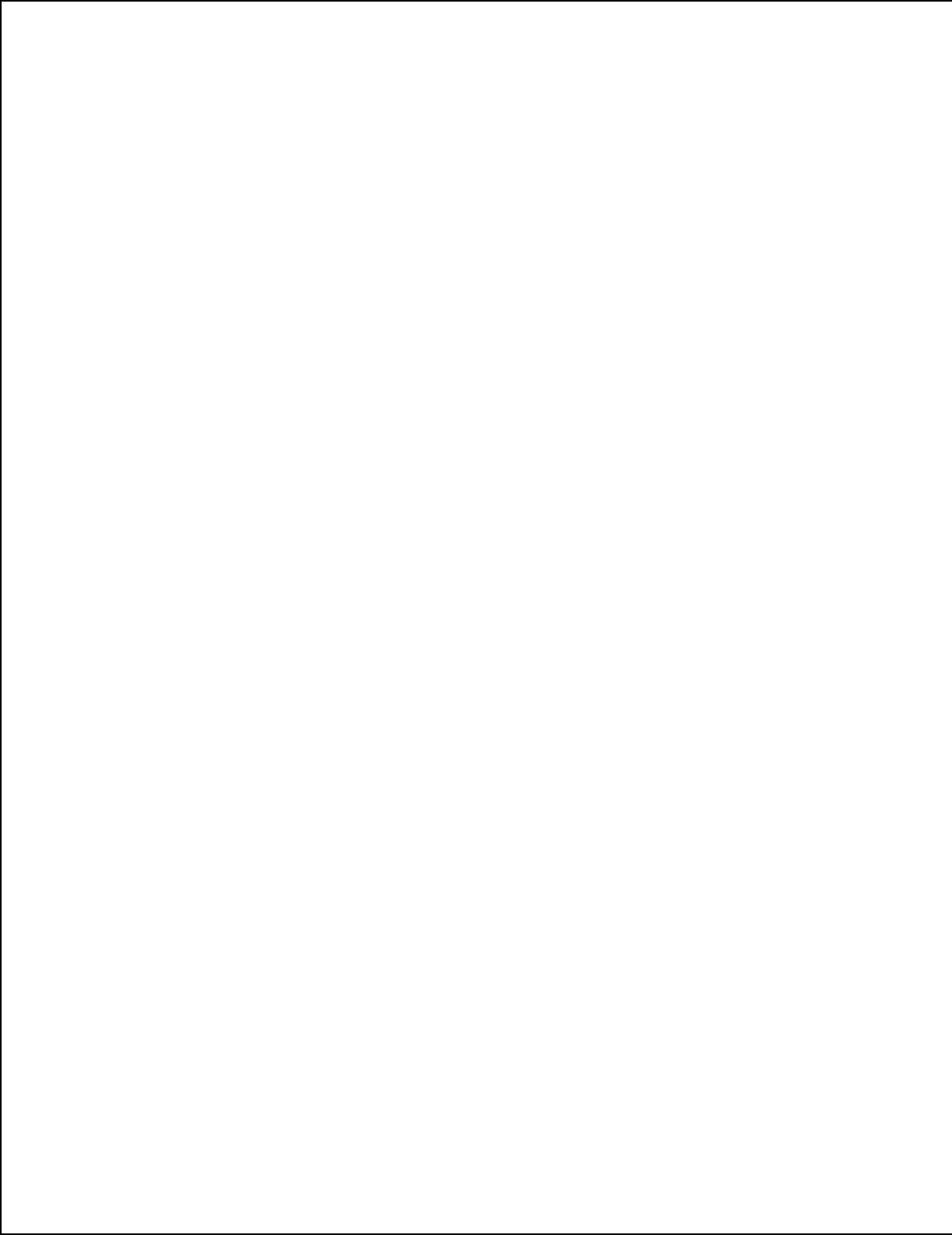
J'ai pris connaissance le 27 mai 2010 des documents reçus au CÉR du CHUM le 26 mai 2010 concernant le projet mentionné ci-dessus :

- Lettre de présentation datée du 25 mai 2010
- Formulaire de demande d'évaluation éthique d'un projet de recherche
- Formulaire de présentation – Formulaire A
- Lettre d'appui au projet – SERSAP
- Autorisation de financement – IRSC – 22 janvier 2010
- Engagement pour la participation aux événements liés au projet
- Invitation à l'atelier sur les politiques nationales d'exemption des frais demandés aux patients
- Protocole de recherche
- Approbation de IRSC adressée au Dr Ridde – 11 janvier 2010
- Document : Knowledge Synthesis Evaluation Form

Le tout est jugé satisfaisant. En vertu des pouvoirs qui me sont délégués par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM pour procéder à une évaluation accélérée, il me fait plaisir de vous informer que j'approuve votre projet puisqu'il s'agit d'un projet déjà approuvé par le CÉR de HMR et qui peut être considéré comme étant à risque minimal.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL





# ANNEXE 3 – Mixed Methods Appraisal Tool pour l'évaluation de la qualité des études de la revue réaliste

Traduit de Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., . . . Rousseau, M.C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. McGill University. Montréal, QC. Repéré à <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>. Archivé à WebCite® à <http://www.webcitation.org/5fTRTc9yJ>

Type d'études empiriques	Critères d'évaluation de la qualité
<b>Questions préliminaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Y a-t-il une question de recherche qualitative et/ou quantitative (ou un objectif de recherche) claire ?</li> <li>▪ Les données collectées permettent-elles de répondre à la question de recherche (ou à l'objectif de recherche) ? Par exemple, la période de suivi est-elle suffisamment longue pour permettre à l'effet de se produire (pour les études longitudinales) ?</li> </ul> <p>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux questions.</p>
<b>1. Études qualitatives</b>	<p>1.1. Les sources de données (p. ex. participants) permettent-elles de répondre à la question de recherche ?</p> <p>1.2. Le processus d'analyse des données qualitatives permet-il de répondre à la question de recherche ?</p> <p>1.3. Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont les résultats sont liés au contexte (p. ex. le cadre dans lequel les données ont été collectées) ?</p> <p>1.4. Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont leur présence influence les résultats (p. ex. leurs interactions avec les participants) ?</p>
<b>2. Études quantitatives avec sélection aléatoire</b>	<p>2.1. Y a-t-il une description claire du processus de randomisation et/ou d'un processus approprié de distribution dans les groupes ?</p> <p>2.2. Y a-t-il une description claire du processus de sélection à l'aveugle ?</p> <p>2.3. Les données sont-elles complètes (&gt;80%) ?</p>

	2.4. Le nombre de perdus de vue est-il faible (<20%) ?
<b>3. Études quantitatives sans sélection aléatoire</b>	<p>3.1. Le processus de sélection des participants permet-il de minimiser les facteurs de confusion ?</p> <p>3.2. Les instruments de mesure de l'exposition (ou de l'intervention) et des effets sont-ils appropriés (origine claire, validité connue, outil validé; et absence de contamination entre les groupes si pertinent) ?</p> <p>3.3. Dans les groupes comparés (exposés / non exposés; avec ou sans l'intervention; cas / contrôles), les participants sont-ils comparables, ou les chercheurs prennent-ils en compte (en les contrôlant) ces différences dans leurs analyses ?</p> <p>3.4. Les données sont-elles complètes (&gt;80%) et/ou le taux de réponse est-il acceptable (&gt;60%), ou un taux acceptable de suivi pour les études de cohorte (selon la durée du suivi) ?</p>
<b>4. Études quantitatives descriptives</b>	<p>4.1. La stratégie d'échantillonnage permet-elle de répondre à la question de recherche ?</p> <p>4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population à l'étude ?</p> <p>4.3. Les instruments de mesure sont-ils appropriés (origine claire, validité connue, outil validé) ?</p> <p>4.4. Le taux de réponse est-il acceptable (&gt;60%) ?</p>
<b>5. Études mixtes</b>	<p>5.1. Le devis de recherche mixte permet-il de répondre à la question de recherche ?</p> <p>5.2. L'intégration des données qualitatives et quantitatives (ou des résultats) permet-elle de répondre à la question de recherche ? <i>(NB : Ceci n'est pas une question double car, dans les recherches mixtes, les données qualitatives et quantitatives et/ou les résultats qualitatifs et quantitatifs peuvent être intégrés.)</i></p> <p>5.3. Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte les limites associées au processus d'intégration (p. ex. divergence des données ou des résultats qualitatifs et quantitatifs dans le cas d'un devis de triangulation) ?</p> <p>Les critères pour les différentes composantes (qualitative, quantitative avec sélection aléatoire, quantitative sans sélection aléatoire, quantitative descriptive) doivent également être appliqués.</p>

## **ANNEXE 4 – Canevas pour la description et l'évaluation de la qualité des études de la revue réaliste**

Cette grille a été préparée par Emilie Robert en 2011, et est adaptée de la grille préparée par Marie Malo et Emilie Robert en 2010. L'adaptation et l'utilisation de cette grille doivent être autorisées par ses auteurs.

L'évaluation de la qualité des études reprend les items de la version 2011 du *Mixed Method Appraisal Tool* (MMAT). Cet outil doit être cité ainsi :

Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. Retrieved on [date] from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>

<b>Informations générales sur l'article (ou les articles)</b>			
<b>Références complète</b>	(format APA)		
<b>Type de document</b>	(article, rapport, etc.)		
<b>Informations méthodologiques</b>			
<b>Intervention</b>	(p. ex : soins de santé primaire, césarienne, etc.)		
<b>Objectif(s) / Question(s) de recherche</b>	(De quoi s'agit-il ? Quel est l'objectif de l'article ?)		
<b>Construit(s)</b>	(Quelles sont les variables mesurées ou les dimensions explorées dans l'étude ?)		
<b>Type d'étude</b> <i>(classification du MMAT – si mixte, indiquez le détail des composantes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitative</li> <li>▪ Quantitative sans sélection aléatoire</li> <li>▪ Quantitative avec sélection aléatoire</li> <li>▪ Quantitative descriptive</li> <li>▪ Méthodes mixtes</li> </ul>		
<b>Stratégie(s) d'échantillonnage</b> <i>(si stratégie complexe, indiquez autant de stratégies que nécessaire)</i>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Échantillon probabiliste (choisissez : aléatoire simple, systématique, en grappes, stratifié)</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Échantillon non probabiliste (choisissez : par quotas, de convenance, par choix raisonnés, boule de neige, théorique)</td> </tr> </table>	Échantillon probabiliste (choisissez : aléatoire simple, systématique, en grappes, stratifié)	Échantillon non probabiliste (choisissez : par quotas, de convenance, par choix raisonnés, boule de neige, théorique)
Échantillon probabiliste (choisissez : aléatoire simple, systématique, en grappes, stratifié)	Échantillon non probabiliste (choisissez : par quotas, de convenance, par choix raisonnés, boule de neige, théorique)		
<b>Échantillon(s)</b> <i>(si plusieurs, indiquez autant d'échantillons que nécessaire)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N = (nombre de participants ou nombre de cas)</li> <li>▪ Taux de réponse =</li> <li>▪ Participants = (qui sont-ils ?)</li> <li>▪ Pays, province / état =</li> </ul>		
<b>Outil(s) de collecte de données quantitatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Type d'outil = (précisez s'il s'agit d'un questionnaire administré ou auto-administré, de dossiers patients, etc. – préciser le nom de l'instrument si disponible)</li> <li>▪ Nombre d'items = (pour les questionnaires)</li> <li>▪ Échelle = points (pour les questionnaires)</li> <li>▪ Ancrage = (pour les questionnaires)</li> <li>▪ Dates de suivi (durée) =</li> <li>▪ Période de collecte =</li> <li>▪ Exemple d'item ou d'information recherchée =</li> </ul>		
<b>Outil(s) de collecte de données qualitatives</b>	(choisissez : entretiens dirigés, entretiens semi-dirigés, entretiens ouverts, groupes de discussion, etc.)		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nom =</li> <li>▪ Nombre de questions/événements =</li> <li>▪ Exemple de question/événements =</li> <li>▪ Période de collecte =</li> </ul>	
<b>Analyse(s)</b>	(choisissez : qualitative, quantitative)	Nom(s) de ou des analyses =
<b>Résultats</b>		
<b>Principaux résultats</b>	(présentation synthétique, sous forme de points)	
<b>Qualité de l'étude</b>		
<b>Questions préliminaires</b>	1. Oui / Non / Ne sait pas 2. Oui / Non / Ne sait pas	Justifier Justifier
<b>Composante qualitative (1)</b>	1.1. Oui / Non / Ne sait pas 1.2. Oui / Non / Ne sait pas 1.3. Oui / Non / Ne sait pas 1.4. Oui / Non / Ne sait pas	Justifier Justifier Justifier Justifier
<b>Composante quantitative avec sélection aléatoire (2)</b>	2.1. Oui / Non / Ne sait pas 2.2. Oui / Non / Ne sait pas 2.3. Oui / Non / Ne sait pas 2.4. Oui / Non / Ne sait pas	Justifier Justifier Justifier Justifier
<b>Composante quantitative sans sélection aléatoire (3)</b>	3.1. Oui / Non / Ne sait pas 3.2. Oui / Non / Ne sait pas 3.3. Oui / Non / Ne sait pas 3.4. Oui / Non / Ne sait pas	Justifier Justifier Justifier Justifier
<b>Composante quantitative (4) descriptive</b>	4.1. Oui / Non / Ne sait pas 4.2. Oui / Non / Ne sait pas 4.3. Oui / Non / Ne sait pas 4.4. Oui / Non / Ne sait pas	Justifier Justifier Justifier Justifier
<b>Composante mixte (5)</b>	5.1. Oui / Non / Ne sait pas 5.2. Oui / Non / Ne sait pas 5.3. Oui / Non / Ne sait pas	Justifier Justifier Justifier
<b>Contact de l'auteur</b> <i>(indiquer dans une autre couleur les informations fournies par l'auteur)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faut-il contacter l'auteur pour préciser des aspects de la méthode ?</li> <li>▪ Contact de l'auteur : (adresse courriel)</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Date à laquelle l'auteur a été contacté :</li><li>▪ L'auteur a-t-il répondu ?</li></ul>
<i>Commentaires</i>	
(Inscrivez les doutes, questionnements, réflexions, etc.)	

## Lexique des stratégies d'échantillonnage

Instructions : cochez la stratégie d'échantillonnage ou la combinaison des stratégies d'échantillonnage décrites dans l'article. N'inférez pas la stratégie si l'information est manquante.

**NB : les catégories ne sont pas mutuellement exclusives et la combinaison de plusieurs stratégies d'échantillonnage peut être utilisée pour définir un échantillon.**

### Échantillons probabilistes

- Échantillon aléatoire simple : tirage au sort dans lequel les sujets de la population cible peuvent être tirés plusieurs fois
- Échantillon systématique : sélection des sujets sur une liste à intervalle fixe (p. ex : tous les 10 noms)
- Échantillonnage en grappes : lorsqu'il est impossible d'établir la liste complète des sujets de la population cible, sélection aléatoire d'unités de regroupement puis sélection des sujets dans chaque unité (p. ex : sélection aléatoire des centres de santé, puis sélection aléatoire des patients de chaque centre sélectionné) NB : possibilité de sous-unités de sélection (p. ex : district sanitaire / centre de santé / famille / sujet)
- Échantillonnage stratifié : division de la population cible en strates (souvent en fonction de caractéristiques clés pour assurer la représentativité de l'échantillon), puis sélection aléatoire des sujets dans chaque strate

### Échantillons non probabilistes (par raisonnement)

- Échantillon par quotas : sélection des sujets de l'échantillon selon les caractéristiques de la population à l'étude, lorsqu'il est impossible de définir les caractéristiques en amont de l'enquête (p. ex : un chercheur souhaite avoir des répondants de catégories salariales différentes, mais ne peut obtenir ces infos en amont; la sélection des sujets se fait donc au fur et à mesure et s'arrête une fois que l'on obtient le nombre de sujets souhaités)
- Échantillon de convenance : sélection des sujets les plus facilement accessibles
  - ✓ Échantillon accidentel : sélection des sujets de l'échantillon en fonction de leur présence à un endroit déterminé, à un moment précis
  - ✓ Échantillons de volontaires : appel aux volontaires
- Échantillon par choix raisonnés : choix des sujets (éléments typiques) selon le jugement d'experts pour augmenter l'utilité de l'information
  - ✓ Échantillon d'acteur
  - ✓ Échantillon de milieu, institutionnel ou géographique
  - ✓ Échantillon événementiel
  - ✓ Échantillon par contraste : choix d'un ou deux sujets dans chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête (NB : il ne s'agit pas de cas)



- ✓ Échantillon par homogénéisation : choix des informateurs les plus divers possible au sein du même groupe qui constitue l'objet d'enquête
- ✓ Échantillon par contraste-approfondissement : choix de plusieurs cas (traités comme cas uniques) pour pouvoir les comparer, les contraster pour donner une meilleure vue d'ensemble d'un phénomène, d'un problème (p. ex : dans une recherche sur la prise d'otages, on va étudier un cas de vol de banque et un détournement d'avion)
- ✓ Échantillon par contraste-saturation
- ✓ Échantillon par quête du cas négatif : choix du cas du fait de sa singularité ou parce qu'il est exceptionnel
- Échantillon boule de neige : sélection des sujets via le réseau des participants (système de relations)
- Échantillon théorique : sélection des sujets se fait de manière inductive en fonction de la construction de la théorie, surtout pour la théorisation ancrée

Sources :

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer*. Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.

Poupart, J., Groulx, L.-H., Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, QC: gaëtan morin éditeur.

Fairfax County Department of System Management for Human Services. (2003). *Overview of Sampling Procedures (Informational Brochure)*. Fairfax: Fairfax County. Récupéré de <http://www.fairfaxcounty.gov/demogrph/pdf/samplingprocedures.pdf>.

Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-525.

## ANNEXE 5 – Évaluation de la qualité (pertinence et rigueur) des études de la revue réaliste

Auteurs (année)	Évaluation de la qualité		Codage
	Pertinence	Rigueur	
<b>Afrique du Sud (n=16)</b>			
Bhayat et Cleaton-Jones (2003)	+	X	□
Brink et Koch (2013)	+	X	□
Child Health Unit (1995)	++	Exclu	N/A
Gilson, Palmer, et Schneider (2005)	-	N/A	N/A
Goudge, Gilson, Russell, Gumede, et Mills (2009)	+++	X	□
Goudge, Russell, et al. (2009)	+++	X	□
Knight et Maharaj (2009)	+	X	□
Mitchell et Andersson (2011)	-	N/A	N/A
Netshandama, Nemathaga, et Shai-Mahoko (2005)	+	X	□ (manuel)
Nkonki (2011)	-	N/A	N/A
Paredes-Solis, Andersson, Ledogar, et Cockcroft (2011)	-	N/A	N/A
Power et al. (1997)	+	X	□
Walker et Gilson (2004)	+	X	□
Wilkinson, Sach, Abdool Karim, et Costello (1997)	+	X	□
Wilkinson, Gouws, Sach, et Karim (2001)	+	X	□
Zere et McIntyre (2003)	-	N/A	N/A
<b>Burundi (n=5)</b>			
Meessen et al. (2009); Meessen et al. (2011)*	-	N/A	N/A
Nimpagaritse et Bertone (2011)	++	X	□
Noirhomme et Hicuburundi (2008)	-	N/A	N/A

Observatoire de l'Action Gouvernementale (2009)	+	X	□
<b>Ghana (n=16)</b>			
Agyepong et Nagai (2010)	+	X	□
Ansong-Tornui, Armar-Klemesu, Arhinful, Penfold, et Hussein (2007)	-	N/A	N/A
Asante, Chikwama, Daniels, et Armar-Klemesu (2007)	-	N/A	N/A
Bosu, Bell, Armar-Klemesu, et Ansong-Tornui (2007)	-	N/A	N/A
Dzakpasu et al. (2012)	+	X	□
Grepin (2009)	+	X	□
Meessen et al. (2009); Meessen et al. (2011)*	-	N/A	N/A
Mills, Williams, Adjuik, et Hodgson (2008)	++	X	□
Opoku (2009)	-	N/A	N/A
Penfold, Harrison, Bell, et Fitzmaurice (2007)	+	X	□
IMMPACT			
<i>Witter et Adjei (2007)</i>	+	X	□ (manuel)
<i>Witter, Kusi, et Aikins (2007)</i>	+	X	□
<i>Witter, Arhinful, Kusi, et Zakariah-Akoto (2007)</i>	+	X	□
<i>Witter, Armar-Klemesu, et Dieng (2008)*</i>	-	N/A	N/A
Witter, Garshong, et Ridde (2013)	+	X	□
<b>Madagascar (n=1)</b>			
Fafchamps et Minten (2006)	+	X	□
<b>Niger (n=11)</b>			
CREDES (2010)	-	N/A	N/A
Diarra (2011)	++	X	□
Diarra (2012)	+	X	□
Kafando, Mazou, Kouanda, et Ridde (2011)	-	N/A	N/A
Lagarde, Barroy, et Palmer (2012)*	+	X	□

Lawali et al. (2012)	+	Exclu	N/A
Ousseini (2011)	+	X	□
Ousseini (2011)	-	N/A	N/A
Ousseini et Kafando (2012)	-	N/A	N/A
Page et Hustache (2011)	+	X	□
Ridde, Diarra, et Moha (2011)	+	X	□
<b>Nigeria (n=2)</b>			
Ezugwu, Onah, Iyoke, et Ezugwu (2011)	-	N/A	N/A
Galadanci (2010)	-	N/A	N/A
<b>Ouganda (n=23)</b>			
Burnham, Pariyo, Galiwango, et Wabwire-Mangen (2004)	-	N/A	N/A
Deininger et Mpuga (2005)	+	X	□
Kajula, Kintu, Barugahare, et Neema (2004)	+	X	□
Kiguli et al. (2009)	++	X	□
Meessen et al. (2009); Meessen et al. (2011)*	-	N/A	N/A
Moat et Abelson (2011)	-	N/A	N/A
Mpuga (2002)	+	X	□
Nabyonga et al. (2005)	+	X	□
Nabyonga-Orem et al. (2008)	+	X	□
Nabyonga-Orem, Mugisha, Kirunga, Macq, et Criel (2011)	+	X	□
Nabyonga-Orem, Mugisha, Okui, Musango, et Kirigia (2013)	-	N/A	N/A
Odaga (2004)	++	Exclu	N/A
Parkhurst, Rahman, et Ssenooba (2006)	+	Exclu	N/A
Parkhurst et Ssenooba (2009)	-	N/A	N/A
Pariyo et al. (2009)	++	X	□
Ruhweza, Baine, Onama, Basaza, et Pariyo (2009)	+	Exclu	N/A

Rutebemberwa, Pariyo, Peterson, Tomson, et Kallander (2009)	+	X	□
Rutebemberwa et al. (2009)	+	X	□
Twikirize et O'Brien (2012)	++	X	□
Xu et Evans (2005), Xu et al. (2006)	+	X	□
Yates, Cooper, et Holland (2006)	+	Exclu	N/A
<b>Sénégal (n=10)</b>			
Faye, Niane, et Ba (2011)	+	Exclu	N/A
Leye, Diongue, et Faye (2013)	-	N/A	N/A
Meessen et al. (2009), Meessen et al. (2011)*	-	N/A	N/A
Ndiaye et Dieme (2007)	-	N/A	N/A
IMMPACT			
<i>Witter, Drame, et Cross (2009)</i>	+	X	□
<i>Witter et Diadiou (2008)</i>	+	X	□ (manuel)
<i>Witter et al. (2008)*</i>	-	N/A	N/A
<i>Witter, Dieng, Mbengue, Moreira, et De Brouwere (2010)</i>	+	X	□
<i>Ministère de la santé et de la prévention médicale, Fonds des Nations Unies pour la Population, Initiative for maternal mortality programme assessment, et Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction (2007)</i>	++	X	□
<b>Sierra Leone (n=4)</b>			
Amnesty International (2011)	++	X	□
Diaz et al. (2013)	+++	X	□
Groen, Kamara, Nwomeh, Daoh, et Kushner (2013)	-	N/A	N/A
M'Cormack, M'Cormack-Hale, et Yannesssa (2012)	-	N/A	N/A
<b>Soudan (n=2)</b>			
Federal Ministry of Health			
<i>Witter et Technical working group of the Federal Ministry of Health (2010)</i>	-	N/A	N/A

<i>Witter, Khalid Mousa, Abdel-Rahman, Hussein Al-Amin, et Saed (2013)</i>	–	N/A	N/A
<b>Tanzanie (n=17)</b>			
Ferry, Dickson, Mbaruku, Freedman, et Kruk (2012)	+	X	□
Kahabuka, Kvåle, et Hinderaker (2013)	–	N/A	N/A
Kahabuka, Kvåle, Moland, et Hinderaker (2011)	+	X	□
Kahabuka, Moland, Kvåle, et Hinderaker (2012)	+	X	□
Kruger, Olsen, Mighay, et Ali (2011)	–	N/A	N/A
Kruk, Mbaruku, et al. (2009)	+	X	□
Kruk, Mbaruku, Rockers, et Galea (2008)	+	X	□
Kruk, Paczkowski, Mbaruku, de Pinho, et Galea (2009)	+	X	□
Kruk, Rockers, Mbaruku, Paczkowski, et Galea (2010)	+	X	□
Magoma, Requejo, Campbell, Cousens, et Filippi (2010)	++	X	□
Manzi et al. (2005)	+	X	□
Mpembeni et al. (2007)	++	X	□
Mrisho et al. (2007)	++	X	□
Perkins et al. (2009)	+	X	□
Pfeiffer et Mwaipopo (2013)	+	X <sup>b</sup>	□
Saksena et al. (2010)	–	N/A	N/A
Van Rijsbergen et D'Exelle (2013)	–	N/A	N/A
<b>Zambie (n= 16)</b>			
Chama-Chiliba et Koch (2013)	+	X	□
Cheelo et al. (2010)	–	N/A	N/A
Evaluation of the removal of UF in the health sector			
<i>Carasso, Palmer, Cheelo, et al. (2010)</i>	+	Exclu	N/A
<i>Carasso, Palmer, et Gilson (2010)</i>	–	N/A	N/A
<i>Carasso et al. (2009b)</i>	–	N/A	N/A

<i>Carasso, Lagarde, Cheelo, Chansa, et Palmer (2012)</i>	+	X	□
<i>Carasso, Palmer, Lagarde, et al. (2010)</i>	-	N/A	N/A
<i>Carasso, Cheelo, Chama, Pollen, et Palmer (2010)</i>	-	N/A	N/A
<i>Carasso et al. (2009a)</i>	+	Exclu	N/A
<i>Lagarde (2010)</i>	+	X	□
<i>Lagarde et Palmer (n/a)</i>	+	X	□
<i>Ngulube et Carasso (2010)</i>	++	X <sup>b</sup>	□
Hadley (2011)	++	X	□
Lagarde et al. (2012)*	+	X	□
EQUINET			
<i>Masiye, Chitah, Chanda, et Simeo (2008)</i>	+	X	□
<i>Masiye, Chitah, et McIntyre (2010)</i>			
<b>TOTAL</b>			
<b>Nombre d'articles dont la pertinence a été évaluée : n = 115</b>			
<b>Nombre d'articles dont la qualité a été évaluée : n = 77</b>			
<b>Nombre d'articles codés et inclus dans l'analyse : n= 69</b>			
*Articles ou rapports traitant de plusieurs pays.			
a Seuls les résultats de la composante quantitative ont été inclus dans l'analyse.			
b Seuls les résultats de la composante qualitative ont été inclus dans l'analyse.			

## Références bibliographiques de l'Annexe 5

- Agyepong, I. A., & Nagai, R. (2010). "We charge them; otherwise we cannot run the hospital": Front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health Policy*, 99(3), 226-233. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.018
- Amnesty International (2011). *At a crossroads: Sierra Leone's free health care policy*. London, United Kingdom: Amnesty International. Repéré à [https://www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/sierral\\_maternalrpt\\_0.pdf](https://www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/sierral_maternalrpt_0.pdf)
- Ansong-Tornui, J., Armar-Klemesu, M., Arhinful, D., Penfold, S., & Hussein, J. (2007). Hospital based maternity care in Ghana: Findings of a confidential enquiry into maternal deaths. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 125-132. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v41i3.55280>
- Asante, F. A., Chikwama, C., Daniels, A., & Armar-Klemesu, M. (2007). Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 110-117. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v41i3.55277>
- Bhayat, A., & Cleaton-Jones, P. (2003). Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(2), 105-110. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.00006.x
- Bosu, W., Bell, J., Armar-Klemesu, M., & Ansong-Tornui, J. (2007). Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the Central and Volta regions of Ghana. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 118-124. doi: <http://dx.doi.org/10.4314/gmj.v41i3.55278>
- Brink, A. S., & Koch, S. F. (2013). *The 1996 User Fee Abolition in South Africa: A Difference-in-Difference Analysis*. Pretoria, South Africa. Repéré à [http://www.up.ac.za/media/shared/61/WP/wp\\_2013\\_32.zp39424.pdf](http://www.up.ac.za/media/shared/61/WP/wp_2013_32.zp39424.pdf)
- Burnham, G., Pariyo, G., Galiwango, E., & Wabwire-Mangen, F. (2004). Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(3), 187-195. doi: 10.1590/s0042-96862004000300008
- Carasso, B., Cheelo, C., Chama, C., Pollen, G., & Palmer, N. (2010). *Series of case studies: Description of the districts and facilities visited*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Carasso, B., Lagarde, M., Cheelo, C., Chansa, C., & Palmer, N. (2012). Health worker perspectives on user fee removal in Zambia. *Human Resources for Health*, 10, 40. doi: 10.1186/1478-4491-10-40
- Carasso, B., Palmer, N., Cheelo, C., Chama, C., Pollen, G., Ngulube, T. J., . . . Gilson, L. (2010). *Evaluating the impact of abolishing user fees in Zambia: Summary of findings*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Carasso, B., Palmer, N., & Gilson, L. (2010). *A policy analysis of the removal of user fees in Zambia*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Carasso, B., Palmer, N., Lagarde, M., Cheelo, C., Chama, C., Pollen, G., & Chansa, C. (2009a). *Drug availability around the time of user fee removal in Zambia*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health



Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.

- Carasso, B., Palmer, N., Lagarde, M., Cheelo, C., Chama, C., Pollen, G., & Chansa, C. (2009b). *The impact of the abolition of user fees on measures of staff motivation and satisfaction*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Carasso, B., Palmer, N., Lagarde, M., Cheelo, C., Chama, C., Pollen, G., & Chansa, C. (2010). *Evaluating the impact of abolishing user fees: Evidence from case studies in five districts in Zambia*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Chama-Chiliba, C., & Koch, S. (2013). *Evaluating the impact of the abolition of user fees on facility-based deliveries in rural Zambia*. Pretoria, South Africa. Repéré à [https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db\\_name=CSAE2013&paper\\_id=749](https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=CSAE2013&paper_id=749)
- Cheelo, C., Chama, C., Pollen, G., Carasso, B., Palmer, N., Jonsson, D., . . . Chansa, C. (2010). *Do user fee revenues matter? Assessing the influences of the removal of user fees on health financial resources in Zambia*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Child Health Unit (1995). *Free health care for pregnant women and children under six in South Africa: An impact assessment*. Cape Town, South Africa: Child Health Unit. Repéré à <http://www.healthlink.org.za/uploads/files/fhc.pdf>
- CREDES. (2010). *Evaluation des mécanismes de financement du système de santé au Niger (rapport provisoire)*. Document inédit.
- Deininger, K., & Mpuga, P. (2005). Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda. *Journal of African Economies*, 14(1), 55-91. doi: 10.1093/jae/ejh034
- Diarra, A. (2011). *La mise en oeuvre de la politique d'exemption de paiements dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say*. Niamey, Niger: LASDEL. Repéré à <http://www.lasdel.net/spip/IMG/184.pdf>
- Diarra, A. (2012). Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger. *Afrique Contemporaine*, 3(243), 77-93. doi: 10.3917/afco.243.0077
- Diaz, T., George, A. S., Rao, S. R., Bangura, P. S., Baimba, J. B., McMahan, S., & Kabano, A. (2013). Healthcare seeking for diarrhoea, malaria and pneumonia among children in four poor rural districts in Sierra Leone in the context of free health care: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 13, 157. doi: 10.1186/1471-2458-13-157
- Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A., Ten Asbroek, G., Tawiah, C., Hurt, L., . . . Kirkwood, B. R. (2012). Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PLoS One*, 7(11), e49430. doi: 10.1371/journal.pone.0049430
- Ezugwu, E. C., Onah, H., Iyoke, C. A., & Ezugwu, F. O. (2011). Obstetric outcome following free maternal care at Enugu State University Teaching Hospital (ESUTH), Parklane, Enugu, South-eastern Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31(5), 409-412. doi: 10.3109/01443615.2011.578227

- Fafchamps, M., & Minten, B. (2006). Public service provision, user fees and political turmoil. *Journal of African Economies*, 16(3), 485-518. doi: 10.1093/jae/ejl040
- Faye, A., Niane, M., & Ba, I. (2011). Home birth in women who have given birth at least once in a health facility: Contributory factors in a developing country. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(11), 1239-1243. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01163.x
- Ferry, G., Dickson, S. R., Mbaruku, G., Freedman, L. P., & Kruk, M. (2012). Equity of inpatient health care in rural Tanzania: A population- and facility-based survey. *International Journal for Equity in Health*, 11, 7. doi: 10.1186/1475-9276-11-7
- Galadanci, H. S. (2010). Programs and policies for reducing maternal mortality in Kano State, Nigeria: A review (Special Issue - Reducing maternal mortality in Nigeria: An approach through policy research and capacity building). *African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 14(3s1), 31-36.
- Gilson, L., Palmer, N., & Schneider, H. (2005). Trust and health worker performance: Exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science and Medicine*, 61(7), 1418-1429. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.062
- Goudge, J., Gilson, L., Russell, S., Gumedde, T., & Mills, A. (2009). The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical Medicine and International Health*, 14(4), 458-467. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x
- Goudge, J., Russell, S., Gilson, L., Gumedde, T., Tollman, S., & Mills, A. (2009). Illness-related impoverishment in rural South Africa: Why does social protection work for some households but not others? *Journal of International Development*, 21(2), 231-251. doi: 10.1002/jid.1550
- Grepin, K. A. (2009). *Influencing health systems: Priorities, policies, and providers*. (Harvard University, Cambridge, MA). Repéré à <http://gradworks.umi.com/33/65/3365267.html>
- Groen, R. S., Kamara, T. B., Nwomeh, B. C., Daoh, K. S., & Kushner, A. L. (2013). Free health care for under 5 year olds increases access to surgical care in Sierra Leone: An analysis of case load and patient characteristics. *World Journal of Surgery*, 37, 1216-1219. doi: 10.1007/s00268-013-1993-x
- Hadley, M. (2011). Does increase in utilisation rates alone indicate the success of a user fee removal policy? A qualitative case study from Zambia. *Health Policy*, 103(2-3), 244-254. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.08.009
- Kafando, Y., Mazou, B., Kouanda, S., & Ridde, V. (2011). *Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires*. Niamey, Niger: LASDEL. Repéré à <http://www.lasdel.net/spip/IMG/187.pdf>
- Kahabuka, C., Kvåle, G., & Hinderaker, S. G. (2013). Care-seeking and management of common childhood illnesses in Tanzania: Results from the 2010 Demographic and Health Survey. *PLoS One*, 8, e58789. doi: 10.1371/journal.pone.0058789
- Kahabuka, C., Kvåle, G., Moland, K. M., & Hinderaker, S. G. (2011). Why caretakers bypass primary health care facilities for child care: A case from rural Tanzania. *BMC Health Services Research*, 11, 315. doi: 10.1186/1472-6963-11-315

- Kahabuka, C., Moland, K. M., Kvåle, G., & Hinderaker, S. G. (2012). Unfulfilled expectations to services offered at primary health care facilities: Experiences of caretakers of underfive children in rural Tanzania. *BMC Health Services Research*, *12*, 158. doi: 10.1186/1472-6963-12-158
- Kajula, P., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). 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*, *19*(Suppl 1), S133-153. doi: 10.1002/hpm.772
- Kiguli, J., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Mutebi, A., Macgregor, H., & Pariyo, G. W. (2009). Increasing access to quality health care for the poor: Community perceptions on quality care in Ugand. *Patient Preference and Adherence*, *3*, 77-85. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S4091>
- Knight, L., & Maharaj, P. (2009). Use of public and private health services in KwaZulu-Natal, South Africa. *Development Southern Africa*, *26*(1), 17-28. doi: 10.1080/03768350802640040
- Kruger, C., Olsen, O. E., Mighay, E., & Ali, M. (2011). Where do women give birth in rural Tanzania? *Rural and Remote Health*, *11*(3), 1791. Repéré à <http://www.rrh.org.au>
- Kruk, M., Mbaruku, G., McCord, C. W., Moran, M., Rockers, P. C., & Galea, S. (2009). Bypassing primary care facilities for childbirth: A population-based study in rural Tanzania. *Health Policy and Planning*, *24*(4), 279-288. doi: 10.1093/heapol/czp011
- Kruk, M., Mbaruku, G., Rockers, P., & Galea, S. (2008). User fee exemptions are not enough: Out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, *13*(12), 1442-1451. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x
- Kruk, M., Paczkowski, M., Mbaruku, G., de Pinho, H., & Galea, S. (2009). Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: A population-based discrete choice experiment. *American Journal of Public Health*, *99*(9), 1666-1672. doi: 10.2105/AJPH.2008.146209
- Kruk, M., Rockers, P. C., Mbaruku, G., Paczkowski, M. M., & Galea, S. (2010). Community and health system factors associated with facility delivery in rural Tanzania: A multilevel analysis. *Health Policy*, *97*(2-3), 209-216. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.05.002
- Lagarde, M. (2010). *Analysis of the impact of user fee removal on health seeking behaviours using a difference-in-differences approach*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Lagarde, M., Barroy, H., & Palmer, N. (2012). Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *Journal of Health Services Research and Policy*, *17*(1), 30-36. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010166
- Lagarde, M., & Palmer, N. (n/a). *Removal of user fees in Zambia: Was the impact sustained over time?* Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Lawali, A., Mounkaila, I., Alassane, S. M., Barro, M., Tinni, A. A., Ousmane, O., & Hama, I. M. (2012). La gratuité de la césarienne et des soins aux enfants de zéro à cinq ans au Niger. Dans V. Ridde, L. Queuille & Y. Kafando (dir.), *Capitalisation de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest* (p. 159-182). Ouagadougou, Burkina Faso: CRCHUM / HELP / ECHO.

- Leye, M., Diongue, M., & Faye, A. (2013). Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal. *Santé Publique*, 25(1), 101-106. Repéré à [www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-1-page-101.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-1-page-101.htm).
- M'Cormack, F., M'Cormack-Hale, F., & Yanness, J. F. (2012). Lactating women's perception of the free health care initiative in rural Sierra Leone. *World Medical and Health Policy*, 4(1), 1-15. doi: 10.1515/1948-4682.1200
- Magoma, M., Requejo, J., Campbell, O. M. R., Cousens, S., & Filippi, V. (2010). High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: A case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 13. doi: 10.1186/1471-2393-10-13
- Manzi, F., Schellenberg, J. A., Adam, T., Mshinda, H., Victora, C. G., & Bryce, J. (2005). Out-of-pocket payments for under-five health care in rural southern Tanzania. *Health Policy and Planning*, 20(Suppl 1), i85-i93. doi: 10.1093/heapol/czi059
- Masieye, F., Chitah, B. M., Chanda, P., & Simeo, F. (2008). *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: A study of the effects on utilisation and quality of care*. Harare, Zimbabwe: EQUINET, UCT HEU. Repéré à <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf>
- Masiye, F., Chitah, B. M., & McIntyre, D. (2010). From targeted exemptions to user fee abolition in health care: Experience from rural Zambia. *Social Science and Medicine*, 71(4), 743-750. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.029
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Bicaba, A., . . . Gilson, L. (2009). *Removing user fees in the health sector in low-income countries: A multi-country review*. New York, NY: UNICEF. Repéré à [http://www.itg.be/itg/Uploads/Volksgezondheid/unicef/UNICEF\\_Multi-Country\\_review.pdf](http://www.itg.be/itg/Uploads/Volksgezondheid/unicef/UNICEF_Multi-Country_review.pdf)
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: A review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl 2), ii16-ii29. doi: 10.1093/heapol/czr062
- Mills, S., Williams, J. E., Adjuik, M., & Hodgson, A. (2008). Use of health professionals for delivery following the availability of free obstetric care in northern Ghana. *Maternal and Child Health Journal*, 12(4), 509-518. doi: 10.1007/s10995-007-0288-y
- Ministère de la santé et de la prévention médicale, Fonds des Nations Unies pour la Population, Initiative for maternal mortality programme assessment, & Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction (2007). *Évaluation des stratégies de réduction des barrières économiques, socioculturelles, sanitaires et institutionnelles à l'accès aux soins obstétricaux et néonataux au Sénégal*. Dakar, Sénégal.
- Mitchell, S., & Andersson, N. (2011). Equity in development and access to health services in the Wild Coast of South Africa: The community view through four linked cross-sectional studies between 1997 and 2007. *BMC Health Services Research*, 11(Suppl 2), S5. doi: 10.1186/1472-6963-11-S2-S5
- Moat, K., & Abelson, J. (2011). Analyzing the influence of institutions on health policy development in Uganda: A case study of the decision to abolish user fees. *African Health Sciences*, 11(4), 578-586.

- Mpembeni, R. N., Killewo, J. Z., Leshabari, M. T., Massawe, S. N., Jahn, A., Mushi, D., & Mwakipa, H. (2007). Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: Implications for achievement of MDG-5 targets. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7, 29. doi: 10.1186/1471-2393-7-29
- Mpuga, P. (2002). *Health outcomes after the abolition of cost-sharing in public hospitals in Uganda*. n.d. Repéré à <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/MPUfinan.pdf>
- Mrisho, M., Schellenberg, J. A., Mushi, A. K., Obrist, B., Mshinda, H., Tanner, M., & Schellenberg, D. (2007). Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 12(7), 862-872. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01855.x
- Nabyonga, J., Desmet, M., Karamagi, H., Kadama, P., Omaswa, F., & Walker, O. (2005). Abolition of cost-sharing is pro-poor: Evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 20(2), 100-108. doi: 10.1093/heapol/czi012
- Nabyonga-Orem, J., Karamagi, H., Atuyambe, L., Bagenda, F., Okuonzi, S., & Walker, O. (2008). Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study. *BMC Health Services Research*, 8, 102. doi: 10.1186/1472-6963-8-102
- Nabyonga-Orem, J., Mugisha, F., Kirunga, C., Macq, J., & Criel, B. (2011). Abolition of user fees: The Uganda paradox. *Health Policy and Planning*, 26 (Suppl 2), ii41-ii51. doi: 10.1093/heapol/czr065
- Nabyonga-Orem, J., Mugisha, F., Okui, A. P., Musango, L., & Kirigia, J. M. (2013). Health care seeking patterns and determinants of out-of-pocket expenditure for malaria for the children under-five in Uganda. *Malaria Journal*, 12, 175. doi: 10.1186/1475-2875-12-175
- Ndiaye, O., & Dieme, E. J. G. (2007). *Évaluation des initiatives de subvention et du fonds social : Rapport final*. Dakar, Sénégal: Ministère de la Santé et de la Protection Médicale.
- Netshandama, V. O., Nemathaga, L., & Shai-Mahoko, S. N. (2005). Experiences of primary health care nurses regarding the provision of free health care services in the northern region of the Limpopo Province. *Curationis*, 28(1), 59-68.
- Ngulube, T. J., & Carasso, B. (2010). *Removal of user fees in Zambia: What has happened in communities?* Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Nimpagaritse, M., & Bertone, M. P. (2011). The sudden removal of user fees: The perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii63-ii71. doi: 10.1093/heapol/czr061
- Nkonki, L. L. (2011). Explaining household socio-economic related child health inequalities using multiple methods in three diverse settings in South Africa. *International Journal for Equity in Health*, 10, 13. doi: 10.1186/1475-9276-10-13
- Noirhomme, M., & Hicuburundi, S. (2008). *Étude UNICEF inter-pays sur l'abolition du recouvrement des coûts dans le secteur de la santé : Rapport pays sur le Burundi* New York, NY: UNICEF.
- Observatoire de l'Action Gouvernementale (2009). *Évaluation des effets de la mesure de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les accouchements sur les structures et la qualité des soins*. Bujumbura, Burundi: OAG.

- Odaga, J. (2004). Health inequality in Uganda: The role of financial and non-financial barriers. *Health Policy and Development*, 2(3), 192-208.
- Opoku, E. A. (2009). *Utilization of maternal care services in Ghana by region after the implementation of the free maternal care policy*. (University of North Texas Health Science Center, Fort Worth, TX). Repéré à <http://digitalcommons.hsc.unt.edu/theses/78>
- Ousseini, A. (2011). *Exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de 5 ans : Mise en oeuvre dans la région sanitaire de Dosso*. Niamey, Niger: LASDEL. Repéré à <http://www.lasdel.net/rapport%20ousseini%20dosso%20final.pdf>
- Ousseini, A., & Kafando, Y. (2012). La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. *Afrique Contemporaine*, 243(3), 65-76. doi: 10.3917/afco.243.0065
- Page, A. L., & Hustache, S. (2011). Health care seeking behavior for diarrhea in children under 5 in rural Niger: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11, 389. doi: 10.1186/1471-2458-11-389
- Paredes-Solis, S., Andersson, N., Ledogar, R. J., & Cockcroft, A. (2011). Use of social audits to examine unofficial payments in government health services: Experience in South Asia, Africa, and Europe. *BMC Health Services Research*, 11(Suppl 2), S12. doi: 10.1186/1472-6963-11-S2-S12
- Pariyo, G., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Rahman, M. H., Peterson, S., Bishai, D., . . . Peters, D. (2009). Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: Are reforms benefitting the poor? *International Journal for Equity in Health*, 8, 39. doi: 10.1186/1475-9276-8-39
- Parkhurst, J. O., Rahman, S. A., & Ssengooba, F. (2006). Overcoming access barriers for facility-based delivery in low-income settings: Insights from Bangladesh and Uganda. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 24(4), 438-445.
- Parkhurst, J. O., & Ssengooba, F. (2009). Assessing access barriers to maternal health care: Measuring bypassing to identify health centre needs in rural Uganda. *Health Policy and Planning*, 24(5), 377-384. doi: 10.1093/heapol/czp023
- Penfold, S., Harrison, E., Bell, J., & Fitzmaurice, A. (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 100-109.
- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., . . . Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, 24(4), 289-300. doi: 10.1093/heapol/czp013
- Pfeiffer, C., & Mwaipopo, R. (2013). Delivering at home or in a health facility? Health-seeking behaviour of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 55. doi: 10.1186/1471-2393-13-55
- Power, M., Eis, R., Zwarenstein, M., Lewin, S., Vundule, C., & Mostert, J. (1997). Most patients attending a 'walk-in' clinic at Red Cross War Memorial Children's Hospital could safely be managed at primary care level. *South African Medical Journal*, 87(1), 36-41.

- Ridde, V., Diarra, A., & Moha, M. (2011). User fees abolition policy in Niger: Comparing the under five years exemption implementation in two districts. *Health Policy*, 99(3), 219-225. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.017
- Ruhweza, M., Baine, S. O., Onama, V., Basaza, V., & Pariyo, G. (2009). Financial risks associated with healthcare consumption in Jinja, Uganda. *African Health Sciences*, 9(Suppl 2), S86-89.
- Rutebemberwa, E., Pariyo, G., Peterson, S., Tomson, G., & Kallander, K. (2009). Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda. *Malaria Journal*, 8, 45. doi: 10.1186/1475-2875-8-45
- Saksena, P., Reyburn, H., Njau, B., Chonya, S., Mbakilwa, H., & Mills, A. (2010). Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: A neglected burden? *Health Policy and Planning*, 25(4), 328-333. doi: 10.1093/heapol/czq003
- Twikirize, J. M., & O'Brien, C. (2012). Why Ugandan rural households are opting to pay community health insurance rather than use the free healthcare services. *International Journal of Social Welfare*, 21(1), 66-78. doi: 10.1111/j.1468-2397.2010.00771.x
- Van Rijsbergen, B., & D'Exelle, B. (2013). Delivery care in Tanzania: A comparative analysis of use and preferences. *World Development*, 43, 276-287. doi: 10.1016/j.worlddev.2012.10.003
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). 'We are bitter but we are satisfied': Nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine*, 59(6), 1251-1261. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.12.020
- Wilkinson, D., Gouws, E., Sach, M., & Karim, S. S. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(7), 665-671. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862001000700012
- Wilkinson, D., Sach, M., Abdool Karim, S. S., & Costello, A. (1997). Examination of attendance patterns before and after introduction of South Africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women. *British Medical Journal*, 314(7085), 940-941. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.314.7085.940
- Witter, S., & Adjei, S. (2007). Start-stop funding, its causes and consequences: A case study of the delivery exemptions policy in Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 22(2), 133-143. doi: 10.1002/hpm.867
- Witter, S., Arhinful, D. K., Kusi, A., & Zakariah-Akoto, S. (2007). The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 61-71. doi: 10.1016/s0968-8080(07)30325-x
- Witter, S., Armar-Klemesu, M., & Dieng, T. (2008). Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement : Comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal. Dans S. Richard, S. Witter & V. de Brouwere (dir.), *Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources*. Antwerp, Belgium: ITGPress.
- Witter, S., & Diadiou, M. (2008). Key informant views of a free delivery and caesarean policy in Senegal. *African Journal of Reproductive Health*, 12(3), 93-111.

- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: Evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*, 25(5), 384-392. doi: 10.1093/heapol/czq013
- Witter, S., Drame, F., & Cross, S. (2009). Maternal fee exemption in Senegal: Is the policy a success? *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 3(1), 5-10. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ajmw.2009.3.1.39409>
- Witter, S., Garshong, B., & Ridde, V. (2013). An exploratory study of the policy process and early implementation of the free NHIS coverage for pregnant women in Ghana. *International Journal for Equity in Health*, 12, 16. doi: 10.1186/1475-9276-12-16
- Witter, S., Khalid Mousa, K., Abdel-Rahman, M. E., Hussein Al-Amin, R., & Saed, M. (2013). Removal of user fees for caesareans and under-fives in northern Sudan: A review of policy implementation and effectiveness. *International Journal of Health Planning and Management*, 28(1), e95-e120. doi: 10.1002/hpm.2146
- Witter, S., Kusi, A., & Aikins, M. (2007). Working practices and incomes of health workers: Evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana. *Human Resources for Health*, 5, 2. doi: 10.1186/1478-4491-5-2
- Witter, S., & Technical working group of the Federal Ministry of Health (2010). *Free health care for under-five children and pregnant women in Northern Sudan: Progress so far and recommendations for the future*. Khartoum, Sudan: Federal Ministry of Health. Repéré à <http://eresearch.qmu.ac.uk/2882/>
- Xu, K., Evans, D. B., Kadama, P. Y., Nabyonga, J., Ogwal, P. O., Nabukhonzo, P., & Aguilar, A. M. (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science and Medicine*, 62(4), 866-876. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.004
- Xu, K., & Evans, T. (2005). *The elimination of user fees in Uganda: Impact on utilization and catastrophic health expenditures*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Repéré à [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_05\\_4-user\\_fee\\_elimination\\_uganda.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_4-user_fee_elimination_uganda.pdf)
- Yates, J., Cooper, R., & Holland, J. (2006). Social Protection and Health: Experiences in Uganda. *Development Policy Review*, 24(3), 339-356. doi: 10.1111/j.1467-7679.2006.00328.x
- Zere, E., & McIntyre, D. (2003). Equity in self-reported adult illness and use of health service in South Africa: Inter-temporal comparison. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(3), 205-215. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/23499218>



## ANNEXE 6 – Description détaillée des études incluses dans la revue réaliste

Auteurs (année)	Thème de l'étude	Type de devis
<b>Afrique du Sud (n=10)</b>		
Bhayat et Cleaton-Jones (2003)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Brink et Koch (2013)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Goudge, Gilson, Russell, Gumede, et Mills (2009)	Coûts	Quantitative sans sélection aléatoire
Goudge, Russell, et al. (2009)	Analyse de l'effet protecteur de la gratuité	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
Knight et Maharaj (2009)	Déterminants du recours aux soins	Quantitative descriptive
Netshandama, Nemathaga, et Shai-Mahoko (2005)	Mise en œuvre	Qualitative
Power et al. (1997)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Walker et Gilson (2004)	Mise en œuvre	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
Wilkinson, Sach, Abdool Karim, et Costello (1997)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Wilkinson, Gouws, Sach, et Karim (2001)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
<b>Burundi (n=2)</b>		
Nimpagaritse et Bertone (2011)	Effets de la gratuité et mise en œuvre	Mixte (qualitative + quantitative sans sélection aléatoire)
Observatoire de l'Action Gouvernementale (2009)	Mise en œuvre	Qualitative

<b>Ghana (n=9)</b>		
Agyepong et Nagai (2010)	Effets de la gratuité et mise en œuvre	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
Dzakpasu et al. (2012)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Grepin (2009)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Mills, Williams, Adjuik, et Hodgson (2008)	Déterminants du recours aux soins	Quantitative descriptive
Penfold, Harrison, Bell, et Fitzmaurice (2007)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
IMMPACT <i>(Witter &amp; Adjei, 2007; Witter, Arhinful, Kusi, &amp; Zakariah-Akoto, 2007; Witter, Kusi, &amp; Aikins, 2007)</i>	Effets de la gratuité et mise en œuvre	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
Witter, Garshong, et Ridde (2013)	Mise en œuvre	Qualitative
<b>Madagascar (n=1)</b>		
Fafchamps et Minten (2006)	Effets de la gratuité	Mixte (qualitative + quantitative sans sélection aléatoire)
<b>Niger (n=6)</b>		
Diarra (2011)	Mise en œuvre	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
Diarra (2012)	Mise en œuvre	Qualitative
Lagarde, Barroy, et Palmer (2012)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Ousseini (2011)	Mise en œuvre	Qualitative
Page et Hustache (2011)	Déterminants du recours aux soins	Quantitative descriptive

Ridde, Diarra, et Moha (2011)	Mise en œuvre	Qualitative
<b>Ouganda (n=13)</b>		
Deininger et Mpuga (2005)	Effets de la gratuité et coûts	Quantitative sans sélection aléatoire
Kajula, Kintu, Barugahare, et Neema (2004)	Mise en œuvre	Qualitative
Kiguli et al. (2009)	Qualité des soins perçue	Qualitative
Mpuga (2002)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Nabyonga et al. (2005)	Effets de la gratuité et mise en œuvre	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
Nabyonga-Orem et al. (2008)	Effets de la gratuité et mise en œuvre	Mixte (qualitative + quantitative sans sélection aléatoire)
Nabyonga-Orem, Mugisha, Kirunga, Macq, et Criel (2011)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Pariyo et al. (2009)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Rutebemberwa, Kallander, Tomson, Peterson, et Pariyo (2009)	Choix du prestataire de soins	Quantitative sans sélection aléatoire
Rutebemberwa, Pariyo, Peterson, Tomson, et Kallander (2009)	Déterminants du recours aux soins	Quantitative sans sélection aléatoire
Twikirize et O'Brien (2012)	Choix de l'assurance communautaire	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
Xu et Evans (2005), Xu et al. (2006)	Effets de la gratuité et coûts	Quantitative sans sélection aléatoire

<b>Sénégal (n=4)</b>		
IMMPACT <i>(Ministère de la santé et de la prévention médicale, Fonds des Nations Unies pour la Population, Initiative for maternal mortality programme assessment, &amp; Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction, 2007; Witter &amp; Diadhiou, 2008; Witter, Dieng, Mbengue, Moreira, &amp; De Brouwere, 2010; Witter, Drame, &amp; Cross, 2009)</i>	Effets de la gratuité et coûts, mise en œuvre, et coûts	Mixte (qualitative + quantitative sans sélection aléatoire)
<b>Sierra Leone (n=2)</b>		
Amnesty International (2011)	Recours aux soins	Qualitative
Díaz et al. (2013)	Recours aux soins	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
<b>Tanzanie (n=13)</b>		
Ferry, Dickson, Mbaruku, Freedman, et Kruk (2012)	Effets de la gratuité	Quantitative descriptive
Kahabuka, Kvåle, Moland, et Hinderaker (2011)	Contournement des formations sanitaires	Mixte (qualitative + quantitative descriptive)
Kahabuka, Moland, Kvåle, et Hinderaker (2012)	Qualité des soins perçue	Qualitative
Kruk, Mbaruku, et al. (2009)	Contournement des formations sanitaires	Quantitative sans sélection aléatoire
Kruk, Mbaruku, Rockers, et Galea (2008)	Coûts	Quantitative descriptive
Kruk, Paczkowski, Mbaruku, de Pinho, et Galea (2009)	Choix du prestataire de soins	Quantitative descriptive
Kruk, Rockers, Mbaruku, Paczkowski, et Galea (2010)	Recours aux soins	Quantitative sans sélection aléatoire
Magoma, Requejo, Campbell, Cousens, et Filippi (2010)	Recours aux soins	Qualitative

Manzi et al. (2005)	Coûts	Quantitative sans sélection aléatoire
Mpembeni et al. (2007)	Déterminants du recours aux soins	Quantitative descriptive
Mrisho et al. (2007)	Choix du prestataire de soins	Mixte (qualitative + quantitative sans sélection aléatoire)
Perkins et al. (2009)	Analyse des coûts	Quantitative sans sélection aléatoire
Pfeiffer et Mwaipopo (2013)	Recours aux soins	Qualitative
<b>Zambie (n=9)</b>		
Chama-Chiliba et Koch (2013)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
Evaluation of the removal of UF in the health sector		
<i>Carasso, Lagarde, Cheelo, Chansa, et Palmer (2012)</i>	Mise en œuvre	Mixte (qualitative + quantitative sans sélection aléatoire)
<i>Lagarde (2010)</i>	Déterminants du recours aux soins	Quantitative sans sélection aléatoire
<i>Lagarde et Palmer (n/a)</i>	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
<i>Ngulube et Carasso (2010)</i>	Mise en œuvre	Qualitative
Hadley (2011)	Recours aux soins	Qualitative
Lagarde et al. (2012)	Effets de la gratuité	Quantitative sans sélection aléatoire
EQUINET <i>(Masieye, Chitah, Chanda, &amp; Simeo, 2008; Masiye, Chitah, &amp; McIntyre, 2010)</i>	Effets de la gratuité et qualité des soins perçue	Mixte (qualitative + quantitative sans sélection aléatoire)

## Références bibliographiques de l'Annexe 6

- Agyepong, I. A., & Nagai, R. (2010). "We charge them; otherwise we cannot run the hospital": Front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health Policy*, 99(3), 226-233. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.018
- Amnesty International (2011). *At a crossroads: Sierra Leone's free health care policy*. London, United Kingdom: Amnesty International. Repéré à [https://www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/sierral\\_maternalrpt\\_0.pdf](https://www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/sierral_maternalrpt_0.pdf)
- Bhayat, A., & Cleaton-Jones, P. (2003). Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(2), 105-110. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.00006.x
- Brink, A. S., & Koch, S. F. (2013). *The 1996 User Fee Abolition in South Africa: A Difference-in-Difference Analysis*. Pretoria, South Africa. Repéré à [http://www.up.ac.za/media/shared/61/WP/wp\\_2013\\_32.zp39424.pdf](http://www.up.ac.za/media/shared/61/WP/wp_2013_32.zp39424.pdf)
- Carasso, B., Lagarde, M., Cheelo, C., Chansa, C., & Palmer, N. (2012). Health worker perspectives on user fee removal in Zambia. *Human Resources for Health*, 10, 40. doi: 10.1186/1478-4491-10-40
- Chama-Chiliba, C., & Koch, S. (2013). *Evaluating the impact of the abolition of user fees on facility-based deliveries in rural Zambia*. Communication présentée à la Centre for the Study of African Economies Conference, Oxford. Repéré à [https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db\\_name=CSAE2013&paper\\_id=749](https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=CSAE2013&paper_id=749)
- Deininger, K., & Mpuga, P. (2005). Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda. *Journal of African Economies*, 14(1), 55-91. doi: 10.1093/jae/ejh034
- Diarra, A. (2011). *La mise en oeuvre de la politique d'exemption de paiements dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say*. Niamey, Niger: LASDEL. Repéré à <http://www.lasdel.net/spip/IMG/184.pdf>
- Diarra, A. (2012). Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger. *Afrique Contemporaine*, 3(243), 77-93. doi: 10.3917/afco.243.0077
- Diaz, T., George, A. S., Rao, S. R., Bangura, P. S., Baimba, J. B., McMahon, S., & Kabano, A. (2013). Healthcare seeking for diarrhoea, malaria and pneumonia among children in four poor rural districts in Sierra Leone in the context of free health care: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 13, 157. doi: 10.1186/1471-2458-13-157
- Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A., Ten Asbroek, G., Tawiah, C., Hurt, L., . . . Kirkwood, B. R. (2012). Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PLoS One*, 7(11), e49430. doi: 10.1371/journal.pone.0049430
- Fafchamps, M., & Minten, B. (2006). Public service provision, user fees and political turmoil. *Journal of African Economies*, 16(3), 485-518. doi: 10.1093/jae/ejl040
- Ferry, G., Dickson, S. R., Mbaruku, G., Freedman, L. P., & Kruk, M. (2012). Equity of inpatient health care in rural Tanzania: A population- and facility-based survey. *International Journal for Equity in Health*, 11, 7. doi: 10.1186/1475-9276-11-7

- Goudge, J., Gilson, L., Russell, S., Gumede, T., & Mills, A. (2009). The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical Medicine & International Health*, 14(4), 458-467. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x
- Goudge, J., Russell, S., Gilson, L., Gumede, T., Tollman, S., & Mills, A. (2009). Illness-related impoverishment in rural South Africa: Why does social protection work for some households but not others? *Journal of International Development*, 21(2), 231-251. doi: 10.1002/jid.1550
- Grepin, K. A. (2009). *Influencing health systems: Priorities, policies, and providers*. (Harvard University, Cambridge, MA). Repéré à <http://gradworks.umi.com/33/65/3365267.html>
- Hadley, M. (2011). Does increase in utilisation rates alone indicate the success of a user fee removal policy? A qualitative case study from Zambia. *Health Policy*, 103(2-3), 244-254. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.08.009
- Kahabuka, C., Kvåle, G., Moland, K. M., & Hinderaker, S. G. (2011). Why caretakers bypass Primary Health Care facilities for child care: A case from rural Tanzania. *BMC Health Services Research*, 11, 315. doi: 10.1186/1472-6963-11-315
- Kahabuka, C., Moland, K. M., Kvåle, G., & Hinderaker, S. G. (2012). Unfulfilled expectations to services offered at primary health care facilities: Experiences of caretakers of underfive children in rural Tanzania. *BMC Health Services Research*, 12, 158. doi: 10.1186/1472-6963-12-158
- Kajula, P., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). 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*, 19(Suppl 1), S133-153. doi: 10.1002/hpm.772
- Kiguli, J., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Mutebi, A., Macgregor, H., & Pariyo, G. W. (2009). Increasing access to quality health care for the poor: Community perceptions on quality care in Uganda. *Patient Preference and Adherence*, 3, 77-85. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S4091>
- Knight, L., & Maharaj, P. (2009). Use of public and private health services in KwaZulu-Natal, South Africa. *Development Southern Africa*, 26(1), 17-28. doi: 10.1080/03768350802640040
- Kruk, M., Mbaruku, G., McCord, C. W., Moran, M., Rockers, P. C., & Galea, S. (2009). Bypassing primary care facilities for childbirth: A population-based study in rural Tanzania. *Health Policy and Planning*, 24(4), 279-288. doi: 10.1093/heapol/czp011
- Kruk, M., Mbaruku, G., Rockers, P., & Galea, S. (2008). User fee exemptions are not enough: Out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 13(12), 1442-1451. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x
- Kruk, M., Paczkowski, M., Mbaruku, G., de Pinho, H., & Galea, S. (2009). Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: A population-based discrete choice experiment. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1666-1672. doi: 10.2105/AJPH.2008.146209
- Kruk, M., Rockers, P. C., Mbaruku, G., Paczkowski, M. M., & Galea, S. (2010). Community and health system factors associated with facility delivery in rural Tanzania: A multilevel analysis. *Health Policy*, 97(2-3), 209-216. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.05.002

- Lagarde, M. (2010). *Analysis of the impact of user fee removal on health seeking behaviours using a difference-in-differences approach*. Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Lagarde, M., Barroy, H., & Palmer, N. (2012). Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *Journal of Health Services Research and Policy*, 17(1), 30-36. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010166
- Lagarde, M., & Palmer, N. (n/a). *Removal of user fees in Zambia: Was the impact sustained over time?* Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Magoma, M., Requejo, J., Campbell, O. M. R., Cousens, S., & Filippi, V. (2010). High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: A case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10, 13. doi: 10.1186/1471-2393-10-13
- Manzi, F., Schellenberg, J. A., Adam, T., Mshinda, H., Victora, C. G., & Bryce, J. (2005). Out-of-pocket payments for under-five health care in rural southern Tanzania. *Health Policy and Planning*, 20(Suppl 1), i85-i93. doi: 10.1093/heapol/czi059
- Masiye, F., Chitah, B. M., Chanda, P., & Simeo, F. (2008). *Removal of user fees at Primary Health Care facilities in Zambia: A study of the effects on utilisation and quality of care*. Harare, Zimbabwe: EQUINET, UCT HEU. Repéré à <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf>
- Masiye, F., Chitah, B. M., & McIntyre, D. (2010). From targeted exemptions to user fee abolition in health care: Experience from rural Zambia. *Social Science and Medicine*, 71(4), 743-750. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.029
- Mills, S., Williams, J. E., Adjuik, M., & Hodgson, A. (2008). Use of health professionals for delivery following the availability of free obstetric care in northern Ghana. *Maternal and Child Health Journal*, 12(4), 509-518. doi: 10.1007/s10995-007-0288-y
- Ministère de la santé et de la prévention médicale, Fonds des Nations Unies pour la Population, Initiative for maternal mortality programme assessment, & Centre de formation et de recherche en santé de la reproduction (2007). *Evaluation des stratégies de réduction des barrières économiques, socioculturelles, sanitaires et institutionnelles à l'accès aux soins obstétricaux et néonataux au Sénégal*. Dakar, Sénégal.
- Mpembeni, R. N., Killewo, J. Z., Leshabari, M. T., Massawe, S. N., Jahn, A., Mushi, D., & Mwakipa, H. (2007). Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: implications for achievement of MDG-5 targets. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7, 29. doi: 10.1186/1471-2393-7-29
- Mpuga, P. (2002). *Health outcomes after the abolition of cost-sharing in public hospitals in Uganda*. n.d. Repéré à <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/MPUfinan.pdf>
- Mrisho, M., Schellenberg, J. A., Mushi, A. K., Obrist, B., Mshinda, H., Tanner, M., & Schellenberg, D. (2007). Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 12(7), 862-872. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01855.x



- Nabyonga, J., Desmet, M., Karamagi, H., Kadama, P., Omaswa, F., & Walker, O. (2005). Abolition of cost-sharing is pro-poor: Evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 20(2), 100-108. doi: 10.1093/heapol/czi012
- Nabyonga-Orem, J., Karamagi, H., Atuyambe, L., Bagenda, F., Okuonzi, S., & Walker, O. (2008). Maintaining quality of health services after abolition of user fees: A Uganda case study. *BMC Health Services Research*, 8, 102. doi: 10.1186/1472-6963-8-102
- Nabyonga-Orem, J., Mugisha, F., Kirunga, C., Macq, J., & Criel, B. (2011). Abolition of user fees: The Uganda paradox. *Health Policy and Planning*, 26 (Suppl 2), ii41-ii51. doi: 10.1093/heapol/czr065
- Netshandama, V. O., Nemathaga, L., & Shai-Mahoko, S. N. (2005). Experiences of primary health care nurses regarding the provision of free health care services in the northern region of the Limpopo Province. *Curationis*, 28(1), 59-68.
- Ngulube, T. J., & Carasso, B. (2010). *Removal of user fees in Zambia: What has happened in communities?* Lusaka, Zambia: Ministry of Health Zambia / University of Zambia / London School of Hygiene & Tropical Medicine / University of Cape Town.
- Nimpagaritse, M., & Bertone, M. P. (2011). The sudden removal of user fees: The perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), ii63-ii71. doi: 10.1093/heapol/czr061
- Observatoire de l'Action Gouvernementale (2009). *Evaluation des effets de la mesure de subvention des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les accouchements sur les structures et la qualité des soins*. Bujumbura, Burundi: OAG.
- Ousseini, A. (2011). *Une politique publique de santé au Niger: La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*. Niamey, Niger: LASDEL. Repéré à [http://www.lasdel.net/resulta1.php?id\\_article=179](http://www.lasdel.net/resulta1.php?id_article=179)
- Page, A. L., & Hustache, S. (2011). Health care seeking behavior for diarrhea in children under 5 in rural Niger: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11, 389. doi: 10.1186/1471-2458-11-389
- Pariyo, G., Ekirapa-Kiracho, E., Okui, O., Rahman, M. H., Peterson, S., Bishai, D., . . . Peters, D. (2009). Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: Are reforms benefitting the poor? *International Journal for Equity in Health*, 8, 39. doi: 10.1186/1475-9276-8-39
- Penfold, S., Harrison, E., Bell, J., & Fitzmaurice, A. (2007). Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 100-109.
- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., . . . Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, 24(4), 289-300. doi: 10.1093/heapol/czp013
- Pfeiffer, C., & Mwaipopo, R. (2013). Delivering at home or in a health facility? Health-seeking behaviour of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 55. doi: 10.1186/1471-2393-13-55

- Power, M., Eis, R., Zwarenstein, M., Lewin, S., Vundule, C., & Mostert, J. (1997). Most patients attending a 'walk-in' clinic at Red Cross War Memorial Children's Hospital could safely be managed at primary care level. *South African Medical Journal*, 87(1), 36-41.
- Ridde, V., Diarra, A., & Moha, M. (2011). User fees abolition policy in Niger: Comparing the under five years exemption implementation in two districts. *Health Policy*, 99(3), 219-225. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.017
- Rutebemberwa, E., Kallander, K., Tomson, G., Peterson, S., & Pariyo, G. (2009). Determinants of delay in care-seeking for febrile children in eastern Uganda. *Tropical Medicine and International Health*, 14(4), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02237.x
- Rutebemberwa, E., Pariyo, G., Peterson, S., Tomson, G., & Kallander, K. (2009). Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda. *Malaria journal*, 8, 45. doi: 10.1186/1475-2875-8-45
- Twikirize, J. M., & O'Brien, C. (2012). Why Ugandan rural households are opting to pay community health insurance rather than use the free healthcare services. *International Journal of Social Welfare*, 21(1), 66-78. doi: 10.1111/j.1468-2397.2010.00771.x
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). 'We are bitter but we are satisfied': Nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine*, 59(6), 1251-1261. doi: 10.1016/j.socscimed.2003.12.020
- Wilkinson, D., Gouws, E., Sach, M., & Karim, S. S. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(7), 665-671. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862001000700012>
- Wilkinson, D., Sach, M., Abdool Karim, S. S., & Costello, A. (1997). Examination of attendance patterns before and after introduction of South Africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women. *British Medical Journal*, 314(7085), 940-941. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.314.7085.940>
- Witter, S., & Adjei, S. (2007). Start-stop funding, its causes and consequences: A case study of the delivery exemptions policy in Ghana. *International Journal of Health Planning and Management*, 22(2), 133-143. doi: 10.1002/hpm.867
- Witter, S., Arhinful, D. K., Kusi, A., & Zakariah-Akoto, S. (2007). The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 61-71. doi: 10.1016/s0968-8080(07)30325-x
- Witter, S., & Diadiou, M. (2008). Key informant views of a free delivery and caesarean policy in Senegal. *African Journal of Reproductive Health*, 12(3), 93-111.
- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & De Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: Evaluating process and outcomes. *Health Policy and Planning*, 25(5), 384-392. doi: 10.1093/heapol/czq013
- Witter, S., Drame, F., & Cross, S. (2009). Maternal fee exemption in Senegal: Is the policy a success? *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 3(1), 5-10. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ajmw.2009.3.1.39409>

- Witter, S., Garshong, B., & Ridde, V. (2013). An exploratory study of the policy process and early implementation of the free NHIS coverage for pregnant women in Ghana. *International Journal for Equity in Health*, 12, 16. doi: 10.1186/1475-9276-12-16
- Witter, S., Kusi, A., & Aikins, M. (2007). Working practices and incomes of health workers: Evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana. *Human Resources for Health*, 5, 2. doi: 10.1186/1478-4491-5-2
- Xu, K., Evans, D. B., Kadama, P. Y., Nabyonga, J., Ogwal, P. O., Nabukhonzo, P., & Aguilar, A. M. (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science and Medicine*, 62(4), 866-876. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.004
- Xu, K., & Evans, T. (2005). *The elimination of user fees in Uganda: Impact on utilization and catastrophic health expenditures*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Repéré à [http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_05\\_4-user\\_fee\\_elimination\\_uganda.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_05_4-user_fee_elimination_uganda.pdf)

# **ANNEXE 7 – Objectifs de l’atelier organisé au Burkina Faso en juin 2010**

## **Atelier sur les politiques nationales d’exemption des frais demandés aux patients Fonctionnement, bénéficiaires, et contextes d’implantation**

### **Raison d’être**

Afin d’assurer l’accès aux soins de l’ensemble de la population, de nombreux pays africains ont mis en place des politiques nationales d’exemption des frais demandés aux patients. Ces politiques touchent aujourd’hui une quinzaine de pays, dont le Burkina Faso, le Mali et le Niger. Si plusieurs études visent à évaluer l’efficacité de ces interventions, on en sait encore peu sur les mécanismes de mise en œuvre et le rôle des contextes de mise en œuvre dans la production des effets. L’objectif de l’atelier est de mieux comprendre la logique d’intervention des politiques nationales d’exemption, en mettant en lumière ces éléments que sont les contextes, les mécanismes et les effets.

L’atelier s’inscrit dans le processus de réalisation d’une synthèse des connaissances sur les politiques nationales d’exemption en Afrique. Cette synthèse se fait en collaboration avec des chercheurs de l’Université de Montréal, de l’IRSS/CNRST du Burkina Faso et du RESAO. Elle a pour but d’informer les décideurs des pays africains et leurs partenaires techniques et financiers qui souhaitent mettre en place ce type de politiques. Le résultat de l’atelier doit permettre de formuler des hypothèses qui seront par la suite testées lors d’une analyse de la littérature dans le cadre de la synthèse des connaissances.

### **Objectifs**

L’atelier vise à solliciter l’expérience et les connaissances des participants sur les politiques d’exemption en vigueur dans leur pays. Plus spécifiquement, il s’agira de :

- Mettre en lumière la ou les logiques d’intervention des politiques d’exemption, c’est-à-dire comment les politiques sont censées fonctionner, auprès de quels bénéficiaires, et avec quels effets attendus.
- Déterminer si les politiques d’exemption sont mises en œuvre de manière à ce qu’elles puissent produire les effets attendus.
- Identifier les éléments du contexte (institutionnel, organisationnel, socio-économique) qui influencent la manière dont la politique est censée produire ses effets.
- Explorer l’influence d’autres politiques de santé sur la mise en œuvre des politiques d’exemption et les effets attendus.

Le point de départ des discussions sera une présentation proposant, d'une part, le modèle causal du problème de l'accès aux soins de santé en Afrique, et, d'autre part, les logiques d'intervention des politiques d'exemption construites à partir de la littérature. Il s'agira de préciser, infirmer ou confirmer les éléments de ces logiques d'intervention.

### **Profil des participants**

Afin de pouvoir mener des discussions approfondies, le nombre de participants est fixé à un maximum de cinq personnes. Les participants doivent avoir une grande expérience des politiques d'exemption, en ayant participé activement soit à la formulation de la politique dans leur pays, soit à sa mise en œuvre à un échelon national ou régional. Les participants ayant une expérience dans d'autres pays africains sur ce type de politiques constituent un atout.

En amont de l'atelier, des documents seront communiqués aux participants. Il leur est demandé d'en prendre connaissance avant la tenue de l'atelier, et de se préparer à partager leurs réflexions, dans le cadre des objectifs proposés. Une prise en charge d'une journée supplémentaire sera octroyée en dédommagement de leur temps de préparation. Les participants doivent s'engager à être présents tout au long de la journée prévue pour l'atelier.

Un second atelier sera organisé en janvier 2011. L'objectif sera de présenter les résultats de la synthèse des connaissances et de proposer des recommandations pour l'élaboration des politiques d'exemption. Afin de poursuivre la réflexion entamée ensemble lors de l'atelier de juin 2010, les participants sont invités à prendre part à ce second atelier et à se rendre disponibles à la date qui sera proposée ultérieurement.

### **Programme préliminaire**

9h00-9h30 Accueil des participants.

9h30-10h00 Mot de bienvenue, présentation des objectifs de l'atelier et tour de table (Abel Bicaba).

10h00-11h00 Présentation du modèle causal du problème de l'accès aux soins de santé en Afrique (Emilie Robert).

11h00-11h15 Pause.

11h15-12h45 Discussions et réflexions.

12h45-13h45 Repas.

13h45-14h45 Présentation et des logiques d'intervention des politiques d'exemption construites à partir de la littérature (Emilie Robert).

14h45-15h00 Pause.

15h00-17h00 Discussions et réflexions.

Les échanges prendront la forme de tables rondes. Chaque participant sera invité à partager sa réflexion, sur la base des documents fournis en amont de la rencontre et des présentations, de manière individuelle (5 à 10 minutes maximum). Un temps de débat suivra et permettra aux participants de comparer leur point de vue et leur conception des logiques d'intervention, dans la perspective d'approfondir la compréhension commune de ces thématiques.

### **Comité organisateur**

- Dr Abel Bicaba, Réseau Equité et Santé en Afrique de l'Ouest (RESAO) et SERSAP Burkina Faso
- Dr Valéry Ridde, chercheur, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, Université de Ouagadougou ; IRSS / CNRST du Burkina Faso
- Emilie Robert, candidate au PhD Santé publique, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

**Date et lieu :** 28 juin 2010, lieu à déterminer.