



HAL
open science

Les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions de la qualité des soins de santé

Lara Gautier, Valery Ridde

► To cite this version:

Lara Gautier, Valery Ridde. Les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions de la qualité des soins de santé. Risquer la mort pour donner la vie. Politiques et programmes de santé maternelle et infantile en Afrique, 2017, 978-2-7637-3504-7. hal-01586496

HAL Id: hal-01586496

<https://hal.science/hal-01586496>

Submitted on 12 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CHAPITRE IV

Les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions de la qualité des soins de santé

Lara Gautier

École de santé publique

Université de Montréal

Institut de recherche en santé publique

Université de Montréal

Centre d'études en sciences sociales sur les mondes africains, américains et asiatiques

Université Paris-Diderot

Valéry Ridde

École de santé publique

Université de Montréal

Institut de recherche en santé publique

Université de Montréal

Introduction

S'intéresser à la qualité des soins maternels tel que comprise par les patientes n'a rien d'une nouveauté en Afrique subsaharienne. C'est le fait de s'y intéresser concomitamment à l'introduction de politiques de financement visant l'amélioration de cette même qualité des soins (et son utilisation) qui est plus novateur.

Le début de la décennie 2010 a été marqué par l'avènement sur la scène internationale de la couverture sanitaire universelle (CSU) comme politique de santé mondiale. Depuis la publication par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) du *Rapport sur la santé dans le monde 2010 – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*, la CSU a fait l'objet d'un fort plaidoyer par les organisations internationales (OMS et Banque Mondiale notamment), par les agences nationales d'aide bilatérale, mais aussi par de nombreuses organisations de la société civile. La consécration, en 2015, de la CSU comme sous-objectif du nouveau programme de développement mondial – les Objectifs de développement durable 2016-2030 – invite les acteurs de la santé mondiale à se mobiliser en

faveur de l'atteinte des trois volets phares de la CSU : assurer la protection du risque financier, améliorer l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables, et augmenter la qualité des services. La mise en œuvre de la CSU reposerait donc sur des principes de justice sociale et d'équité.

En se focalisant sur l'aspect financier de la définition, les organisations internationales ont estimé que pour parvenir à la CSU, il convenait d'inciter les pays à faible revenu à adopter la ou les politiques de financement de la santé adaptées à leurs contextes. Plusieurs stratégies de financement ont notamment été mises en avant par les différents acteurs de la scène internationale. Les pays d'Afrique subsaharienne ont ainsi été incités à adopter des stratégies souvent fragmentées, affectant tour à tour l'offre et la demande de services, et ciblant des groupes spécifiques (indigents, femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, etc.).

L'assurance santé sous ses différentes formes (assurance maladie à base communautaire, mutuelle, assurance sociale généralisée, etc.), levier de la demande, s'est intégrée dans le paysage africain il y a une vingtaine d'années. Parce qu'elle vise à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé (ceux qui sont couverts par l'assurance), on la qualifie de politique d'incitation à l'accès aux soins. Autre stratégie visant à favoriser la demande, l'abolition du paiement direct des soins (ou « gratuité des soins ») pour certains services ou certaines catégories spécifiques de population n'est apparue depuis le milieu des années 2000 en réaction aux effets négatifs du recouvrement des coûts mis en place au début des années 1990 sous l'impulsion de la Banque mondiale. Comme son nom l'indique, cette stratégie vise également l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé. Enfin, le financement basé sur les résultats (FBR), intervenant sur l'offre, s'est imposé à la fin des années 2000 autour de l'idée qu'il contribuerait à améliorer le système de santé. Le FBR repose sur un mécanisme de paiement à la performance visant à inciter les prestataires de soins à offrir à la fois une plus grande quantité et une meilleure qualité de services. Ces politiques favorisent chacune *a priori* la santé maternelle et infantile, que ce soit en matière de l'offre de soins (panier de soins couverts) ou de la demande (accès financier aux soins facilité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans).

Ces trois stratégies ont été présentées par les différents bailleurs de fonds (agences d'aide bilatérale et multilatérale), ONG et organisations internationales, comme des instruments pertinents pour l'atteinte de la CSU. L'éloignement spatial qui caractérise l'émergence de ces

politiques, et l'importance des contributions financières extérieures allouées pour leur mise en œuvre, suscite des questions autour de l'appropriation par les pays. Cet aspect influence la qualité perçue par les populations, qui sont les premières « récipiendaires » de politiques dont la pertinence locale n'est pas toujours évidente.

Le potentiel d'amélioration de la qualité de ces politiques, pourtant présenté comme un objectif phare, reste donc à démontrer. Partant de ce contexte, il convient de revenir sur la notion même de « qualité » en santé, qui est incluse dans la définition de la CSU. Or, on ne peut réfléchir sur cette notion sans faire référence aux termes du débat anthropologique portant sur la complexité de la relation soignant/soigné, entre le cure et le care, ou le « biomédical » comparativement à un processus éminemment social d' « accompagnement ». Si l'on adopte une définition « restrictive » de la santé (faisant exclusivement référence au biomédical), la qualité se définit comme le constat objectif d'un soin ayant été délivré de manière satisfaisante sur la base de standards biomédicaux en vigueur. Dans cette perspective, la perception de la qualité se définit uniquement par rapport aux soignants et se focalise sur le résultat du soin. Dans ce chapitre, nous faisons le choix du care et nous nous inscrivons ainsi dans une perspective sociale, au sein de laquelle les perceptions des patients quant à l'estimation de la qualité sont placées à égalité avec celles des soignants. Selon cette approche, la qualité ne se restreint pas simplement à l'analyse du résultat du soin, elle couvre aussi la manière dont il a été fourni (accueil et écoute du patient, conditions structurelles dans lesquelles le soin est délivré, etc.). La perspective des patients autour de la qualité des services offre en effet un éventail de données aussi valides qu'uniques sur la qualité en établissement de santé.

Or, ces dernières années, certains auteurs s'accordent à dire que l'attention partout dans le monde s'est portée presque exclusivement sur l'amélioration de l'accès, des équipements et infrastructures (autrement dit, des intrants structurels). La compréhension de la qualité des soins que reçoivent les patients quand ils entrent dans un établissement de santé a été ainsi laissée de côté, notamment dans les pays à faible revenu. Les perceptions des patients du nord au sud sont principalement évaluées par des questionnaires quantitatifs. En outre, la qualité des soins du point de vue des professionnels de santé est trop souvent évaluée exclusivement sur les plans clinique et technique. Il semble donc pertinent de s'intéresser à la façon dont les professionnels de santé (pas seulement les médecins, mais aussi les infirmières, sages-femmes, agents de santé

communautaire, etc.) et les patients perçoivent (c'est-à-dire, dans leurs propres termes et selon leur propre ressenti) la qualité des soins.

La manière dont ces trois stratégies ont réalisé (ou non) leur objectif d'augmenter l'utilisation des services de soins de santé est bien étudiée. Cependant, il semble que peu d'études ont examiné leur impact sur la qualité des soins – qualité à la fois au sens biomédical et social du terme. Nous cherchons donc dans ce chapitre à contribuer à la réflexion sur un sujet encore peu investigué : celui des représentations de la qualité pour les femmes enceintes en contexte de politiques d'incitation visant l'augmentation de l'utilisation des soins. Afin de remplir cet objectif, nous réalisons une recension de la littérature portant sur les perceptions de la qualité des soins maternels en Afrique subsaharienne, de janvier 2005 à décembre 2014, évaluée à la suite de la mise en œuvre de stratégies de financement visant la CSU impulsées par les bailleurs de fonds et organisations internationales.

Pour interpréter les résultats, nous avons de façon déducto-inductive construit un cadre d'analyse spécifique, qui se base sur les deux dimensions de la qualité empruntées à l'œuvre de Donabedian (1988) : la « structure » et le « processus ». Selon lui, la « structure » se réfère aux « ressources matérielles (telles que les installations, les équipements et le capital financier), ressources humaines (telles que le nombre et les qualifications du personnel), et la structure organisationnelle (telle que l'organisation du personnel médical [...]) ». Le processus est quant à lui composé de « deux éléments dans l'exercice des praticiens : l'un technique et l'autre interpersonnel ». La « performance technique », se réfère aux connaissances cliniques, au jugement et à la pertinence dont font preuve les praticiens, alors que « la performance interpersonnelle » décrit un échange entre un patient et son médecin, qui les engage dans une « collaboration active dans les soins ». Dans cette recherche, nous proposons de regrouper la structure selon Donabedian et la performance technique – car ces deux dimensions constituent ce que nous appelons la catégorie de « qualité mesurée de façon objective ». Nous la distinguons de la catégorie « qualité mesurée de façon subjective », dans laquelle nous incluons la dimension interpersonnelle (relation soignant-patient).

En outre, à la lecture des articles sélectionnés dans cette recension, nous avons identifié des dimensions additionnelles, relevant de la dignité des patientes : l'accueil chaleureux dans les services de santé, et le déploiement de l'autonomisation des patientes et professionnels de

santé. Elles entrent également dans la catégorie dite de la « qualité mesurée de façon subjective ».

1. Des résultats mitigés

Dans cette étude, nous avons relevé trois recensions des écrits, et 28 articles de recherche originale. Au regard de la composition de cette littérature, la reconnaissance, dans les années 1990, que les perspectives détaillées des patients et professionnels de santé quant à la qualité devraient être mieux intégrées notamment grâce à l'usage des méthodes qualitatives, n'a manifestement pas été prise en compte. En effet, notre recension témoigne de la logique de « standardisation » ou « quantification » : seulement 11/31 articles (dont neuf employant les méthodes mixtes) font mention de l'utilisation d'enquêtes qualitatives (entretiens, observation, groupes de discussion) comme méthode de collecte de données.

Les articles portant sur la qualité perçue (dans le cadre de politiques de financement visant la CSU) s'intéressent aussi essentiellement à la qualité « objective » (faisant référence aux aspects structurels et quantifiables) : 13/31 articles mesurent exclusivement cette qualité, et huit articles ont considéré les deux types de qualité. Dix articles ont uniquement évalué la qualité « subjective » (reflétant les représentations de la qualité des patients et des professionnels de la santé). Curieusement, les articles évaluant l'impact du FBR sur la qualité des soins maternels ont exclusivement retenu la dimension structurelle : « la qualité des services, définie comme le taux de conformité avec les normes nationales et internationales [...] ». Par exemple, aucun de ces articles n'a mentionné les facteurs interpersonnels.

De façon générale, les auteurs de ces articles ne démontrent pas de satisfaction concernant la qualité des soins suivant l'introduction de politiques de CSU, qu'elle soit évaluée par les patients ou par les professionnels de la santé. Les résultats ne montrent aucune amélioration dans neuf articles évaluant les politiques d'assurance ou de gratuité des soins. Il y aurait même une dégradation de la qualité dans cinq articles, liée à l'introduction de l'assurance : surcharge de travail, défaut de communication entre patients et médecins. Les données sont mitigées dans quatre autres articles estimant les effets de politiques d'assurance : on constate le maintien ou l'amélioration de certains aspects de la qualité, mais ces résultats sont contrebalancés par une dégradation sur d'autres aspects.

Dans deux articles, contrairement aux attentes, la qualité – qu'elle soit mesurée de façon objective ou subjective – n'a pas baissé à la suite de l'introduction de la gratuité des soins. Il semble que ce résultat soit spécifique au Burkina Faso, car la même politique (gratuité des soins en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans) mène à un maintien de la qualité au Burkina Faso, mais à une baisse au Niger, au Sénégal, et au Mali. Enfin, une recension des écrits évaluant les effets de toutes les politiques visant la CSU (assurance, gratuité, FBR, mais aussi transferts financiers conditionnels et coupons) sur la santé maternelle, les résultats sont tout aussi mitigés dans le domaine de la qualité des soins.

Dans seulement deux articles sur 31, on note une nette amélioration de la qualité des services – dans les deux cas, à la suite de l'introduction du FBR. Toutefois, les résultats du premier cas sont à nuancer, car dans un autre article, l'auteur reconnaît que cette politique n'a pas eu d'effet sur la qualité, telle que rapportée par les patients. En outre, ces résultats ne reflètent que la qualité structurelle, mesurée de façon quantitative.

Les auteurs des trois articles restants estiment que la qualité des soins de santé a eu plutôt tendance à s'améliorer, mais il n'est pas certain que ce soit le fait direct de l'introduction de politiques visant la CSU.

1.1 La qualité « structurelle »

Les résultats quant à la qualité des établissements de santé (état des infrastructures, disponibilité des équipements, hygiène, disponibilité et approvisionnement en médicaments) et à la qualité « technique » des soins délivrés par les professionnels de santé, évaluées dans 21/31 articles, sont le plus souvent peu concluants ou mitigés.

Par exemple, en Zambie, les auteurs d'une étude ont noté une amélioration (du point de vue des patientes) des conditions physiques et de la propreté des centres de santé depuis la mise en œuvre de la politique d'exemption des frais, des temps d'attente stables, mais une certaine tension dans l'approvisionnement des médicaments dues à une politique de gratuité. Toutefois, au Burkina Faso, la prescription des médicaments ne s'est pas détériorée avec l'introduction de la gratuité, et ceci constituerait en soi un résultat positif. Olivier de Sardan et Ridde observent quant à eux une baisse générale de la qualité structurelle à la suite de l'introduction de la gratuité au Burkina Faso, au Mali et au Niger. L'impact de cette politique sur la qualité structurelle et technique semble donc mitigé.

Outre les deux articles évaluant la politique de FBR au Rwanda et au Burundi mentionnés précédemment, seuls deux autres articles font état d'une qualité structurelle qui s'améliore, selon les patientes. Par exemple, les utilisatrices de soins au Nigéria semblaient satisfaites de la qualité (pour ce qui est de l'infrastructure et de l'hygiène) des établissements de santé et du respect de la dignité dont les professionnels ont fait preuve à leur égard.

En Tanzanie en revanche, selon les auteurs d'une analyse des facteurs déterminants de l'utilisation du régime d'assurance assuré par le Community Health Fund (CHF), la faible qualité des soins de santé dans les établissements publics constitue « l'un des principaux facteurs qui dissuadent les personnes d'adhérer ou de renouveler leur adhésion ». Les répondants évoquent notamment une pénurie de médicaments, un manque de matériel pour le diagnostic, et de longues heures d'attente. Pourtant, en principe, les subventions au CHF parrainées par le gouvernement (complétant les contributions des adhérents) étaient destinées à acheter des médicaments et à améliorer l'approvisionnement des établissements de santé. Mais les retards accusés dans la réception de ces subventions ont conduit à ces problèmes.

1.2 Qualité de la relation interpersonnelle

Belaid et Ridde (2012) estiment que la qualité de la relation interpersonnelle entre le prestataire de soins et la patiente « n'est pas seulement un facteur important du choix de l'utilisation des services de santé maternelle, c'est aussi un critère fondamental de la qualité des soins ». Au Nigéria, la communication avec les professionnels de santé est même considérée par les patientes comme le critère le plus important de la qualité des soins. Pourtant, cet aspect qui définit la qualité des relations interpersonnelles ne fait pas systématiquement l'objet d'investigations (15/31 articles). La plupart des articles font plus souvent état d'une dégradation ou d'une absence de progrès que d'une amélioration.

Par exemple, des enquêtes qualitatives portant sur la politique de gratuité des soins maternels au Ghana ont identifié des relations très variables entre les professionnels de santé et les patientes, reflétant des résultats mitigés quant à la qualité des soins. Les auteurs concluent que si la gratuité des soins maternels peut être efficace dans l'amélioration de la santé, ces problèmes de communication doivent être pris en compte. Une enquête clinique a également relevé que les femmes ont reçu des soins de mauvaise qualité dans les hôpitaux, entraînant ainsi de nombreux décès potentiellement évitables.

Au Burkina Faso comme en Zambie, la gratuité ne semble pas avoir affecté la relation entre les prestataires et les patientes, toujours marquée par l'existence de paiements informels exigés par les professionnels. Les professionnels de santé estiment que la relation s'est améliorée, car ils n'ont plus à « négocier le paiement des médicaments », mais du point de vue des patientes Burkinabè, il en est tout autrement : non seulement elles sont contraintes de continuer à payer des frais censés être couverts par la gratuité, mais en outre, elles doivent faire face à l'absentéisme et à l'indisponibilité chroniques des agents de santé et à leur autoritarisme quotidien.

En fait, dans plusieurs cas, la qualité de la relation entre les patientes et les professionnels se dégrade probablement du fait d'une surcharge de travail – un effet indésirable, selon les professionnels de santé, de l'introduction de ces politiques de financement de la santé. On parle ici à la fois de l'augmentation de la charge de travail clinique (du fait d'une augmentation de l'utilisation des soins due à la politique incitative) et administratif (les professionnels de santé étant tenus de rapporter de manière systématique l'utilisation des soins). Par exemple, l'exemption de paiement pour la césarienne au Sénégal aurait considérablement augmenté le nombre d'actes liés à la césarienne dans les hôpitaux, mais la qualité s'est dégradée, car le taux de morbidité associé à ce type d'accouchements – souvent réalisés trop rapidement – a augmenté de manière visible selon les femmes interrogées. Le personnel étant moins disponible, la perception de la qualité a baissé et s'est probablement accompagnée d'une détérioration de l'image de la politique de gratuité par les populations. Pourtant, il n'est pas sûr que cette surcharge de travail décriée par les professionnels de santé soit réelle, comme le montre une autre étude qui constate que le personnel en place dans un centre hospitalier au Burkina Faso correspond au personnel requis pour faire face à la fréquentation des services de santé dans le contexte de gratuité des soins maternels. D'autres études sont donc nécessaires pour déterminer les raisons de la détérioration de la relation interpersonnelle en contexte de politique de gratuité.

1.3 Qualité de la réception dans les établissements de santé : le respect avant tout

« Si on nous accordait suffisamment d'attention, un accueil chaleureux, des produits de bonne qualité [...], on serait prêt à adhérer à la mutuelle. » (Criel et Waelkens, 2003). Ce fragment de citation d'un usager des services de santé en Guinée illustre à quel point le respect

est important pour les patients. Pour ceux-ci, « l'accueil chaleureux » dans les établissements sanitaires est le premier critère du choix d'adhérer ou non à une mutuelle.

Pourtant, au sein de la littérature retenue, seuls les auteurs de deux autres articles se sont penchés sur la question de la qualité de l'accueil après adhésion à une assurance. Elle est restée inchangée.

1.4 Déploiement de l'autonomisation des patients et des professionnels de santé

En théorie, tout patient dispose du droit d'être informé des options médicales disponibles, de faire des choix éclairés, et de refuser un traitement : l'autonomie du patient doit être respectée. Les prestataires sont ainsi tenus d'impliquer les patients dans le processus décisionnel.

Cette notion fait donc référence au respect, mais dans le cadre de la santé maternelle, il revêt une dimension plus profonde : il s'agit de reconnaître aux patientes le pouvoir de décider (ou leur « capacité d'agir ») de ce qui est bien pour leur santé. Le déploiement de cette autonomisation est, comme on pouvait le craindre, difficile à réaliser en Afrique subsaharienne. Au Nigéria, les patientes (adhérentes à l'assurance nationale) déplorent ainsi une insuffisance d'implication dans la décision de soin. Au Mali, l'autonomisation (définie ici comme le déploiement de droits) des patientes aurait diminué avec l'introduction de la gratuité. En effet, pour les patients et les professionnels, « le paiement des soins est perçu comme la meilleure garantie de la qualité des prestations et ouvrant des droits aux usagers ». De plus, malgré la levée de la barrière financière au Burkina Faso, Samb *et al.* (2013) soulignent la persistance des paiements informels et de la violence verbale (parfois même physique) dans certains centres de santé, constituant ainsi « un nouvel obstacle à l'accès aux soins ». Un peu plus loin, les auteurs constatent avec regret que « ces formes de pouvoir contribuent non seulement à la détérioration des relations déjà asymétriques entre le soignant et la parturiente, mais elles tendent également à réduire l'efficacité des interventions de santé maternelle en agissant comme des forces antagoniques ». Toutefois, les auteurs constatent qu'au niveau du foyer (c.-à-d., relation au sein du couple), la gratuité a permis de renforcer le pouvoir de décision sanitaire des femmes enceintes – qui n'ont plus besoin de négocier avec leurs époux pour se rendre aux centres de santé, puisque l'accouchement est pris en charge : ceci est perçu comme un signe très positif de la gratuité.

Au plan politique, quelle que soit la stratégie visant la CSU, l'intégration des populations est quasiment nulle. Elles ne sont ni impliquées dans le processus de décision ni consultées avant la mise en œuvre de telles stratégies de financement. Il en résulte des taux d'utilisation faibles (pour l'assurance santé) et un manque de compréhension du fonctionnement, voire de l'existence même de ces outils censés favoriser l'accès aux soins.

Si l'on ne reconnaît aux patientes une autonomie de la décision ni au niveau clinique ni au niveau politique, on constate aussi une faible prise en compte du pouvoir décisionnel des professionnels de santé au plan politique. Leur participation limitée dans la conception et la mise en œuvre des politiques visant la CSU a évidemment un impact sur la qualité. Ainsi, sur la gratuité, Meessen *et al.* (2011) admettent que : « dû à un manque de consultation et à la décision inattendue des autorités, on a assisté à une préparation insuffisante pour préparer la mise en œuvre de la gratuité dans plusieurs pays ». Dans le cas présent, l'insuffisance de consultation de l'ensemble des acteurs au moment de la formulation de la politique de la gratuité mais aussi au moment de sa mise en œuvre a véritablement créé les conditions de l'échec de cette stratégie de financement.

En outre, au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, les gestionnaires de districts au Sénégal ont reconnu que la baisse de revenu, due à l'exemption de paiement pour les patientes, avait affecté « la capacité de payer et la motivation des prestataires communautaires (matrones, agents de santé communautaire, etc.) ». Il semble que cet effet soit d'autant plus ressenti du fait d'un manque d'implication de ces professionnels dans la négociation et la mise en œuvre de la politique. En outre, tant au Sénégal qu'au Burkina Faso, les accoucheuses traditionnelles et les centres de santé communautaires subissent une baisse de fréquentation due à la gratuité. En effet, leurs services sont exclus des subventions. En revanche, dans les régions plus isolées où ils restent le principal prestataire, leurs services sont protégés du fait de l'inaccessibilité des établissements de taille plus importante. L'introduction de la gratuité ayant laissé de côté les accoucheuses traditionnelles et les agents de santé communautaire, leur perception de la politique est assez négative. Les auteurs de ces deux articles invitent à une plus grande implication, dès le départ, de ce type de prestataires.

2. Une insuffisante prise en compte de la dignité des patientes?

Les dimensions qui relèvent de la dignité des patientes (qualité d'accueil et respect dans les services, prise en compte des droits des patientes) sont largement négligées dans les évaluations de l'impact de ces politiques. Freedman et Kruk (2014) ont réalisé de nombreux travaux sur la manière de diminuer les abus faits aux femmes enceintes au sein des établissements de santé constatés dans plusieurs contextes subsahariens. Les deux chercheuses estiment que, prises ensemble, les règlementations cliniques et les droits humains peuvent faire émerger « une vision d'un système de santé centré sur les personnes, adapté et efficace ». Convaincues que la manière dont les soins sont prodigués peut aider à faire retrouver leur dignité aux femmes, elles ont ainsi développé un cadre théorique utile, spécifique à la santé maternelle, définissant « le traitement abusif et irrespectueux » des femmes pendant l'accouchement. Leur cadre englobe à la fois les abus au niveau individuel (p. ex., comportements des prestataires irrespectueux, humiliants, voire violents vis-à-vis des patientes) et les abus au niveau structurel (p. ex., lacunes systémiques qui créent un environnement tendanciellement marqué par l'irrespect, voire la violence comme un service de maternité surpeuplé ou en situation de sous-effectif, où les femmes accouchent à même le sol, seules et dans des conditions insalubres).

En 2014, l'OMS a d'ailleurs officiellement reconnu ce problème, en publiant une déclaration en faveur de « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins », dans laquelle l'organisation reconnaît que « [c]haque femme a le droit au meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à recevoir des soins fondés sur le respect et la dignité ». L'objectif n° 2 (« Initier, soutenir et maintenir des programmes visant à améliorer la qualité des soins de santé maternelle, avec un accent sur un aspect essentiel de la qualité des soins : le respect ») pourrait constituer un levier d'action pour l'inclusion de ce problème dans les politiques visant la CSU (elle-même promue par l'OMS). En tenant compte du plan structurel, le cadre de Freedman et Kruk peut lui aussi guider le développement de stratégies spécifiques pour l'amélioration de la qualité des soins maternels au sein même de ces politiques de financement, afin que cette question soit systématiquement prise en compte.

Au plan individuel, Kleinman (2012) place la dignité sur le même pied que l'aspect clinique. Dans ce contexte, l'écoute du patient est essentielle, mais Kleinman invite à considérer également l'ensemble des subjectivités en présence. La subjectivité des professionnels est donc

aussi à prendre en compte. Dans le cas ouest-africain par exemple, cette subjectivité a un effet sur la qualité, qu'elle soit réelle ou perçue. Examinons les circonstances dans lesquelles les professionnels de santé agissent dans ces pays. Leurs salaires sont généralement bas, ce qui amène la plupart d'entre eux à pratiquer leur profession dans un établissement privé afin de compléter leurs revenus : la durée de leur intervention en établissement public est donc limitée. Ceci a pour effet de nourrir les frustrations des patients qui se sentent parfois déconsidérés par leurs médecins compte tenu du peu de temps qui leur est consacré. Ce problème est éminemment structurel : on voit mal comment une politique de financement de la santé promue par l'extérieur pourrait contribuer à le résoudre.

3. Une conception biomédicale de la qualité?

Dans les articles de cette recension, l'interprétation de la qualité se limite à l'efficacité et à la sécurité des soins médicaux : évaluation de la qualité par le biais de scores standardisés de qualité (sur l'approvisionnement en médicaments, les temps d'attente, etc.). Or, la mesure quantitative et standardisée (p. ex. : usage d'échelles de 1 à 5 pour estimer la qualité des soins reçus) des perceptions éminemment subjectives apparaît contestable à plusieurs égards. Premièrement, cette démarche aurait tendance à éclipser les narrations des patients et les chaînes de causalité qui peuvent les avoir amenés à dénoncer une éventuelle baisse de qualité. Deuxièmement, on voit mal comment une telle contrainte à la narration pourrait refléter la complexité de la relation soignant-soigné, qui est pourtant au cœur de la définition de la qualité des soins que nous retenons.

De façon générale, la manière dont ces politiques de financement sont analysées montre que la dimension de la qualité perçue par les patients n'est pas une priorité. Non seulement, comme on l'a vu, les bailleurs de fonds et les principaux acteurs de santé mondiale ont mis l'accent sur l'aspect « accès financier » de la définition de la CSU (plutôt que sur les notions de qualité et de couverture de l'ensemble de la population), mais en outre, il semble que leur interprétation de la qualité se restreigne à l'efficacité et à la sécurité autour d'un soin médical, faisant ainsi référence à la conception biomédicale de la santé. Celle-ci se reflète dans la manière dont les politiques de financement observées dans le cadre de cette étude conceptualisent et évaluent la qualité : adéquation des prescriptions médicales, approvisionnement en médicaments, délais d'attente, etc.

Les chercheurs qui s'intéressent aux effets des politiques de CSU semblent donc avoir une représentation majoritairement biomédicale de la qualité. Or, en dehors des questions cliniques, la qualité des soins est évidemment affectée par d'autres problèmes structurels, tels que les conditions physiques de l'offre de soins : état des bâtiments utilisés, disponibilité du matériel médical, propreté des locaux, etc. Mais il s'agit ici de dimensions structurelles, directement liées aux profils socioéconomiques des localités dans lesquelles sont introduites ces nouvelles politiques à vocation globale. Celles-ci peuvent difficilement avoir un impact sans un engagement des autorités nationales en amont.

Nous avons vu que certains chercheurs et experts en santé mondiale reconnaissent que cet aspect peut affecter le succès des politiques. Or, le manque d'appropriation de ces politiques par les populations et les professionnels de santé n'est cependant pas sur le point de s'estomper. La multiplication des dispositifs de financement (auxquels on a récemment ajouté le FBR, sous l'impulsion de la Banque mondiale) dans tous les pays d'Afrique subsaharienne laisse craindre une confusion accrue au sein du paysage sanitaire pour les patients en quête de prestations de soins de qualité.

4. Vers une meilleure prise en compte du contexte local?

Comment s'assurer que les politiques de financement visant l'accès universel et équitable à des soins de santé de qualité prennent mieux en compte les pratiques locales? Il n'existe pas, bien sûr, de réponse toute faite à cette question. Sans tomber dans le culturalisme idéologique, une meilleure connaissance des spécificités culturelles et des contextes géographiques dans lesquels ces politiques sont mises en œuvre constitue en principe un bon départ. Par exemple, Hancart Petitot « montre comment la tenue d'une intervention dosée dans le domaine de la mortalité maternelle doit considérer les modalités d'organisation sociale, les facteurs structurels de la naissance et les dimensions politiques de la reproduction ».

Toujours en référence à la santé maternelle, une chercheuse invite à considérer les dynamiques de genre au moment de la formulation et de l'implantation de nouvelles stratégies sanitaires. Avec cette recommandation, l'auteure s'inscrit dans la logique du care, logique qui fait référence, selon Saillant et Gagnon (1999), à la « question des genres ». Concrètement, elle propose d'« approfondir la compréhension des mécanismes explicatifs et dans la mesure du possible quantifier la contribution spécifique du genre à l'accès des femmes aux soins

modernes ». Selon la chercheuse, l'appartenance ethnique qui caractérise la dynamique familiale a un impact important sur le pouvoir décisionnel des femmes. Ainsi, l'introduction d'une politique de gratuité des soins maternels au Burkina Faso n'aurait pas le même effet chez les familles qu'elles soient mossi ou bwaba. Dans son évaluation de la gratuité des soins obstétricaux d'urgence dans la région de Djibo au Burkina Faso, Belaid (2015) identifie elle aussi certaines représentations : d'une part, le refus des femmes peules envers l'accouchement assisté étant perçu comme une marque de courage, voire de bravoure (et qui expliquerait donc une moindre utilisation des services) ; et d'autre part, chez les mossi en revanche la hiérarchie plus forte en place pourrait amener vers une meilleure circulation de l'information sur la gratuité, car transmise par le chef de village. Pour autant, Belaid se garde de tout culturalisme idéologique : ces aspects n'expliquent pas l'effet différentiel de la politique de gratuité dans cette région du Burkina Faso. Il est en effet important de ne pas s'égayer en privilégiant une explication systématiquement socioculturelle de tout phénomène à l'étude, au risque d'enfermer les populations – en l'occurrence, les patientes peules – dans des schémas figés, et « d'occulter de ce fait toutes interprétations sociopolitiques et économiques ».

Conclusion

Notre revue documentaire qui s'est arrêtée fin 2014 a montré que ni la gratuité, ni l'assurance santé, ni le FBR – les données probantes ne sont pas encore suffisantes pour tirer des conclusions sur l'impact de ce dernier – n'ont eu pour effet d'améliorer toutes les dimensions de la qualité des soins maternels en Afrique de l'Ouest. En effet, que la qualité ait été mesurée de manière objective (privilégiant une approche biomédicale de la qualité, sans tenir compte des perceptions des patients), quantitative (examinant les perceptions des patients de façon « standardisée ») ou qualitative (recueillant les perceptions des patients de manière plus globale), les résultats sont plutôt mitigés.

Pour de nombreux experts, y compris à la nouvelle cellule de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dédiée à l'atteinte de la CSU, le volet de la qualité a été « négligé » dans les discussions au sein de la gouvernance de la santé mondiale. La nouvelle cellule souhaite justement s'emparer de cette question pour lui redonner une place importante. Or, compte tenu des résultats mitigés (concernant la qualité) des stratégies de financement évaluées dans cette

revue documentaire, nous estimons que la qualité des soins devrait plutôt être conçue comme un déterminant structurel de la réussite des politiques, plutôt qu'un produit de ces politiques de financement. Cette prise de position nous amène à formuler l'hypothèse selon laquelle l'amélioration de la qualité des soins maternels (aussi bien ses dimensions structurelles que sociales, avec un accent plus prononcé sur la reconnaissance des droits et la dignité des patientes), et la participation de l'ensemble des professionnels de santé au processus décisionnel constitueraient un préalable à la mise en œuvre de politiques d'incitation à l'accès aux soins. Des recherches futures faisant usage des méthodes qualitatives ou des méthodes mixtes pourraient apporter des pistes de réflexion sur la validité ou l'invalidité de cette hypothèse.

Enfin, des approches évaluatives inclusives (faisant participer les utilisatrices des services évalués, mais aussi l'ensemble des prestataires de santé y compris au plus bas de la pyramide sanitaire) devraient être utilisées de manière plus systématique. Par exemple, la démarche de recherche participative communautaire qui a été utilisée par Foster *et al.* (2010) pour évaluer la qualité des soins maternels en République dominicaine permettrait de prendre en compte l'ensemble des dimensions de la qualité perçue, et également, de proposer des solutions consensuelles pour amener à une amélioration de celle-ci.

Références bibliographiques

- AGYEI-BAFFOUR *et al.* (2013). « Knowledge, perceptions and expectations of capitation payment system in a health insurance setting : a repeated survey of clients and health providers in Kumasi, Ghana », dans *BMC Public Health*, vol. 13 : 1220.
- ANSONG-TORNUI, J. *et al.* (2007). « Hospital based maternity care in Ghana – Findings of a confidential enquiry into maternal deaths », dans *Ghana Medical Journal*, vol. 41, n° 3, p. 125-132.
- ANTAROU, L. V. *et al.* (2013). « Health staff workload in a context of user fees exemption policy for health care in Burkina Faso and Niger », dans *Bulletin de la Société de pathologie exotique (1990)*, vol. 106, n° 4, p. 264-271.
- ATCHESSI, N. *et al.* (2013). « Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso », dans *Health policy and planning*, vol. 28, n° 6, p. 606-615.
- BELAID, L. (2015). « Facteurs contextuels dans l'évaluation d'une politique de santé maternelle au Burkina Faso », Thèse de doctorat de l'Université de Montréal.
- BELAID, L. et RIDDE, V. (2012). « An implementation evaluation of a policy aiming to improve financial access to maternal health care in Djibo district, Burkina Faso », dans *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 12 : 143.
- BELLA, H. et EBRAHIM, G. J. (1984). « The village midwives of the Sudan : an enquiry into the availability and quality of maternity care », dans *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 30, n° 2, p. 115-118.

- BOCOUM YAYA, F. *et al.* (2009). « Les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins au Burkina Faso », Ouagadougou, Burkina Faso.
- BONFRER, I. *et al.* (2014). « The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi », dans *Social Science & Medicine (1982)*, vol. 123C, p. 96-104.
- BONFRER, I. *et al.* (2014). « Introduction of performance-based financing in Burundi was associated with improvements in care and quality », dans *Health Affairs (Project Hope)*, vol. 33, n° 12, p. 2179-2187.
- BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (2006). « Plate-forme Protection sociale : Le financement du Socle de protection sociale », <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowTheme.action;jsessionid=3b9301f828671f120a15a9dc48d2699e766235d9f6026d60ecf5eced521b7bc6.e3aTbhuLbNmSe34MchaRahaPc3n0?th.themeId=2526&lang=FR>, consulté le 7 février 2016.
- CAZABAT, C. (2015). « Des Objectifs du millénaire pour le développement aux Objectifs du développement durable, la place de la santé dans le nouvel agenda mondial pour le développement », dans *Cahiers RÉALISME*, n° 5, p. 1-23.
- CHAN, M. (2013). « Opening remarks at a WHO/World Bank ministerial-level meeting on universal health coverage », http://www.who.int/dg/speeches/2013/universal_health_coverage/en/, consulté le 12 février 2016.
- COMFORT, A. B. *et al.* (2013). « Effect of health insurance on the use and provision of maternal health insurance on the use and provision of maternal health services and maternal and neonatal health outcomes : a systematic review », dans *Journal of Health, Population, and Nutrition*, vol. 31, 4 Suppl. 2, p. 81-105.
- CRIEL, B. *et al.* (2006). « Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : une interaction dynamique », dans *L'assurance maladie en Afrique francophone: améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque mondiale, Washington DC, p. 352-272.
- CRIEL, B. et WAELKENS, M. P. (2003). « Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? », dans *Social science & medicine (1982)*, vol. 57, n° 7, p. 1205-1219.
- DAS, J. *et al.* (2012). « In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps », dans *Health Affairs*, vol. 31, n° 12, p. 2774-2784.
- DONABEDIAN, A. (1988). « The quality of care. How can it be assessed? », dans *The Journal of the American Medical Association*, vol. 260, n° 12, p. 1743-1748.
- FASSIN, D. (2001). « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », dans *Critique de la santé publique*, p. 181-208.
- FAYERS, P. M. et MACHIN, D. (2007). « Introduction », dans *Quality of Life*, John Wiley & Sons, Ltd., 30 pages.
- FENNY, A. P. *et al.* (2014). « Patient satisfaction with primary health care – a comparison between the insured and the non-insured under the National Health Insurance Policy in Ghana », dans *Global journal of health science*, vol. 6, n° 4, p. 9-21.
- FINK, G. *et al.* (2013). « Does health insurance improve health? : Evidence from a randomized community-based insurance rollout in rural Burkina Faso », dans *Journal of Health Economics*, vol. 32, n° 6, p. 1043-1056.
- FOSTER, J. *et al.* (2010). « A community-based participatory research approach to explore community perceptions of the quality of maternal-newborn health services in the Dominican Republic », dans *Midwifery*, vol. 26, n° 5, p. 504-511.
- FREEDMAN, L. P. et KRUK, M. E. (2014). « Disrespect and abuse of women in childbirth : challenging the global quality and accountability agendas » dans *The Lancet*, vol. 384, n° 9948, p. e42-e44.
- FRIMPONG, J. A. *et al.* (2013). « The complex association of health insurance and maternal health services in the context of a premium exemption for pregnant women : a case study in Northern Ghana », dans *Health policy and planning*, vol. 29, n° 8, p. 1043-1053.

- FRITSCHÉ, G. B. *et al.* (2014), « Performance-Based Financing Toolkit. World Bank Training », Washington DC, World Bank Group.
- HANCART PETITET, P. (2005). « Mortalité maternelle au Ladakh : de la santé publique à l'anthropologie », dans PORDIÉ, L. (dir.), *Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire*, Éditions Karthala, p. 123-144.
- HATT, L. E. *et al.* (2013). « Effects of user fee exemptions on the provision and use of maternal health services : a review of literature » dans *Journal of health, population, and nutrition*, vol. 31, 4 Suppl. 2.
- HEALTH AND LIFE SCIENCE PARTNERSHIP INSTITUTE (2014). *Achieving coverage with quality : a seminar on purchasing and quality in the context of UHC*, London, Mott MacDonald Group.
- HOURS, B., JAFFRÉ, Y. et OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (dir.). « Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest », dans *Cahiers d'études africaines*, vol. 46, n° 182, p. 463-465.
- ILOH, G. U. P. *et al.* (2012). « Evaluation of patients' satisfaction with quality of care provided at the National Health Insurance Scheme clinic of a tertiary hospital in South-Eastern Nigeria », dans *Nigerian Journal of Clinical Practice*, vol. 15, n° 4, p. 469-474.
- JAFFRÉ, Y. et OLIVIER DE SARDAN, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière*, Éditions Karthala.
- JEWKES, R. *et al.* (1998). « Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services », dans *Social Science & Medicine (1982)*, vol. 47, n° 11, p. 1781-1795.
- KELLEY, A. *et al.* (2014). « Une vue d'hélicoptère : cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique Francophone », Communauté de Pratique Accès financier aux Services de Santé et Communauté de Pratique Financement Basé sur la Performance.
- KLEINMAN, A. (2012). « Caregiving as moral experience », dans *The Lancet*, vol. 380, n° 9853, p. 1550-1551.
- KOUANDA, S. *et al.* (2010). « User fees and access to ARV treatment for persons living with HIV/AIDS : implementation and challenges in Burkina Faso, a limited-resource country », dans *AIDS care*, vol. 22, n° 9, p. 1146-1152.
- KRISHNAN, V. (2016). « WHO unit to focus on achieving universal health coverage », dans *The Hindu*.
- KRUGER, L.-M. et SCHOOMBEE, C. (2010). « The other side of caring : abuse in a South African maternity ward », dans *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 28, n° 1, p. 84-101.
- LETOURMY, A. et PAVY-LETOURMY, A. (2005). « La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu », *Agence Française de Développement*, Numéro 26, Paris.
- LY, A. *et al.* (2014). « Nursing and midwife staffing needs in maternity wards in Burkina Faso referral hospitals », dans *Human resources for health*, vol. 12, Suppl. 1 : S8.
- MACHA, J. *et al.* (2014). « Determinants of community health fund membership in Tanzania : a mixed methods analysis », dans *BMC Health Services Research*, vol. 14 : 538.
- MARIKO, M. (2003). « Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali : the specific roles of structural process, and outcome components », dans *Social Science & Medicine*, vol. 56, n° 6, p. 1183-1196.
- MASIYE, F. *et al.* (2010). « From targeted exemptions to user fee abolition in health care : experience from rural Zambia », dans *Social Science & Medicine (1982)*, vol. 71, n° 4, p. 743-750.
- MBAYE, E. M. *et al.* (2011). « 'En faire plus, pour gagner plus' : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », dans *Santé Publique*, vol. 23, n° 3, p. 207-219.
- MEESSEN, B. *et al.* (2011). « Removing user fees in the health sector : a review of policy processes in six sub-Saharan African countries », dans *Health Policy & Planning*, vol. 26, Suppl. 2, p. ii16-ii29.
- MOHAMMED, S. *et al.* (2013). « Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria : users' perspectives » dans *BMC Health Services Research*, vol. 13 : 502.

- MORGAN, L. *et al.* (2013). « Financial incentives and maternal health : where do we go from here? », dans *Journal of Health, Population, and Nutrition*, vol. 31, 4 Suppl. 2, p. 8-22.
- NABYONGA-OREM, J. *et al.* (2008). « Maintaining quality of health services after abolition of user fees : A Uganda case study », dans *BMC Health Services Research*, vol. 8 : 102.
- NAULEAU, M. *et al.* (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle », dans *Revue Tiers Monde*, vol. 215, n° 3, p. 129-148.
- NIKIEMA, B. (2012). « Analyse du fardeau lié à l'utilisation des services de santé chez les femmes en quête de soins : apports d'une recherche mixte au Burkina Faso », dans SUÁREZ-HERRERA, J. C. et BLAIN, M.-J. (dir.), *La recherche en santé mondiale. Perspectives socio-anthropologiques*, Montréal, p.137-152.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. et RIDDE, V. (2012). « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : Les contradictions des politiques publiques », dans *Afrique contemporaine*, vol. 243, n° 3, p. 1-11.
- OMS (2010). « Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », Genève.
- OMS (2014). « Déclaration de l'OMS. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins », Genève.
- PEABODY, F. W. (2015). « The care of the patient », dans *Journal of the American Medical Association*, vol. 313, n° 18, p. 1868.
- PHILIBERT, A. *et al.* (2014). « No effect of user fee exemption on perceived quality of delivery care in Burkina Faso : a case-control study », dans *BMC Health Services Research*, vol. 14.
- PORDIÉ, L. (2005). « Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire », Éditions Karthala.
- RIDDE, V. » (2011). « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso » dans *Cahiers d'études africaines*, vol. 201, n° 1, p. 115-143.
- RIDDE, V. (2015). « From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa : a story of pilot projects and public policies », dans *BMC Health Services Research*, 15 Suppl. 3 : S6.
- ROBYN, P. J. *et al.* (2013). « Does enrollment status in community-based insurance lead to poorer quality of care? Evidence from Burkina Faso », dans *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, n° 31.
- ROBYN, P. J. *et al.* (2014). « Provider payment methods and health worker motivation in community-based health insurance : a mixed-methods study », dans *Social Science & Medicine (1982)*, vol. 108, p. 223-236.
- RUSA, L. *et al.* (2009). « Rwanda : Performance-based financing in the public sector », dans *Performance incentives for global health : potential and pitfalls*.
- SAILLANT, F. et GAGNON, É. (1999). « Présentation. Vers une anthropologie des soins? », dans *Anthropologie et sociétés*, vol. 23, n° 2, p. 5-14.
- SAMB, O. M. *et al.* (2013). « Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants? », dans *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, n° 35, p. 34-43.
- SOETERS, R. *et al.* (2011). « Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo », dans *Health Affairs*, vol. 30, n° 8, p. 1518-1527.
- SUAREZ-HERRERA, J. C. *et al.* (2013). « Perspectives socio-anthropologiques innovatrices dans le champ de la recherche en santé mondiale », dans KLEIN, J.-L. et ROY, M. (dir.), *Pour une nouvelle mondialisation. Le défi d'innover*, Presses de l'Université du Québec, Montréal, p. 65-83.
- THE WORLD BANK GROUP (2014). « Projects|RBF Health », <http://rbfhealth.org/projects>, consulté le 7 février 2016.
- TOURÉ, L. (2013). « La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins? », dans *Afrique contemporaine*, vol. 243, n° 3, p. 49-63.
- WAELEKENS, M.-P. et CRIEL, B. (2004). « Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne : États des lieux et réflexions sur un agenda de recherche », Banque mondiale.

- WARE, J. E. (1992). « Measures for a new era of health assessment », dans STEWART, A. et WARE, J. E. (dir.), *Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach*, Duke University Press, North Carolina, p. 3-11.
- WITTER, S. *et al.* (2009). « Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana », dans *Global Health Action*, vol. 2.
- WITTER, S. *et al.* (2010). « The national free delivery and caesarean policy in Senegal: Evaluation process and outcomes », dans *Health Policy and Planning*, vol. 25, n° 5, p. 384-392.
- WITTER, S. *et al.* (2012). « Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low – and middle – income countries », dans *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2 : CD007899.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION et THE WORLD BANK GROUP (2015). « Tracking universal health coverage : First global monitoring report ».