



HAL
open science

Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : Une revue réaliste

Emilie Robert, Oumar Mallé Samb, Bruno Marchal, Valery Ridde

► **To cite this version:**

Emilie Robert, Oumar Mallé Samb, Bruno Marchal, Valery Ridde. Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : Une revue réaliste. 2015. hal-04158757

HAL Id: hal-04158757

<https://hal.science/hal-04158757>

Preprint submitted on 11 Jul 2023

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.

NUMÉRO 1 | NOVEMBRE 2015

Recours aux soins gratuits en
Afrique subsaharienne :
Une revue réaliste

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



RECHERCHES APPLIQUÉES
INTERVENTIONNELLES
EN SANTÉ ET ÉQUITÉ

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers

Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : Une revue réaliste

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

Auteurs :

- **Emilie Robert, PhD**
Auteur correspondant (emilierobert.udem@gmail.com)
Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill
Équipe de recherche et d'intervention transculturelles (ERIT), CSSS de la Montagne
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)
- **Oumar Mallé Samb, PhD**
Centre de recherche Hôpital Charles-Le Moyne, Université Sherbrooke
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)
- **Bruno Marchal, PhD**
Health Services Management unit, Institut de médecine tropical d'Anvers
- **Valéry Ridde, PhD**
École de santé publique d'Université de Montréal (ESPUM)
Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)

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. Le Comité d'éthique du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) a donné son accord en 2010 (10.073). Valéry Ridde détient une Chaire de recherche appliquée en santé publique des Instituts de recherche en santé du Canada.

Ce rapport est issu d'un chapitre de la thèse de doctorat en santé publique d'Emilie Robert, intitulée Supprimer les paiements directs des soins en Afrique subsaharienne : débat international, défis de mise en œuvre et revue réaliste du recours aux soins, disponible dans son intégralité sur le lien : <http://hdl.handle.net/1866/12308>

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

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

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.

2. Méthode

2.1. 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).

2.2. 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 intéressés 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 intéressés 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.

2.3. 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) ?

2.4. 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.

2.5. 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.

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

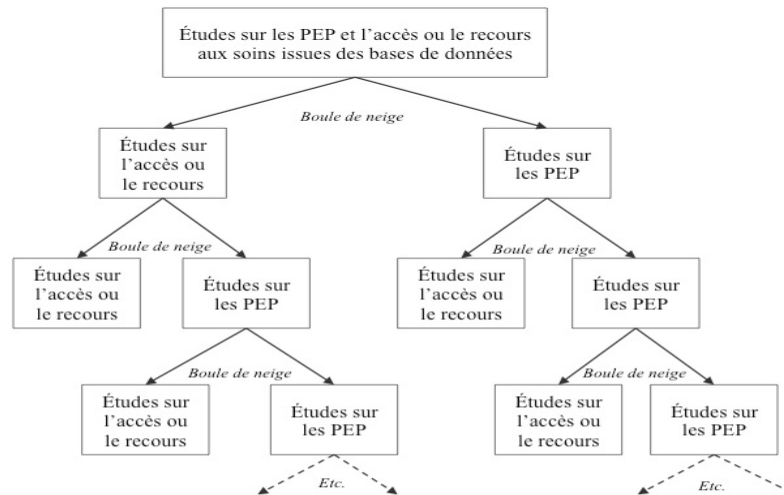
Les études empiriques permettent de tester et de préciser la TMP. La stratégie documentaire initiale est détaillée dans le protocole de recherche (Robert et al., 2012). Trois modes de recherche ont été utilisés : les bases de données, la méthode « boule de neige », et la recherche par citation des articles 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 I). 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 1).

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

| Critères d’inclusion |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 (« <i>waivers</i> »). • 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 1 – 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. 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.

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 émergeant 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. Résultats

3.1. Construire la théorie de moyenne portée : le renforcement du pouvoir d'agir comme mécanisme des PEP

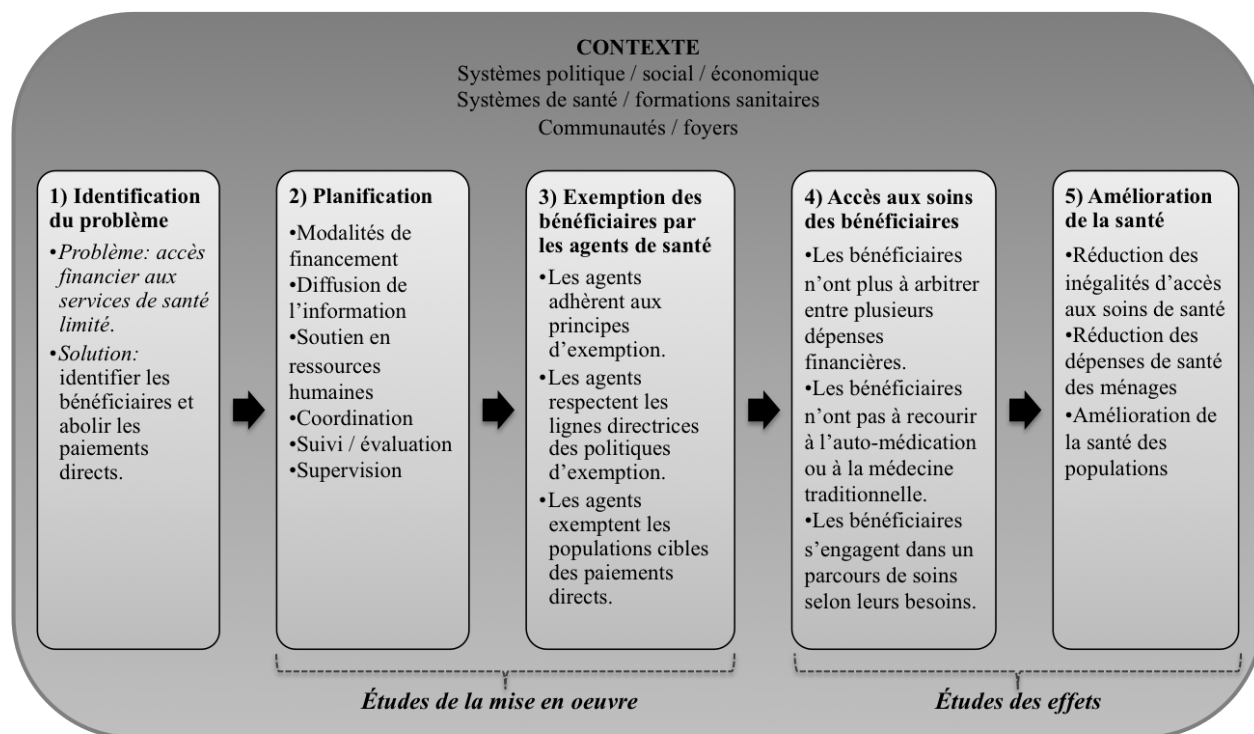
L'usager des services de santé au cœur de la théorie d'intervention des PEP

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 3), 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 3 – 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 3) 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 « capabilité » 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 II). 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 capabilités » (Frediani, 2010).

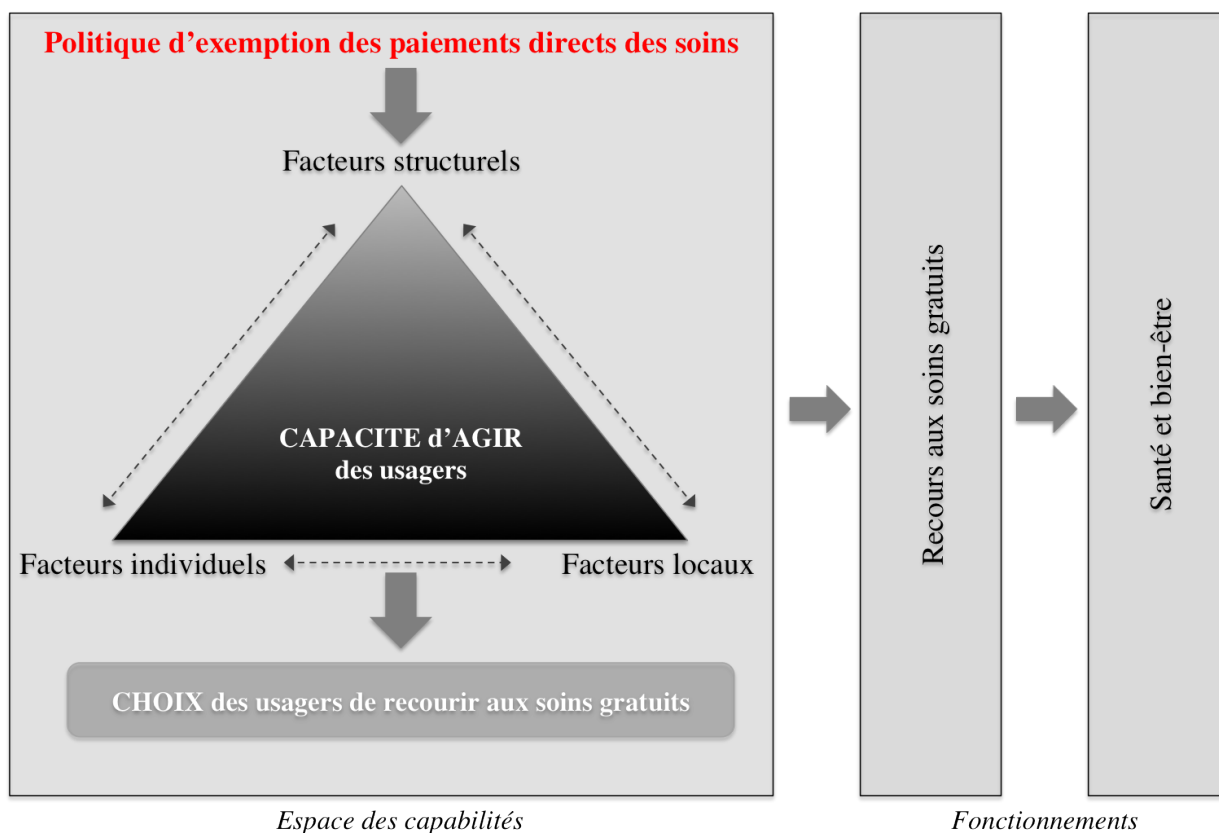
Tableau II – Opérationnalisation des facteurs de conversion pour l'accès aux soins, adapté de Frediani (2010)

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

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 « capabilités » proposée par Frediani (2010) a été adaptée, en modélisant l'espace des « capabilités » (Figure 4), 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 4 – 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.

3.2. 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. L'analyse a donc été menée à partir de 69 documents (Figure 5) qui concernent dix pays d'Afrique subsaharienne (Tableau III).

Figure 5 - Sélection des articles inclus dans la revue réaliste

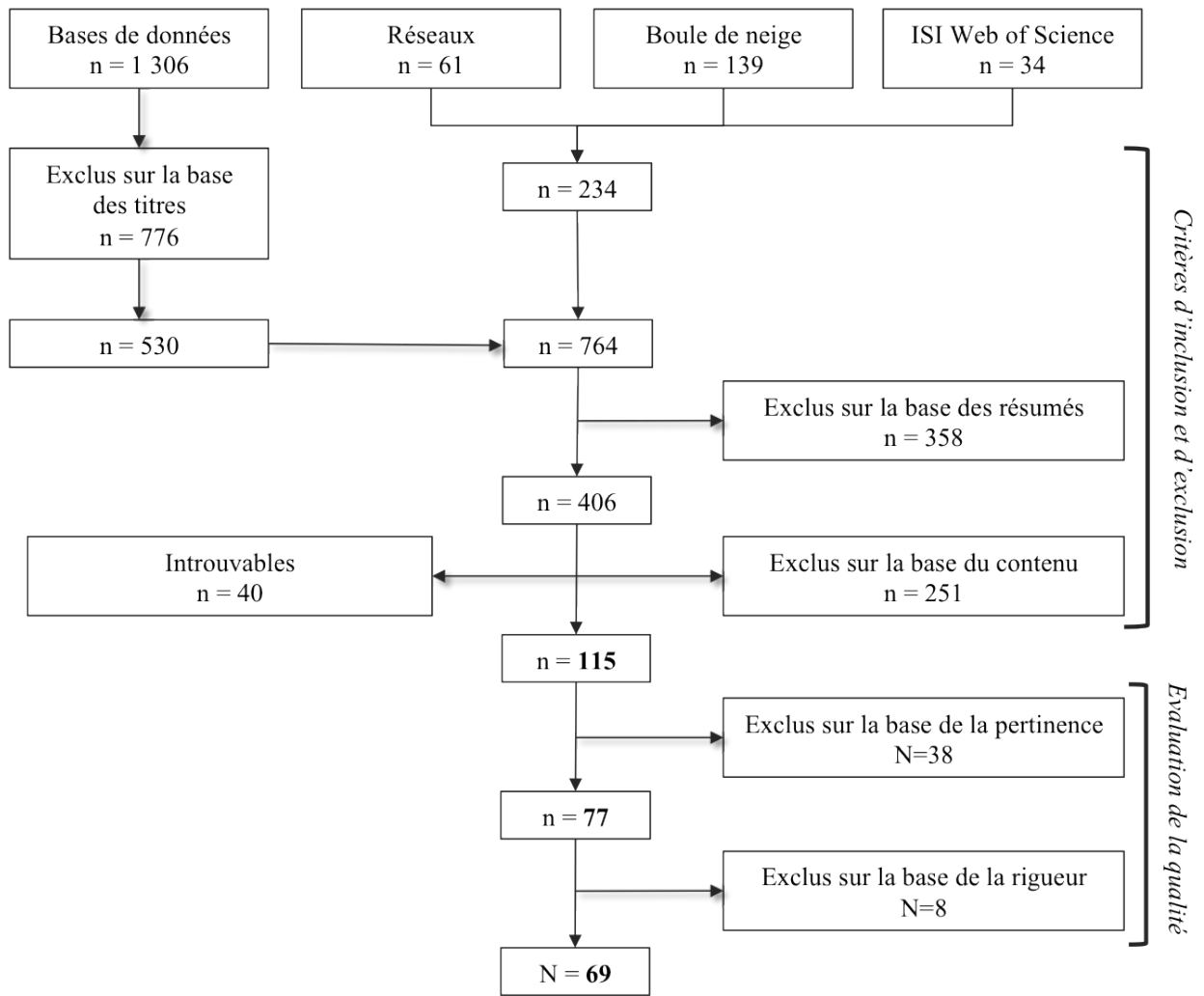


Tableau III – Politiques d'exemption des paiements directs incluses dans la revue réaliste

| 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'explicitier 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 inabornables 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 reenforce 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.

4. Discussion

4.1. 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, 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.

4.2. 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).

4.3. Apports et limites de la revue réaliste

Mieux appréhender la problématique du recours aux soins

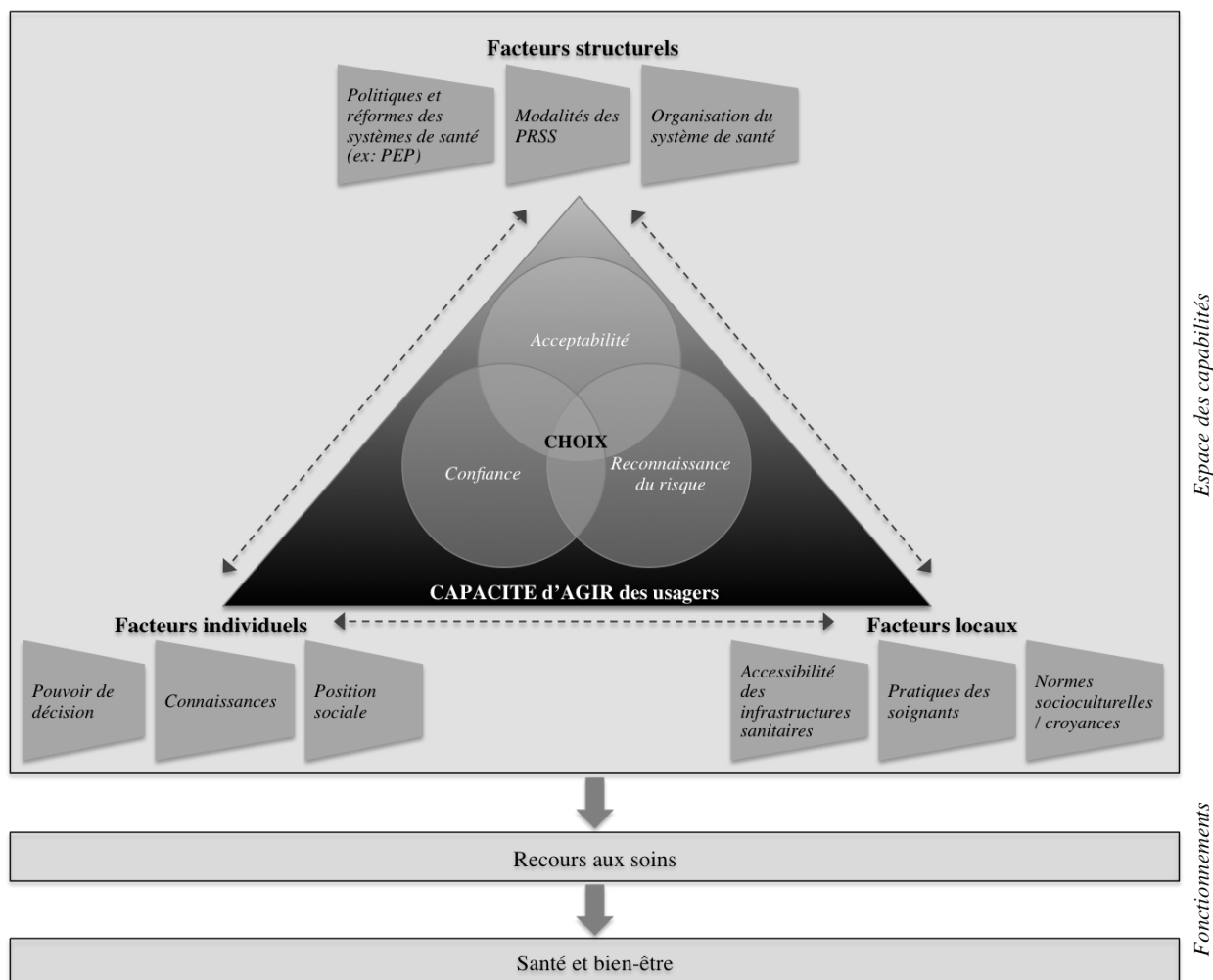
Les résultats produits par la revue réaliste sont relativement bien connus. Pourtant, ils synthétisent pour la première fois la complexité des influences sur le recours aux soins dans un contexte de gratuité des services publics de santé. Les PEP sont en effet étudiées dans leur contexte « naturel » 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 6). 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 6 – Théorie réaliste du recours aux soins de santé



Les avantages de cette théorisation sont pluriels. D'abord, elle met au centre du processus l'utilisateur 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'utilisateurs, 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.

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.

Références bibliographiques

- 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
- 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
- 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
- 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., & Wiesenber, 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 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
- 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 Kwa-Zulu-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

- 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
- 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
- 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 Réaliste 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

Cahiers REALISME
Numéro 1, Novembre 2015

Comité éditorial:

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Emilie Robert

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
valery.ridde@umontreal.ca

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 1, Novembre 2015

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/