**L’exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes au Burkina Faso :**

**En avant marche !**

En 2015, au Burkina Faso, 60 000 enfants sont décédés avant d’atteindre leur 5ème anniversaire.[[1]](#endnote-1) Cette année encore, au moins autant pourraient connaître le même sort. Pourtant, on sait que plus de la moitié de ces décès pourrait être évités au moyen d’interventions simples et peu onéreuses.[[2]](#endnote-2) Dans cette optique, le nouveau Président Roch Kaboré s’était engagé, lors de la campagne pour l’élection présidentielle, à mettre en place l’exemption de paiement des soins de santé pour les moins de 5 ans ainsi que les femmes enceintes, au sein de l’AMU. **En réponse à cet engagement, le Conseil des Ministres a récemment décidé de la mise en œuvre de la gratuité dans 3 régions, et ce dès le 2 avril 2016.**

Save the Children salue vivement ce premier pas vers le passage à l’échelle nationale de l’exemption.[[3]](#endnote-3) En effet, cette décision promet de marquer de façon significative l’histoire de la santé infantile et maternelle au Burkina Faso. **Mais tout reste encore à faire.** En effet, trop souvent dans le passé, des pays ont introduit des politiques de gratuité sans prendre les mesures nécessaires à leur bonne application.

Ainsi, forts des enseignements tirés des expériences pilotes que Save the Children et d’autres ont mis en place, nous souhaitons attirer l’attention des dirigeants pour **qu’ils mettent tout en œuvre afin que l’exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes soit un réel succès**.

1. **L’exemption : Un mécanisme connu, à l’étranger comme au Burkina Faso**

La loi portant régime d’Assurance Maladie Universelle (AMU) adoptée en septembre 2015 vise à garantir l’accès, avec ticket modérateur, aux soins curatifs, préventifs, promotionnels et ré-adaptatifs, et ce à tout résident Burkinabè affilié. Dans ce cadre, l’exemption constitue une première étape vers la mise en place d’un système où chacun pourra avoir accès à des soins de santé de qualité. A elle seule, l’exemption pourrait contribuer à sauver jusqu’à 30 000 enfants par an.

**L’exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes n’est pas une nouveauté au Burkina Faso.** Jusqu’ici, grâce au financement par le fond ECHO, elle a pu être prise en charge par diverses ONGs, dans 5 districts sanitaires. Avec l’adoption d’un décret d’application, en Conseil des Ministres, l’Etat va pouvoir dérouler l’exemption sur tout le territoire, de façon graduelle.

Cette généralisation est l’occasion, pour les structures étatiques, de mettre en place certains mécanismes qui pourront ensuite être utilisés pour la bonne mise en œuvre de l’AMU. C’est notamment le cas de l’informatisation de la prise en charge des patients, avec le Registre Electronique de Consultations (REC) qui a été testé par l’ONG Terre des Hommes dans le cadre des expériences pilotes de l’exemption. Ce registre a été mis en place pour rationaliser les diagnostics des patients, et a notamment permis une meilleure application de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfance (PCIME).[[4]](#endnote-4)

Ainsi, l’exemption de paiement pour les enfants de moins de cinq ans est un réel atout. Il existe d’ailleurs **un consensus global** sur la pertinence de l’exemption pour les interventions en santé infantile et maternelle en tant que premier pas vers la couverture sanitaire universelle.[[5]](#endnote-5)

|  |
| --- |
| **De nombreux pays d’Afrique subsaharienne ont déjà ouvert la voie** * Au **Ghana**, le système national d’assurance santé (National Health Insurance Scheme, NHIS) exempte notamment les moins de 18 ans et les femmes enceintes du paiement au point de service, pour la plupart des maladies (95% de la charge de la morbidité). Le système a déjà fait ses preuves en termes de prise en charge institutionnelle des accouchements et de consultation précoce des services de santé pour les enfants malades.[[6]](#endnote-6)[[7]](#endnote-7)
* En **Sierra Leone**, l’Initiative pour les services de santé gratuits (Free Healthcare Initiative, FHI) a aboli les charges pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants âgés de moins de 5 ans.[[8]](#endnote-8) Grâce à un effort particulier du gouvernement et des partenaires pour renforcer l’offre en ressources humaines dans le cadre du FHI, l’accès aux soins pédiatriques, notamment chirurgicaux, a pu être renforcé.[[9]](#endnote-9)
* Au **Niger**, la gratuité des soins concerne les enfants de moins de 5 ans, et ce depuis 2005. Si la mise en œuvre pose un certain nombre de problèmes, à cause d’un manque de préparation et d’une mise en œuvre précipitée notamment,[[10]](#endnote-10) elle a permis de rapides progrès en termes de santé infantile. Au cours des 4 premières années de sa mise en place, le taux d’utilisation des soins curatifs par les enfants de moins de 5 ans est passé de 59 % à 85 %.[[11]](#endnote-11)

Certains pays africains ont fait le choix d’aller encore plus loin : **C’est par exemple le cas de l’Ouganda,** où les frais d’utilisation des services de santé ont été supprimés pour tous en 2001. Cette initiative fut particulièrement progressive puisque dans la période suivant l’introduction de la suppression, l’augmentation de la fréquentation a particulièrement profité aux plus pauvres.[[12]](#endnote-12)  |

L’exemption de paiement est un mécanisme de financement équitable, puisqu’elle cible les plus vulnérables. Cependant, pour qu’elle soit efficace, une multitude d’études montrent que sa mise en place doit être minutieusement préparée et qu’un ensemble de conditions doivent être réunies.[[13]](#endnote-13)

1. **Mise en œuvre de l’exemption : un défi et une opportunité**

Les exemples venant des pays voisins offrent de précieux enseignements sur les exigences à réunir pour que la mise en place de l’exemption soit un succès. Parfois ces leçons ont été tirées au détriment de la bonne application de ces politiques. Mais parfois, elles ont été de véritables modèles de réussite. A la condition que tous les éléments ci-dessous soient pris en compte au Burkina Faso, **l’exemption peut même se révéler être une véritable opportunité pour la bonne mise en œuvre de l’AMU – et le secteur de la santé tout entier.**

Avant tout, il est nécessaire d’établir un leadership visible. Des expériences similaires menées au Ghana et au Sénégal ont notamment montré qu’**un manque de clarté dans la répartition des rôles pouvait mener à un essoufflement dans la mise en œuvre de la gratuité**.[[14]](#endnote-14) Ce partage des rôles est à rediscuter entre le Ministère de la santé, le SP/AMU et le Ministère des affaires sociales. ~~Or, le partage des responsabilités dans la mise en place de l’exemption au Burkina Faso n’est pas clair. En effet, alors que dans un premier temps, il était prévu que le SP-AMU prenne complètement en charge ce passage à l’échelle nationale, seul le Ministère de la Santé semble impliqué pour l’instant, et ce à divers niveaux. Par ailleurs, il semble que le Ministère des Affaires sociales n’ait pas été sollicité.~~

* 1. **Communication et information à tous les niveaux**

La **communication envers les professionnels de santé** est clé pour la réussite de l’initiative. Dans la mesure où ils constituent le premier point de contact avec le système de santé, ils peuvent faciliter ou au contraire empêcher la bonne application de l’exemption.[[15]](#endnote-15) Au Niger, très peu d’actions avaient été prévues pour informer les professionnels de santé de l’introduction de la gratuité. Ils l’ont souvent appris sur le tard, et de façon verbale, à l’occasion de réunions qui n’ont pas su répondre à leurs inquiétudes, ce qui fut particulièrement néfaste à la bonne gestion de la politique.[[16]](#endnote-16) Par ailleurs, les stratégies de communication doivent s’établir sur le long terme, afin de répondre aux besoins de dialogue avec le personnel.[[17]](#endnote-17)

En parallèle, **l’information de la population** est absolument nécessaire à la réussite de l’exemption. En Ouganda par exemple, des campagnes de communication ciblant les médias, se sont révélées être un facteur déterminant pour l’augmentation de l’utilisation des services par les usagers.[[18]](#endnote-18) L’expérience pilote de Terre des Hommes au Burkina Faso a d’ailleurs déjà montré que la communication diffusée par l’intermédiaire des COGES avait permis de rapidement faire circuler l’information au sein de la population.[[19]](#endnote-19)

Or à son tour, et dans la mesure où l’information est bien disséminée, **l’exemption peut être un formidable outil de communication sur l’AMU** dans les districts sanitaires où les parents accompagnent leurs enfants pour des soins gratuits.

* 1. **Gouvernance et redevabilité**

La mise en place de l’exemption passe par une **bonne gouvernance** ainsi qu’une **maitrise de la gestion financière** à tous les niveaux du système de santé. Au Ghana par exemple, il a été observé un manque de transparence et de responsabilisation aux différents niveaux du système qui ont été délétères pour la motivation des acteurs de l’exemption.[[20]](#endnote-20)

Au Burkina Faso, l’expérience du subventionnement des accouchements et des SONU a déjà permis d’identifier **la gouvernance locale** comme un élément essentiel dans la réussite de la politique.[[21]](#endnote-21) Dans ce cadre, les premières expériences pilotes de l’exemption ont démontré que la mise en place de contrôles à priori et à posteriori était essentielle à sa mise en œuvre.[[22]](#endnote-22)

L’exemption peut même se révéler être une opportunité. Les expériences pilotes menées ont été prometteuses : on constate notamment que **les comités de gestion des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ont été renforcés au travers de la gestion de l’exemption.** Elle a enfin été l’occasion d’instaurer une culture de la concertation entre les différents acteurs du système de santé. [[23]](#endnote-23)

* 1. **Financements innovants et pérennisation de l’AMU**

Les expériences des pays étrangers montrent qu’**un financement pérenne doit être mis en place**. Trop souvent, le sous-financement des politiques d’exemption a conduit à leur échec. C’est par exemple le cas du Kenya qui a réintroduit les paiements directs deux ans après l’adoption de l’exemption.[[24]](#endnote-24) Au Burkina Faso, le gouvernement a d’ores et déjà prévu l’allocation de 5 milliards FCFA pour le démarrage de l’exemption des enfants de moins de 5 ans et 16 millards pour l’ensemble des mesures de gratuité au démarrage.[[25]](#endnote-25) C’est une bonne nouvelle, mais davantage devra être mobilisé sur le long terme. Par ailleurs, Save the Children souhaite alerter sur la nécessité de mobiliser des fonds supplémentaires et non de les détourner d’autres domaines de la santé qui en ont aussi grand besoin.

Plusieurs pays ont d’ailleurs assuré ce financement grâce à une mobilisation de ressources supplémentaires :

* Au Gabon, les prestations de santé des citoyens considérés comme « économiquement faibles » sont financées par la **Redevance Obligatoire à l’Assurance Maladie (ROAM)**. Il s’agit d’un impôt indirect : les opérateurs de téléphonie mobile et les transferts d’argent à l’étranger son taxés respectivement 10% et 1,5% de leur chiffre d’affaires hors taxes.[[26]](#endnote-26) Ainsi, entre 2007 et 2013, les dépenses de santé du gouvernement sont passées de US$109 à US$ 240 per capita.[[27]](#endnote-27)
* En **Sierra Leone**, des réflexions sont actuellement en cours pour utiliser les revenus de l’industrie extractive pour financer l’exemption.[[28]](#endnote-28) Comme une récente étude le montre, de nombreux pays d’Afrique de l’Ouest pourraient ainsi davantage exploiter les revenus de leurs industries minières.[[29]](#endnote-29) Au Burkina Faso, l’adoption du nouveau Code minier en 2015 est un signal positif vers une meilleure gestion des ressources extractives, mais leur allocation au secteur de la santé n’est pas encore envisagée.
* Au Ghana, le système a en partie pu être financé par une **augmentation de la TVA de 2,5%**.[[30]](#endnote-30) Au Burkina Faso cette piste n’est pas écartée. Cependant, l’Etat ghanéen n’ayant pas tenu ses promesses en termes d’investissement dans le secteur de la santé, [[31]](#endnote-31) les premiums restent trop élevées pour les pauvres, qui participent tout de même à l’effort de financement au travers de la TVA.[[32]](#endnote-32) Save the Children souhaite donc attirer l’attention des dirigeants sur le fait que, pour être pérenne et équitable, ce système repose en définitive largement sur la taxation.

Par ailleurs, l’importance **d’une coordination et d’un bon dialogue entre le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances** pour la mise en place d’un financement pérenne est indéniable.[[33]](#endnote-33)Dans ces efforts, un soutien venant de la tête de l’exécutif peut être décisif. En Ouganda par exemple, le Ministère de la Santé a pu négocier une augmentation de son budget 2000/2001 de 40% auprès du Ministère de Finances, **grâce au soutien de la Présidence**.[[34]](#endnote-34)

Déterminer au préalable comment financer l’exemption permettra de garantir le remboursement des centres de santé dans les délais prévus. A l’inverse, un financement faible ou mal organisé peut provoquer de graves disfonctionnements au niveau local. En effet, **des retards importants ont souvent été notés dans la mise en application des politiques d’exemptions,** comme dans le cas du Niger.[[35]](#endnote-35) Au Burkina Faso, les expériences pilotes ont montré qu’un financement solide adossé à une bonne gestion pouvaient permettre un remboursement des structures sanitaires dans les temps, et parfois même l’amélioration de leur viabilité financière.[[36]](#endnote-36)

Ainsi, à condition qu’elle soit correctement financée, l’exemption elle-même constitue une **véritable opportunité de pérennisation financière pour l’AMU**. Elle permettra en effet d’affilier les enfants dès leur plus jeune âge, afin qu’une fois adultes, ils puissent être enregistrés et commencer à cotiser. L’exemption est également un réel investissement productif puisqu’elle permettra, en améliorant l’accès des enfants aux services de santé,[[37]](#endnote-37) de prévenir les problèmes – et ainsi les dépenses – de santé à l’âge adulte. Elle est donc source d’efficience.

* 1. **Renforcement de l’offre de soins**

Une étude de la suppression des frais d’utilisation dans six pays d’Afrique subsaharienne a identifié l’absence de renforcement de l’offre de soins, en parallèle de la mise en place de l’exemption, comme un obstacle au succès de ces politiques.[[38]](#endnote-38) Au Ghana par exemple, le fonctionnement sous-optimal du système de prestation de soins de santé, y compris le système de référence, semblent limiter la portée du NHIS.[[39]](#endnote-39)

Par ailleurs la capitalisation des expériences d’abolition des paiements au Burkina Faso a montré que les exemptions pouvaient mener à une utilisation accrue des services par les usagers.[[40]](#endnote-40) Au cours des expériences pilotes, **la fréquentation des centres de santé ruraux a augmenté de 2/3 durant le premier mois d’introduction de la gratuité pour les moins de 5 ans dans deux districts de la région du Sahel.[[41]](#endnote-41)**

Ainsi, il est absolument essentiel que l’introduction de la gratuité soit accompagnée d’un **renforcement de l’offre de soins.** Ce renforcement devra notamment cibler le plateau technique dans certaines zones délaissées telles que l’Est et le Sahel.[[42]](#endnote-42)

Par ailleurs, dans certains pays, la mise en place de la gratuité a parfois entrainé une pénurie de médicaments.[[43]](#endnote-43) Les patients doivent alors se tourner vers le privé pour se procurer les médicaments, ce qui contribue donc à restaurer une forme de barrière financière.

|  |
| --- |
| **Une fenêtre d’opportunité** L’exemption en Sierra Leone fut une véritable « fenêtre d’opportunité » pour le renforcement ressources humaines. Un groupe de travail sur les ressources humaines en santé a notamment permis d’avancer certaines réformes comme l’augmentation des salaires, un programme de recrutement mobile dans les districts, et un système de monitoring enregistrant la présence des agents de santé dans les formations sanitaires. [[44]](#endnote-44) |

Au Burkina Faso, la réussite de l’exemption est conditionnée à **une bonne gestion des ressources humaines, la présence d’infrastructures et de matériels adaptés, ainsi qu’à la disponibilité de médicaments essentiels**. Elle peut alors se révéler être, encore une fois, une véritable opportunité (voir encadré ci-contre).

1. **Conclusions and recommandations**

L’année 2016 verra la mise en œuvre de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Pour garantir son succès, Save the Children appelle les dirigeants à ne rien laisser au hasard.

**En particulier, Save the Children recommande :**

🡪 Au Gouvernement :

* **La détermination d’un leadership clair** dans l’opérationnalisation de l’exemption ;
* **La mise en place de stratégies de communication** à l’endroit des professionnels de santé ainsi que de la population ;
* **La mise en place d’une politique de financement** de l’AMU, et notamment de l’exemption, en garantissant de nouvelles sources de financement ;
* **Le renforcement de l’offre de soins** sur tout le territoire ;
* **La mise en œuvre de mécanismes de suivi et de monitoring** de la politique de gratuité.

🡪A la société civile :

* Après l’adoption du décret, une **attention soutenue à la bonne mise en œuvre** de l’exemption par le gouvernement ;
* La **capitalisation et le transfert de l’expertise** acquise sur le financement et la gestion de l’exemption, notamment dans le cadre du travail entamé au travers du comité technique d’opérationnalisation.
* Le suivi de la bonne exécution des dépenses dans le cadre de l’exemption.
1. Organisation Mondiale de la Santé, Global Health Data Repository, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-1?lang=en> [↑](#endnote-ref-1)
2. World Health Organization, Children: reducing mortality, Last updated January 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/> [consulté le 23.02.2016] [↑](#endnote-ref-2)
3. Durant les deux premiers mois, trois régions seront concernées et cela aux deux premiers niveaux du système de santé. Puis le mécanisme devrait être étendu à tout le pays. [↑](#endnote-ref-3)
4. Terre des Hommes, Exemption de paiement : pour un accès universel aux soins de santé́ des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes - Bonnes pratiques au Burkina Faso, 2011 [↑](#endnote-ref-4)
5. Yates R., Women and children first: an appropriate first step towards universal coverage, *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88:474-475. doi: 10.2471/BLT.09.074401 [↑](#endnote-ref-5)
6. Dzakpasu S. (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 [↑](#endnote-ref-6)
7. Singh et al., Ghana’s National Health insurance scheme and maternal and child health: a mixed methods study, BMC Health Services Research (2015) 15:108 DOI 10.1186/s12913-015-0762-y [↑](#endnote-ref-7)
8. Health poverty Action, Sierra Leone’s Free Healthcare Initiative: Responding to Emerging Challenges, 2010 [↑](#endnote-ref-8)
9. [Groen RS](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Groen%20RS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23519292), [Kamara TB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kamara%20TB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23519292), [Nwomeh BC](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Nwomeh%20BC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23519292), [Daoh KS](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Daoh%20KS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23519292), [Kushner AL](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kushner%20AL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23519292). Free health care for under 5 year olds increases access to surgical care in Sierra Leone: an analysis of case load and patient characteristics. World J Surg. 2013 Jun;37(6):1216-9. doi: 10.1007/s00268-013-1993-x. [↑](#endnote-ref-9)
10. Olivier de Sardan Jean-Pierre et Ridde Valéry,« L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger » Les contradictions des politiques publiques, *Afrique contemporaine*, 2012/3 n° 243, p. 11-32. DOI : 10.3917/afco.243.0011 [↑](#endnote-ref-10)
11. Médecins du Monde, Gratuité des soins au Niger : une option payante à consolider, [↑](#endnote-ref-11)
12. Kirunga-Tashobya, C, McPake, B, Nabyonga, J et Yates, R (2006), Health sector reforms and increasing access to health services by the poor: What role has the removal of user fees played in Uganda?, *Health Systems Reforms in Uganda: Processes and outputs*. Institut de Santé publique (IPH), Makerere University, LSHTM et Ministère de la Santé, Ouganda [↑](#endnote-ref-12)
13. Ridde et al: A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. BMC Public Health 2012, 12:289. [↑](#endnote-ref-13)
14. Witter S. et al., Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement: comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal, Studies in HSO&P, 25, 2008 [↑](#endnote-ref-14)
15. Mc Pake B., Removing user fees: learning from international experience to support the process, Health Policy and Planning 2011;26:ii104–ii117 [↑](#endnote-ref-15)
16. Diarra A. et Ousseini A., The coping strategies of front-line health workers in the context of user fee exemptions in Niger, MC Health Services Research 2015, 15(Suppl 3):S1 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/S3/S1> [↑](#endnote-ref-16)
17. Burnham GM, Pariyo G, Galiwango E, Wabwire-Mangen F. 2004. Discontinuation of cost sharing in Uganda. Bulletin of the World Health Organization 82: 187–95. [↑](#endnote-ref-17)
18. Yates R. (2006), International Experiences in Removing User Fees for Health Services – Implications for Mozambique, DFID [↑](#endnote-ref-18)
19. Blanchet K. Adannou - Zonon N. Nébié B. Agagliate T. Viala G. 2011. Exemption de paiement : pour l’accès universel aux soins de santé des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Bonnes pratiques au Burkina Faso. Terre des hommes. Ouagadougou, Burkina Faso. [↑](#endnote-ref-19)
20. Ridde V., Robert E., Meesen B., Les pressions exercées par l’abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, *World Health Report (2010) Background Paper, No 18* [↑](#endnote-ref-20)
21. FEMHealth (2014), Effets de la subvention des soins de santé maternelle et néonatale au Burkina Faso : « c’est bon mais ce n’est pas encore arrivé » ! [↑](#endnote-ref-21)
22. Terre des Hommes, Exemption de paiement : pour un accès universel aux soins de santé́ des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes - Bonnes pratiques au Burkina Faso, 2011 [↑](#endnote-ref-22)
23. Terre des Hommes, Exemption de paiement : pour un accès universel aux soins de santé́ des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes - Bonnes pratiques au Burkina Faso, 2011 [↑](#endnote-ref-23)
24. Ridde V., Robert E., Meesen B., Les pressions exercées par l’abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, *World Health Report (2010) Background Paper, No 18*  [↑](#endnote-ref-24)
25. Loi de Finance rectificative 2016 [↑](#endnote-ref-25)
26. MUSANGO L. et INOUA A., Assurance Maladie Obligatoire au Gabon : un atout pour le bien être de la population, World Health Report (2010) Background Paper 16, Organisation Mondiale de la Santé, 2010 [↑](#endnote-ref-26)
27. WHO, Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> [↑](#endnote-ref-27)
28. Health poverty Action, Health Revenues. How the extractives industry can support Universal Health Coverage in Sierra Leone, May 2015 [↑](#endnote-ref-28)
29. Ridde V., Campbell B. and Martel A., Mining revenue and access to health care in Africa: could the revenue drawn from well-managed mining sectors finance exemption from payment for health?, Development in Practice, 2015, Vol. 25, No. 6, 909–918, http://dx.doi.org/10.1080/09614524.2015.1062470 [↑](#endnote-ref-29)
30. Owusu-Sekyere1E., Bagah D., Towards a Sustainable Health Care Financing in Ghana: Is the National Health Insurance the Solution?, Public Health Research 2014, 4(5): 185-194 DOI: 10.5923/j.phr.20140405.06 [↑](#endnote-ref-30)
31. Jehu-Appiah C., ￼Experiences of Ghana’s National Health Insurance Scheme: Achievements, Challenges & Way Forward, Presentation, AfDB, 2015 [↑](#endnote-ref-31)
32. REF OXFAM [↑](#endnote-ref-32)
33. Musango et al.: Moving from ideas to action - developing health financing systems towards universal coverage in Africa. BMC International Health and Human Rights 2012 12:30. [↑](#endnote-ref-33)
34. Yates R. (2006), International Experiences in Removing User Fees for Health Services – Implications for Mozambique, DFID [↑](#endnote-ref-34)
35. Abdoulaye Ousseini, Yamba Kafando, « La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. Les comités de gestion au Niger », Afrique contemporaine 2012/3 (n° 243), p. 65-76. [↑](#endnote-ref-35)
36. Queuille, L., Ridde, V. & Sodore, A. 2009. COGES, recouvrement des coûts et stratégie de subvention des soins dans 4 districts du Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso [↑](#endnote-ref-36)
37. Haddad S., Zombré D., Queuille L. et Ridde V., La gratuité des services aux mères et aux enfants au Burkina Faso améliore fortement et durablement l’accès et la fréquentation des services, Septembre 2013 [↑](#endnote-ref-37)
38. Meesen B. et al., Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries, Health Policy and Planning 2011;26:ii16–ii29 [↑](#endnote-ref-38)
39. Durairaj V., D'Almeida S., Kirigia J., Obstacles in the process of establishing a sustainable National Health Insurance Scheme: insights from Ghana, Technical brief for policy-makers, Number 1/2010, World Health Organisation, 2010 [↑](#endnote-ref-39)
40. ￼Masiye F. et al., Removal of user fees at Primary Health Care facilities in Zambia: A study of the effects on utilisation and quality of care, Equinet Discussion Paper 57, March 2008 [↑](#endnote-ref-40)
41. Haddad S., Zombré D., Queuille L. et Ridde V., La gratuité des services aux mères et aux enfants au Burkina Faso améliore fortement et durablement l’accès et la fréquentation des services, ONG Help, Septembre 2013 [↑](#endnote-ref-41)
42. Voir à ce sujet le profil pays de Save the Children intitulé « Les exclus de la santé au Burkina Faso » [↑](#endnote-ref-42)
43. Ridde V., Robert E. et Meessen B., Les pressions exercées par l’abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, World Health Report (2010) Background Paper, 18 [↑](#endnote-ref-43)
44. Bertone et al., A window of opportunity for reform in post-conflict settings? The case of Human Resources for Health policies in Sierra Leone, 2002–2012, Conflict and Health 2014, 8:11 http://www.conflictandhealth.com/content/8/1/11 [↑](#endnote-ref-44)