

un_ **focus**



Une **vie**
saine

**pour les femmes
et les enfants
vulnérables**

APPLICATION DE LA RECHERCHE
SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

**Sue Godt, Irene Agyepong,
Walter Flores et Gita Sen**

un_ **focus**

Une
vie
saine

pour les femmes
et les enfants
vulnérables

un_ **focus**



Les questions d'actualité les plus pressantes qui influent sur le développement durable, voilà à quoi s'attaque la collection *un_focus* du CRDI. Chaque opuscule fait la synthèse des recherches du CRDI pour en tirer les enseignements les plus importants ainsi que les observations et les recommandations les plus pertinentes. Chaque ouvrage constitue en outre un point de convergence vers des pages Web thématiques où le CRDI étudie ces questions plus en profondeur et présente toute l'information que souhaitent obtenir les lecteurs et les internautes de divers horizons. On peut parcourir les titres de la collection à www.crdi.ca.

Vous avez des commentaires ? Écrivez-nous à info@crdi.ca.

un_ **focus**



Une **vie**
saine


pour les femmes
et les enfants
vulnérables

**APPLICATION DE LA RECHERCHE
SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ**

**Sue Godt, Irene Agyepong,
Walter Flores et Gita Sen**

CENTRE DE RECHERCHES POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL
Ottawa • Le Caire • Montevideo • Nairobi • New Delhi

Publié par le Centre de recherches pour le développement international
CP 8500, Ottawa (Ontario), Canada K1G 3H9
www.crdi.ca / info@crdi.ca

© Contributeurs 2017. Diffusé en vertu de la licence d'attribution Creative Commons 4.0. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> 

Les travaux de recherche présentés dans la présente publication ont été réalisés grâce à une subvention du Centre de recherches pour le développement international (CRDI), établi à Ottawa, au Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles du CRDI ni de son Conseil des gouverneurs.

ISBN 978-1-55250-602-8
ISBN (cyberlivre) 978-1-55250-605-9

Il est permis de reproduire et de distribuer la présente publication à la condition d'en indiquer la source initiale et d'en fournir la référence exacte. Le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) est désireux de connaître l'utilisation qui est faite de la présente publication. Si vous prévoyez reproduire ou distribuer du contenu de la présente publication, veuillez envoyer un message électronique à info@crdi.ca. Tous les noms de spécialité mentionnés dans la présente publication ne sont donnés qu'à titre d'information et le fait qu'ils soient mentionnés ne signifie pas que le CRDI les approuve.

Cette publication, dont le texte intégral est disponible en ligne à www.crdi.ca, sert également de pôle autour duquel s'articule le site thématique : www.crdi.ca/vie-saine.

Table des matières

Résumé → ix

Avant-propos → xv

Préface → xvii

Partie 1. L'enjeu et le contexte de développement → 1

Des systèmes de santé de qualité contribuent à de bonnes conditions de santé pour tous, en particulier les populations les plus vulnérables; toutefois, leur édification pose de nombreux défis. Les obstacles à l'élaboration de systèmes de santé solides comprennent le manque de données, la médiocrité des services de soins de santé ainsi que l'insuffisance des ressources allouées.

Que nous disent les données sur les avancées mondiales et les écarts persistants en matière de santé reproductive, maternelle et infantile ? . 1

Populations vulnérables invisibles . 4

Mise au point sur le VIH/sida . 6

Mise au point sur les grossesses chez les adolescentes . 7

La nécessité de meilleures données et de systèmes d'information sanitaire plus solides . 9

Lutte contre les inégalités en matière de santé . 10

Priorités mondiales pour transformer les systèmes de santé dysfonctionnels . 12

Prise en compte des répercussions des interventions en santé isolées . 13

Reddition de comptes pour les responsables . 15

Établissement sur le bien-fondé d'une couverture sanitaire universelle . 18

Partie 2. Le CRDI et la recherche sur les systèmes de santé → 23

L'approche du CRDI envers le soutien de la recherche et l'utilisation des données probantes par rapport à l'élaboration des politiques et des pratiques en matière de santé est discutée, y compris les trois principes qui ont guidé le travail du CRDI.

Approche programmatique du CRDI en matière de santé :

les trois principes efficaces . 24

Élaborer des méthodes et renforcer les capacités pour produire des données probantes rigoureuses . 27

- Établir de nouvelles méthodes de recherche . 28
- Renforcer la capacité des chercheurs individuels . 28
- Produire de nouvelles connaissances . 29

Renforcer l'utilisation des données probantes pour accroître la reddition de comptes . 29

Partie 3. Des systèmes de santé pour des vies saines → 33

Les données probantes provenant d'exemples sélectionnés à l'échelle internationale qui présente le contexte, la réflexion, les approches et les principaux constats qui peuvent permettre à relever les défis cernés et à mettre au point de meilleurs systèmes de santé.

- Renforcer les données et les systèmes d'information sanitaire . 34
 - En Inde : Déterminer les causes de la mortalité maternelle . 35
 - Au Botswana : Renforcer les données probantes afin de lutter contre les facteurs du VIH/sida . 38
 - Au Nigeria : Édifier un système de santé fondé sur des données probantes . 41
 - Recueillir les données . 42
 - Utiliser les données . 45
- Donner l'élan pour une couverture sanitaire universelle abordable . 48
 - En Afrique de l'Ouest : Exposer les conséquences inattendues de l'abolition des frais d'utilisation . 50
 - En Inde : Faire avancer la couverture sanitaire universelle . 52
 - Leçons tirées de l'État de l'Andhra Pradesh . 54
 - Renforcer la capacité de l'État de mettre en oeuvre une couverture sanitaire universelle . 56
 - À l'échelle mondiale : Des réseaux régionaux qui font progresser la couverture sanitaire universelle . 57
 - Intégrer la couverture sanitaire universelle aux objectifs de développement durable . 65
 - S'assurer que les femmes, les enfants et les adolescents ne sont pas laissés pour compte . 67
- Établir des systèmes de santé durables et équitables en renforçant la reddition de comptes et la gouvernance . 69
 - Au Guatemala : Améliorer la surveillance autochtone du rendement des systèmes de santé . 70
 - En Afrique du Sud et en Ouganda : Améliorer l'apport des citoyens aux systèmes de santé . 73
 - En Afrique orientale, centrale et australe : Accroître la reddition des comptes régionale . 76
 - Responsabilités à l'échelle mondiale . 77
 - Instaurer la confiance et créer des possibilités d'engagement . 79

Partie 4. Leçons tirées et perspectives d'avenir → 83

Des leçons se rapportant à six sujets globaux précis ont été tirées de cette recherche. Ces leçons peuvent contribuer à améliorer l'équité, la gouvernance et les systèmes de santé afin de fournir de meilleurs résultats pour les groupes vulnérables.

- Importance du développement . 84
- Importance des personnes . 86
- Importance de la politique . 87
- Importance des systèmes . 88
- Importance des données probantes . 88
- Importance du financement . 90

Partie 5. L'avenir : Tirer parti des possibilités qui se présentent → 93

Des efforts de collaboration exhaustifs peuvent renforcer les systèmes qui amélioreront la santé reproductive ainsi que la santé maternelle, infantile et adolescente, et permettre de prévenir des urgences sanitaires à l'avenir.

Glossaire des termes et des abréviations → 97

Notes → 99

Sources et ressources → 111

Résumé

L'enjeu

Les objectifs de développement durable visent à créer des vies saines et à promouvoir le bien-être de tous. Afin de garantir que les populations les plus vulnérables, y compris les femmes, les enfants et les adolescents, soient en mesure de profiter de ces résultats, il faut relever un certain nombre de défis. Un mauvais état de santé est souvent causé par la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, le manque d'éducation et la marginalisation sociale, ainsi que par l'inaccessibilité des services de soins de santé. Des systèmes de santé solides, équitables et bien gérés peuvent contribuer à améliorer de manière durable leurs conditions de vie. De tels systèmes de santé – et non des services de santé – mettent à contribution des parties prenantes dans différents secteurs pour déceler les causes sous-jacentes des mauvaises conditions de santé et mettre au point des services de soins de santé primaires accessibles, abordables et de qualité.

Toutefois, établir des systèmes de santé solides n'est pas chose facile. Les obstacles clés comprennent des données inadéquates et des systèmes d'information sanitaire faibles; des services de soins de santé sous-équipés, fragmentés et inaccessibles; absence

d'engagement politique pour aborder les causes sous-jacentes des mauvaises conditions de santé; manque de gouvernance et de reddition des comptes pour garantir l'élaboration de politiques pertinentes avec l'affectation de ressources suffisantes pour permettre une mise en oeuvre durable efficace.

La recherche

Ce livre fait fond sur 15 années de travaux de recherche sur les systèmes de santé financés par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) et menés par des chercheurs qui ont travaillé en étroite collaboration avec les communautés et les décideurs. Ils ont produit des données probantes pertinentes au contexte à l'échelle locale, nationale, régionale et mondiale afin de s'attaquer à ces difficultés bien ancrées dans les systèmes de santé.

La qualité de la collecte de données et des systèmes d'information sanitaire peut être améliorée de manière durable en entreprenant de la recherche sur les systèmes de santé ayant des structures de santé pertinentes. En Inde, de nouvelles lignes directrices nationales sur les revues de la mortalité maternelle ont été introduites en fonction des données probantes démontrant que les examens existants cachaient la négligence systémique des besoins des femmes en matière de santé pendant la grossesse et l'accouchement, et la tendance des professionnels de la santé à camoufler leurs propres manquements. Deux gouvernements d'État nigérien ont institutionnalisé la prise de décisions fondées sur des données probantes en établissant des systèmes de surveillance communautaire en temps réel novateurs dans le cadre desquels les travailleurs en santé ont visité tous les ménages et ont transmis des données « en temps réel » aux services de planification des ministères. Ces deux exemples ont « compté » les femmes vulnérables qui étaient souvent oubliées dans les engrenages du système et ont facilité la planification des services adaptés à leurs besoins en matière de santé. Surtout, les données

ont été transmises en formats appropriés aux personnes responsables d'amorcer des changements : cartes de pointage du rendement des établissements pour les planificateurs de la santé, outils de diagnostics améliorés et plateformes d'engagement pour les travailleurs en santé, docudrames et groupes de discussion pour les communautés.

Les chercheurs menant des recherches dans le domaine des systèmes de santé ont fait progresser les efforts de mise en oeuvre d'objectifs de développement durable ambitieux à l'égard de la couverture sanitaire universelle. Leurs données probantes ont consigné les répercussions d'appauvrissement à long terme des dépenses de soins de santé sur les ménages pauvres, ainsi que les défis auxquels sont confrontés les gouvernements qui tentent d'atténuer les souffrances en appliquant des subventions partielles et fragmentées. Les chercheurs ont développé des guides et des outils analytiques pertinents pour appuyer les gouvernements dans la planification de la mise en oeuvre de la couverture sanitaire universelle. Des données probantes révèlent que mettre les femmes et les adolescents vulnérables au centre des processus de couverture sanitaire universelle peut renforcer l'ensemble du système. Fait significatif, la recherche a démontré que la couverture sanitaire universelle n'est pas un enjeu technique; l'adopter est plutôt une décision politique qui demande de la solidarité sociale par rapport à la valeur d'offrir des soins aux populations vulnérables.

Au bout du compte, la reddition des comptes, la gouvernance et l'administration des ressources en santé sont nécessaires pour garantir la prise de décisions stratégiques et cohérentes et l'affectation de ressources pour établir des systèmes de santé solides. Les données probantes indiquent que cette gouvernance est nécessaire – et fait réellement une différence – à l'échelle locale, nationale et mondiale. Par exemple, des chercheurs menant des recherches dans le domaine des systèmes de santé et des parties prenantes au Guatemala et en Ouganda ont travaillé avec les communautés vulnérables pour contrôler la qualité de la prestation des services,

en faire rapport, et ensuite proposer des améliorations aux installations de santé maternelle. En Afrique orientale, centrale et australe, les chercheurs ont travaillé avec les autorités pour renforcer la gouvernance à grande échelle, aussi bien à l'échelle régionale qu'à l'échelle nationale. Leur recherche a également mis en lumière les facteurs globaux systémiques qui influent négativement sur les efforts d'amélioration des services de santé, y compris les services de santé reproductive, maternelle et infantile. Sur le plan stratégique, ils ont également relevé des occasions de collaboration Sud-Sud pour traiter de ces facteurs globaux.

En vue de veiller à ce que les données probantes servent à susciter des changements, les chercheurs établissent des relations de confiance et de respect avec les décideurs, les praticiens et les communautés. Ils créent également des plateformes d'engagement qui favorisent un débat franc et un discours approfondi autour des données probantes, de manière à influencer les politiques et les pratiques à l'échelle locale, nationale et mondiale.

Les leçons

Nous avons tiré six leçons de la recherche et de l'expérience pour éclairer et inspirer une nouvelle génération de dirigeants et de chercheurs en matière de santé, tout en échangeant des réflexions critiques sur les défis restants avec d'autres acteurs dans le domaine de la santé mondiale, y compris les organismes subventionnaires.

Importance du développement – Afin d'améliorer les résultats en santé de manière durable, il est nécessaire de se pencher sur les causes profondes du mauvais état de santé, y compris des facteurs comme l'inégalité entre les sexes, la pauvreté, le manque d'éducation et la marginalisation sociale. Autrement, nous demeurerons aux prises avec les symptômes d'une population en mauvaise santé. Trouver des solutions durables qui abordent les causes profondes dans les communautés vulnérables et dans les systèmes dysfonctionnels prend du temps, car le changement est

un processus cumulatif qui ne peut pas être réalisé par une série d'interventions ponctuelles et isolées.

Importance des personnes – Il n'est pas possible d'améliorer les résultats de santé sans la pleine participation de tous ceux qui peuvent contribuer au changement. Les populations vulnérables, surtout les femmes, les enfants et les adolescents défavorisés, doivent être placés au centre de la planification sanitaire. Les membres de la communauté, particulièrement les personnes vulnérables, doivent être des citoyens actifs et engagés; les fournisseurs de soins de santé ont besoin de soutien afin d'être en mesure d'offrir pleinement des services de qualité; les décideurs ont besoin de l'information, de l'autorité et des ressources afin de prendre des décisions éclairées en matière de programmes et d'affectation des ressources.

Importance de la politique – Reconnaître la nature politique du système de la santé façonne des solutions qui abordent les iniquités sous-jacentes; les chercheurs financés par le CRDI ont démontré que travailler à partir du niveau communautaire jusqu'au niveau mondial permet de s'attaquer aux problèmes de politique et de pouvoir qui nuisent à la mise en place de systèmes de santé équitables.

Importance des systèmes – Les systèmes de santé doivent être compris et traités globalement. Accorder la priorité à des composantes individuelles (ressources humaines, information sanitaire), à des services individuels (vaccination), à des maladies individuelles (VIH) ou aux groupes individuels (mères et enfants) en isolation fragmentera davantage les efforts.

Importance des données probantes – Des méthodologies rigoureuses sont nécessaires pour générer des données et des preuves fiables pour guider les changements au niveau des pratiques et des politiques. Les méthodologies qui permettent d'analyser l'exclusion et l'équité, et qui peuvent donner lieu à des constatations concrètes, sont particulièrement importantes. Si la

recherche n'est pas motivée par les besoins de la communauté et des parties prenantes cherchant à s'informer et à susciter des changements, il est peu probable qu'elle soit pertinente.

Importance du financement – Les pays à faible revenu ou les pays à revenu intermédiaire (PFR-PRI) mobilisent de plus en plus leurs propres ressources pour mettre en oeuvre la couverture sanitaire universelle comme mécanisme de prestations de soins abordables de qualité aux populations vulnérables. Toutefois, la recherche a confirmé l'influence persistante des programmes et des priorités des bailleurs de fonds sur les stratégies nationales et les décisions en matière d'affectation des ressources. De nouvelles réflexions et leçons signalent le besoin de mettre les parties prenantes et les chercheurs des pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire et leurs connaissances au centre des processus de recherche-développement, afin qu'ils puissent diriger la recherche et utiliser les constatations pour promouvoir un changement durable. Les bailleurs de fonds peuvent accorder de l'espace aux visions des parties prenantes des pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire et à l'établissement de relations avec celles-ci, plutôt que d'imposer des approches normatives et de tenter ensuite d'assurer l'adhésion. Il faut également des fenêtres de financement du soutien à long terme ainsi que des paramètres de succès qui évaluent les mesures intermédiaires importantes au changement ultime.

Avant-propos

Pour les chercheurs et les parties prenantes qui ont bénéficié du soutien du CRDI au cours des 15 dernières années, la recherche en santé n'est pas théorique. Il s'agit d'une question de vie ou de mort qui a des répercussions sur eux, leurs familles et leurs communautés. Les parties prenantes sont dévouées, visionnaires et ne perdent jamais espoir, malgré les défis de taille liés à exécuter la recherche et à encourager son utilisation pour façonner les politiques et les pratiques.

Ce numéro *un_focus* ne célèbre qu'un petit nombre de ces chefs de file incroyables en matière de systèmes de santé financés par le CRDI. Leurs expériences, leurs approches et leurs résultats, ainsi que leurs succès sont présentés dans le présent livre car ils illustrent les efforts nécessaires pour améliorer la santé de plusieurs milliards de personnes marginalisées dans le monde aujourd'hui. Cela a été un privilège et un honneur d'établir des partenariats avec ce groupe de chercheurs et de parties prenantes. Au CRDI, nous continuons d'être inspirés par leur engagement, par la richesse et la qualité de leur expertise, de leur expérience et de leurs connaissances, ainsi que par les données probantes qui ont été développées, et qui continuent de l'être.

C'est avec beaucoup de fierté que nous corédigeons ce numéro avec trois penseurs distingués : la D^{re} Irene Agyepong du Ghana, le D^r Walter Flores du Guatemala, et la D^{re} Gita Sen de l'Inde. Cet ouvrage fait écho de leurs voix. Compte tenu de leurs rôles importants à titre de chefs de file à l'échelle mondiale qui apportent les enjeux des communautés vulnérables à la table des politiques publiques, qui bâtissent la base de données probantes, et qui mobilisent la participation des parties prenantes en vue de créer des systèmes de santé équitables solides, ils ont contribué énormément à ce livre.

Un grand merci à Mary O'Neill d'avoir effectué les travaux préliminaires du livre, et à Nola Haddadian d'avoir fait preuve d'une patience infinie pour nous guider tout le long du processus. Beaucoup de gratitude à Juliana F. Gnamon et Juan Carlos Rivillas-Garcia pour avoir effectué la révision des textes français et espagnol, respectivement. Nous remercions également chaleureusement nos collègues de l'équipe d'avoir permis notre apprentissage mixte et Montasser Kamal de nous avoir fait progresser et d'avoir bâti sur ces fondations. Nous apprécions grandement que les 15 dernières années ont été un cheminement collectif d'action et de réflexion galvanisé par le leadership, la vision et la passion de Christina Zarowsky, de Pat Naidoo et de Sharmila Mhatre. Nous remercions particulièrement Sharmila pour ses conseils inestimables et inspirés pendant les phases de conception et d'écriture.

Sue Godt

Centre de recherches pour le développement international

Préface

Contexte

Nous voulons établir le contexte en présentant des réflexions sur deux défis en matière de santé auxquels sont confrontés les décideurs à l'échelle nationale et internationale.

Urgences en matière de santé : Qu'a-t-on appris de l'épidémie du virus Ebola ?

L'écllosion du virus Ebola en 2014 dans l'Afrique de l'Ouest – en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone – a servi de signal d'alarme par rapport à notre interdépendance mondiale. Aucun pays n'a été à l'abri, et les cas du virus se sont propagés au Mali, au Nigeria, au Sénégal, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Depuis, il est de plus en plus reconnu que notre sécurité sanitaire individuelle et collective est inextricablement liée (Heymann et al., 2015; Gostin et Friedman, 2015).

Des leçons importantes ont été apprises. D'abord l'épidémie a révélé les **inégalités systématiques au sein des pays, et d'un pays à l'autre**. Dans les régions touchées de l'Afrique de l'Ouest, les services de santé et les systèmes de surveillance locaux étaient faibles ou inexistants, particulièrement dans les collectivités rurales et défavorisées, ce qui a causé : « 28 600 cas diagnostiqués et

11 000 décès pendant l'épidémie » (Green, 2016 : 2463). D'autres services de santé ont été restreints car la population évitait les établissements de santé. De nombreux établissements ont fermé parce que les ressources disponibles étaient dirigées vers la prévention et le traitement du virus Ebola. Pendant l'épidémie, « plus de décès ont probablement découlé d'autres causes que celle du virus Ebola » (Gostin et Friedman, 2015 : 1903). Wilkinson et Leach (2014 : 136) ont souligné les inégalités sociales dans l'histoire régionale et l'économie mondiale qui ont exacerbé la gravité de l'épidémie. À l'échelle internationale, le montant de plus de quatre milliards de dollars américains que se sont engagés à verser les bailleurs de fonds correspondait à 15 fois les budgets de santé nationaux annuels combinés des trois pays. Ce montant correspondait également à presque trois fois le coût annuel de la mise en place de services de santé universels qui auraient répondu à tous les besoins en santé en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone (Save the Children, 2015).

Ensuite, l'épidémie a démontré le **besoin de renforcer la gouvernance et la reddition des comptes du niveau communautaire au niveau mondial**. Sur le terrain, les membres des communautés étaient souvent méfiants à l'égard des services gouvernementaux et des services de santé publique (Save the Children, 2015; Wurie, 2014; Kucharski et Piot, 2014; Gostin et Friedman, 2015; Wigmore, 2015). Les trois gouvernements concernés n'ont pas respecté leurs obligations en matière de préparation aux urgences qui sont décrites dans le [Règlement sanitaire international](#).¹ Ce Règlement, qui a force obligatoire légale pour 196 pays, vise à prévenir les risques graves pour la santé publique, et à prendre les mesures qui s'imposent, le cas échéant. De même, les bailleurs de fonds internationaux n'ont pas respecté leurs obligations de compléter ou de renforcer la capacité des pays à faible revenu concernés, afin de leur permettre de s'acquitter de leurs responsabilités. De nombreux gouvernements ont fait fi du Règlement sanitaire international en isolant les trois pays. Les compagnies aériennes ont arrêté leurs

services à ces endroits, et les gouvernements ont refusé l'entrée aux personnes arrivant de la Guinée, du Liberia et de la Sierra Leone.

Finalement, comme l'a fait remarquer Bill Gates et bien d'autres (Loewenson et al. 2015; Save the Children 2015; Barbiero 2014; Kieny et al. 2014; Heymann et al. 2015; Gostin et Friedman 2015),

il y a un besoin pressant de renforcer tous les systèmes de santé publics de base, y compris les installations de soins de santé primaires, les laboratoires, les systèmes de surveillance et les installations de soins critiques [...] En l'absence d'un système de santé fonctionnel, il est très difficile pour un pays de mettre fin au cycle de maladie et de pauvreté. La santé est si essentielle au développement que même s'il n'y avait aucun risque d'une autre épidémie, ce serait un investissement valable – qui sauverait des vies – d'établir et d'améliorer les systèmes de santé. [ajout du caractère gras] (Gates, 2015 : 1382)

S'assurer que les femmes, les enfants et les adolescents ne sont pas laissés pour compte

La [Conférence internationale sur la population et le développement](#)² novatrice de 1994 et son [Programme d'action](#)³ (Fonds des Nations Unies pour la population, 2004) transformateur ont offert une nouvelle vision puissante sur la lutte contre les problèmes de santé des femmes, des enfants et des adolescents vulnérables. À l'époque, de nombreuses parties prenantes dans le domaine de la santé se sont concentrées sur une interprétation très étroite de la santé maternelle, et ont accordé la priorité à un ensemble d'interventions en vue de promouvoir des accouchements sécuritaires (Rosenfield et Maine, 1985; Maine et Rosenfield, 1999). Les parties prenantes du domaine de la population et du développement se sont concentrées précisément sur le contrôle de la population.

Dès 1994, un mouvement puissant sur la santé des femmes, comprenant des chercheurs, des membres de la société civile et

des représentants du gouvernement, a fait campagne en faveur d'une approche beaucoup plus vaste englobant la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes (SSRD). Les données probantes ont été présentées dans une publication influente, *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, publiée sous la direction de Gita Sen, d'Adrienne Germaine et de Lincoln Chen (1994). Cette publication a soutenu que les politiques publiques devraient viser à « **veiller au respect des droits et au bien-être des personnes, plutôt que de simplement tenter de limiter la taille finale la population mondiale** ». Ce mouvement a placé les enjeux sexospécifiques et les droits des femmes et des filles au centre du processus de santé et de développement.

Il reste des défis énormes à relever pour réaliser cette vision. En 2014, le CRDI a financé **un supplément de revue spécial**, sous la direction de Gita Sen, d'Adrienne Germain et d'autres pour examiner les progrès des PFR-PRI envers l'atteinte des objectifs du programme ambitieux au cours des 20 années précédentes, et pour réfléchir aux difficultés et aux occasions pour aller de l'avant.

Les contributeurs ont conclu que des progrès avaient été accomplis en vue d'améliorer les politiques et les résultats de la santé sexuelle et reproductive (SSR), et droits connexes par rapport à la prestation de services. Toutefois, trois lacunes importantes demeurent : un **accès inégal** aux services, à l'éducation et à l'information dans le domaine de la SSR, particulièrement pour les femmes et les adolescentes pauvres en région rurale; la **mauvaise qualité** des services de SSR; et des mécanismes de **reddition de comptes inexistantes ou inefficaces** pour faire le suivi des progrès et se pencher sur les inégalités et la mauvaise qualité de service (Germaine et al., 2015 : 139).

Sen et Govender (2015) se sont opposés au traitement des besoins en santé des adolescents et des femmes de manière isolée, et ont préconisé de les mettre au centre dans les systèmes de santé. **Des améliorations globales au système et des services qui**

profitent à tous devraient être accompagnés d'une « attention particulière à ceux dont les besoins sont importants et qui sont susceptibles d'être laissés pour compte » [ajout du caractère gras] (Sen et Govender, 2015 : 235). Elles ont également revendiqué une mobilisation multisectorielle pour lutter contre les causes sous-jacentes de la mauvaise santé, y compris des mariages précoces forcés et la violence faite aux femmes et aux filles.

Relever le défi

Ces exemples reflètent le consensus en plein essor sur l'importance d'élaborer des systèmes de santé solides qui prévoient un mécanisme de reddition des comptes afin de répondre de manière durable aux besoins des groupes vulnérables, et de prévenir les urgences sanitaires imprévues, ainsi que de mieux les gérer, le cas échéant. Ces deux exemples ont souligné l'importance de l'accès équitable, de services de qualité, et de gouvernance et de reddition de comptes dans le but de promouvoir la pérennité.

Comment les gouvernements et les parties prenantes peuvent-ils toutefois établir ces systèmes de santé durables et équitables pour améliorer les résultats en santé ? Ce numéro *un_focus* espère contribuer à la discussion sur cette question fondamentale.

Le CRDI tente de résoudre les problèmes liés à l'équité, à la gouvernance et aux systèmes de santé depuis 2002. Tout au long de l'ère des [objectifs du Millénaire pour le développement](#)⁴ et de la période d'établissement des nouveaux [objectifs de développement durable](#),⁵ le CRDI a travaillé avec un groupe remarquable de chercheurs et de parties prenantes pour chercher des solutions durables d'améliorer la santé des membres les plus vulnérables de la société. Compte tenu du fait que les femmes, les enfants et les adolescents se trouvent toujours parmi les groupes les plus marginalisés, le soutien du CRDI à l'égard de la recherche sur les systèmes de santé est de plus en plus axé sur l'amélioration des résultats liés à la santé maternelle et infantile et la satisfaction des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.

Le CRDI reconnaît que la santé de tous s'améliorera si les communautés et les pays réussissent à surmonter les défis particuliers pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents vulnérables.

Améliorer la santé de ce groupe vulnérable demeure toutefois un défi. Au bout du compte, la science et les données probantes nous indiquent qu'il ne suffit pas de simplement comptabiliser les décès, de fournir des secours d'urgence en cas de catastrophes, ou de donner des fournitures comme de l'ocytocine, des antibiotiques ou du sulfate de magnésium (Horton, 2014). Il faut de l'intendance, des capacités et de l'espace budgétaire pour garantir l'existence d'un système qui offre un continuum de soins et de soutien pour les adolescents, et les mères et leur famille. Le système doit être fondé sur un contexte d'un milieu social, politique et culturel qui démontre que les femmes, les enfants et les adolescents sont valorisés. En s'attaquant aux causes profondes et aux déterminants sociaux de la santé, ce qui fait partie de l'établissement de systèmes de santé solides, les bénéfices s'étendront non seulement à ces groupes vulnérables, mais aux systèmes communautaires, et les systèmes nationaux et sociaux plus vastes auxquels ces groupes appartiennent. En retour, ces fondements aideront à prévenir, et à contrôler rapidement, les urgences en matière de santé, comme l'éclosion dévastatrice du virus Ebola en 2014 en Afrique de l'Ouest.

Ce livre présente des preuves générées de plus de 15 années de recherche sur les systèmes de santé appuyée par le CRDI concernant l'amélioration de l'équité, la gouvernance et les systèmes de santé, ainsi que la façon de faire en sorte que les systèmes soient fonctionnels pour les groupes vulnérables. Les lecteurs n'y trouveront pas un plan directeur ou une solution universelle pour tous permettant de relever les défis en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il n'y a pas de solution miracle pour améliorer de manière durable la santé des membres les plus vulnérables de nos sociétés. Ce livre tente

plutôt de faire la synthèse de leçons tirées de la recherche et de l'expérience appuyées partout dans le monde afin d'éclairer et d'inspirer une nouvelle génération de chefs de file et de chercheurs dans le domaine de la santé. Il vise également à échanger avec d'autres dans le domaine de la santé mondiale, y compris aux organismes subventionnaires, des réflexions critiques sur les défis qu'il faut encore surmonter. L'objectif de cette publication est donc de relever ces leçons, et de faire les liens avec les réflexions sur la façon d'aller de l'avant pour améliorer les conditions de vie des femmes, des enfants et des adolescents, et de tous les groupes vulnérables en améliorant l'équité, la gouvernance et les systèmes de santé.

La partie 1 résume les enjeux principaux qui minent les efforts pour améliorer les résultats en santé : le défi de rendre les populations vulnérables visibles dans les données; des systèmes d'information sanitaire médiocres et inefficaces; des iniquités répandues; une mauvaise gouvernance et la fragmentation des systèmes de santé; des priorités changeantes des bailleurs de fonds qui ont eu tendance à se concentrer sur des maladies individuelles plutôt que sur les causes sous-jacentes et les faiblesses des systèmes; et un manque de couverture sanitaire universelle.

Dans la partie 2, on présente de manière plus détaillée l'approche du CRDI pour appuyer la recherche et favoriser l'utilisation des données probantes dans les politiques et les pratiques de santé. Cette section explique également les principes sous-jacents qui ont orienté le travail du CRDI : aider à identifier ceux qui ne sont pas pris en compte; comprendre les causes profondes de leurs problèmes de santé; appuyer les parties prenantes pertinentes dans l'élaboration de solutions durables qui renforcent les systèmes de prestation de soins de santé et la reddition des comptes à tous les niveaux.

La partie 3 présente les données probantes ainsi que les chercheurs, les décideurs, les membres des communautés et les autres intervenants qui ont créé cette histoire. Nous avons tenté d'extraire

les réflexions principales sur la pensée qui a guidé la recherche, sur les approches utilisées, sur les résultats, et sur les grands défis et les possibilités clés. Ce petit livre ne permet d'examiner que quelques exemples, mais nous avons tenté d'inclure des liens et des références dans la version du cyberlivre⁶ vers l'abondance des données probantes et des connaissances produites au cours des années. Nous espérons ainsi fournir une section de références utile pour ceux qui veulent se renseigner davantage sur la recherche.

Le cheminement vers des vies saines et le bien-être n'est pas terminé. Il reste encore des défis énormes à relever. La partie 4 résume les leçons principales et les enjeux plus vastes qui sont ressortis des efforts du CRDI au cours des 15 dernières années, alors que la partie 5 relève les lacunes ainsi que les occasions stratégiques pour aller de l'avant.

L'enjeu et le contexte de développement

Que nous disent les données sur les gains mondiaux et les écarts persistants en matière de santé reproductive, maternelle et infantile ?

Mortalité maternelle en Ouganda – exposer les données probantes

Le monde entier a pris note lorsque un groupe de jeunes avocats ougandais sont allés devant la Cour constitutionnelle et ont intenté des poursuites au nom de deux femmes mortes en couches. Le [Center for Health, Human Rights and Development](#),⁷ un organisme de recherche ougandais sans but lucratif soutenu par le CRDI et dirigé par Moses Mulumba, représentait une coalition d'avocats et d'organisations qui travaillent pour améliorer la santé maternelle. La poursuite soutient que le gouvernement ougandais a violé les droits de la personne et les droits constitutionnels de ces femmes en ne leur fournissant pas des soins maternels de base (CEHURD, 2011; Dugger, 2011; Wilson, 2015).

Les faits

En région rurale ougandaise, une femme en travail est arrivée à un centre de santé du gouvernement local, à quelques kilomètres seulement de chez elle. Sylvia Nalubowa avait presque 40 ans, en était à sa septième grossesse, et portait des jumeaux, bien qu'elle ne le savait pas. Conformément aux

suite...

exigences, elle avait apporté une paire de gants, un drap de plastique, des gazes stériles et d'autres articles de base qui composent la « trousse d'accouchement » que chaque femme enceinte devait fournir pour l'accouchement de son bébé.

Son premier enfant est né au centre de santé, mais lorsqu'il est devenu évident qu'elle allait accoucher d'un deuxième enfant, et que son travail est devenu difficile, la femme a été dirigée à l'hôpital du district, qui se situait à 12 milles (environ 19,3 kilomètres) du centre de santé. Sa belle-mère a donné tout l'argent qu'elle avait pour couvrir les coûts de transport. Par contre, à son arrivée à l'hôpital, une infirmière a demandé un autre paiement avant d'appeler un médecin pour assister à la naissance.

Malgré ses supplications, et ses offres de vendre une partie de ses terres, une chèvre, ou un cochon afin de pouvoir payer plus tard, la mère a graduellement saigné à mort cette nuit-là, pendant qu'elle attendait encore de l'aide. Son enfant à naître est mort dans son utérus.

L'affaire judiciaire mentionnait également Jennifer Anguko, une représentante élue du gouvernement, qui a saigné à mort pendant un accouchement en 2010. Elle est morte dans un hôpital où une seule sage-femme était en service, et où il manquait régulièrement du matériel de base, comme du fil de suture, malgré le fait que l'hôpital servait comme centre de soins d'urgence obstétricaux pour une région de presque trois millions de personnes.

Ces cas sont loin d'être uniques. Selon les estimations à l'échelle mondiale, 830 femmes seraient mortes chaque jour pendant l'accouchement en 2015. Les décès étaient en grande partie évitables et la majorité ont eu lieu dans des PFR-PRI [Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2016b]. Les hémorragies et d'autres conditions évitables demeurent les principales causes proximales (ou directes et immédiates) de mortalité (Say et al., 2014). Toutefois, comme les décès inutiles de Sylvia Nalubowa et de Jennifer Anguko en Ouganda le montrent, les manquements du système de santé, combinés à des facteurs sociaux et contextuels comme la pauvreté et un manque de respect pour les droits des femmes, contribuent considérablement aux causes de mortalité distales (ou sous-jacentes).

La santé des femmes et des enfants est depuis longtemps une préoccupation principale des gouvernements et de la communauté

Tableau 1. Changements du taux mondial de mortalité, de 1990 à 2015

Indicateur	Déclin du pourcentage mondial, de 1990 à 2015	Taux (1990)	Taux (2015)
Taux de mortalité infantile (nombre de décès pour mille naissances vivantes)	Presque 50 %	63	32
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (nombre de décès pour mille naissances vivantes)	53 %	91	43
Taux de mortalité maternelle (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)	53 %	385	216

Sources : OMS et al., 2015; OMS Observatoire de la santé mondiale [Données consultées le 14 mars 2017]

de développement international. Les objectifs visant à réduire la mortalité infantile et à améliorer la santé maternelle étaient à la base des [objectifs du Millénaire pour le développement](#)⁸ convenus par les états membres de l'ONU en 2001. Ces objectifs n'ont pas été atteints⁹, mais des progrès importants ont quand même été réalisés, comme le démontre le tableau 1.

Les [objectifs de développement durable](#)¹⁰ guideront désormais les priorités globales jusqu'en 2030. Les préoccupations à l'égard de la santé maternelle et infantile ont été intégrées à une perspective plus vaste et exhaustive portant sur tout le cycle de vie qui tient compte des besoins des femmes, des enfants et des adolescents. Les parties prenantes nationales et mondiales se mobilisent autour de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 : Survivre, s'épanouir, transformer*.¹¹ Le nouvel objectif vise à réduire le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes; à réduire la mortalité néonatale à un maximum de 12 décès pour 1 000 naissances vivantes, et à réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à un maximum de 25 décès pour 1 000 naissances vivantes. L'[objectif de développement durable 3](#)¹² vise également à assurer l'accès universel aux services de soins de santé

sexuelle et reproductive. Surtout, la Stratégie mondiale souligne la création d'un environnement favorable à la santé qui « vise à transformer les sociétés pour que les femmes, les enfants et les adolescents, partout dans le monde, jouissent de leur droit au meilleur état de santé et de bien-être qu'ils sont capables d'atteindre » ce qui « aura d'énormes retombées sociales, démographiques et économiques positives ».

Populations vulnérables invisibles

Ces statistiques au niveau mondial ne révèlent toutefois pas le tableau d'ensemble. La figure 1 reflète les écarts importants à l'égard des progrès pour réduire la mortalité maternelle dans les régions, et entre celles-ci. Les progrès les plus importants depuis 1990 ont été réalisés en Asie de l'Est, où le taux de mortalité maternelle a diminué de 72 % par rapport à l'Asie du Sud, où près de 22 % des décès maternels mondiaux ont eu lieu. Les données particulièrement inquiétantes¹³ sont celles qui indiquent que pas moins de deux tiers des décès maternels ont eu lieu en Afrique subsaharienne (OMS, 2015 : xi), même si cette région compte seulement un peu plus de 13 % de la population mondiale totale.

Des données supplémentaires sont nécessaires pour exposer les défis liés à la réduction de la mortalité maternelle en Afrique subsaharienne. Ces données ne sont pas faciles à recueillir et l'OMS (2015 : 26) a noté qu'un grand nombre des populations les plus vulnérables ne sont même pas représentées dans les données mondiales actuelles. Cet écart peut avoir des conséquences dévastatrices car les données qui permettent de mieux comprendre les conditions précises et les groupes de population améliorent la précision et le ciblage dans l'élaboration de politiques et de programmes et dans l'affectation de ressources. On commence toutefois à combler les écarts, comme le révèlent les exemples suivants sur le VIH/sida et sur la grossesse chez les adolescentes.

Figure 1. Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) par pays et région, 2015

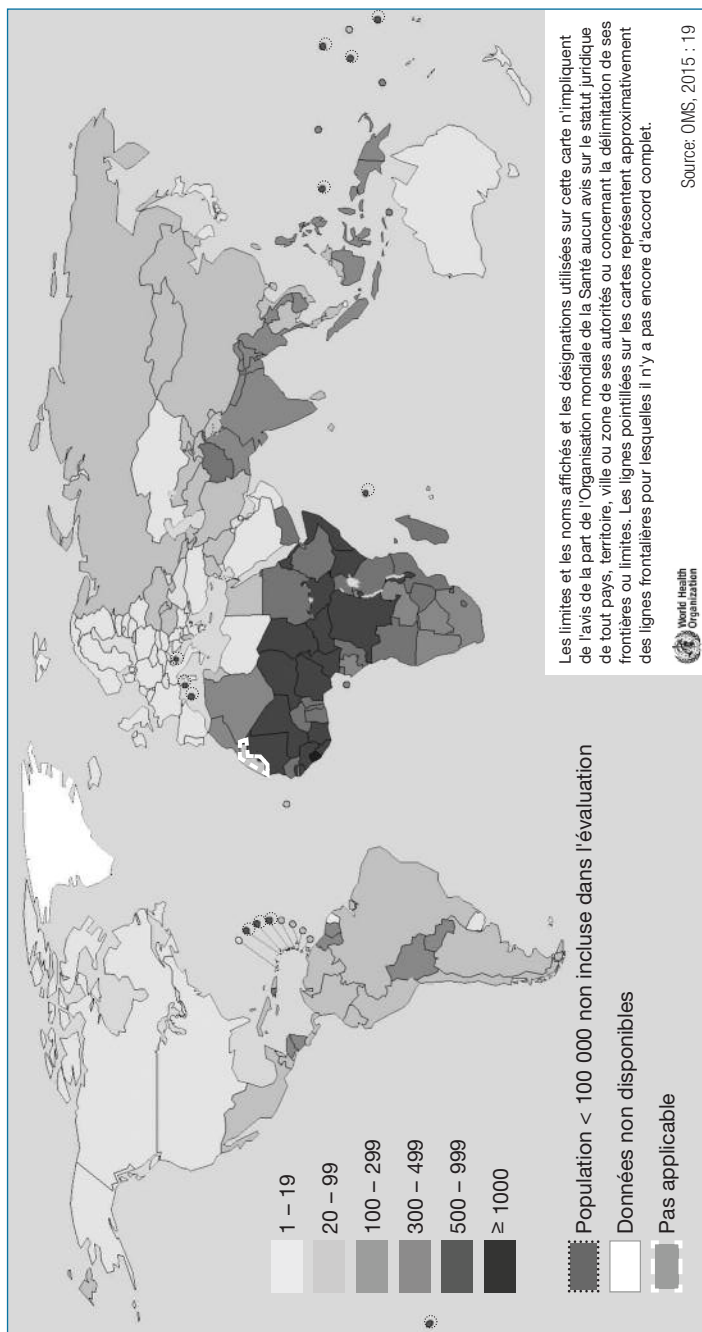


Tableau 2. Taux de mortalité maternelle et pourcentage des décès maternels liés au sida dans certains pays de l'Afrique australe¹⁴

Pays	Taux de mortalité maternelle, (MMR), 2015	Décès maternels indirectement liés au sida
Botswana	129	18 %
Afrique du Sud	138	32,1 %
Swaziland	389	18,6 %

Source : OMS, 2015 : 51-55¹⁵

Mise au point sur le VIH/sida

Des données probantes solides démontrent maintenant que le VIH/sida est une cause indirecte importante de mortalité maternelle. Par exemple, le Kenya continue d'avoir un taux de mortalité maternelle très élevé; en effet, 510 femmes y meurent pour 100 000 naissances vivantes (OMS et al., 2015 : xi). Cependant, Desai et al. (2013 : 9) ont analysé les données de surveillance dans l'ouest du Kenya sur une période de cinq ans, et ont conclu que deux tiers des décès liés à la grossesse étaient dus à des causes non obstétriques – 30 % des décès en fait étaient attribuables au VIH/sida.

Le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur les tendances mondiales de la mortalité maternelle (OMS et al., 2015 : 26) a également fait remarquer que 7 des 26 pays qui sont considérés comme n'ayant fait « aucun progrès » dans la réduction de la mortalité maternelle étaient touchés par l'épidémie de VIH. Bien que les médicaments antiviraux aient aidé à réduire la mortalité maternelle, il reste encore d'énormes défis à relever pour réduire davantage les taux de mortalité en raison du stress que l'épidémie continue d'imposer aux systèmes de santé et à leur infrastructure.

Mise au point sur les grossesses chez les adolescentes

Jusqu'à tout récemment, les grossesses chez les adolescentes n'étaient pas bien comprises ou reflétées dans les données; à l'heure actuelle, il y a encore peu de données sur le groupe particulièrement vulnérable des filles de 10 à 14 ans. Les grossesses chez les adolescentes, toutefois, sont maintenant solidement inscrites au programme mondial, car il est reconnu qu'une grossesse précoce mine les objectifs de développement et a une incidence directe sur les efforts de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Chaque année, quelque 16 millions d'adolescentes donnent naissance, ce qui représente 11 % de toutes les naissances dans le monde (OMS, 2016a). Ces jeunes mères courent un risque élevé de mourir pendant l'accouchement, ou de souffrir d'une fistule obstétrique, qui peut donner lieu à des complications tout au long de leur vie, y compris l'incontinence, l'infertilité et l'exclusion sociale. Les mères adolescentes sont davantage susceptibles d'avoir plus d'enfants, et à des intervalles plus rapprochés. Les taux de mortinaissances et de décès dans les premières semaines de vie sont 50 % plus élevés chez les bébés mis au monde par une adolescente. Les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive sont en grande partie non satisfaits, ce qui conduit à environ trois millions d'avortements à risque annuellement chez les filles de 15 à 19 ans (OMS, 2016a).

En examinant la grossesse chez les adolescentes au Niger, on constate le besoin de données désagrégées (c.-à-d. des données ventilées) afin de mieux comprendre l'enjeu. Le pays a enregistré le taux de grossesse chez les adolescentes le plus élevé au monde; en effet, 51 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont accouché d'un bébé vivant avant l'âge de 18 ans (Loaiza et Liang, 2013 : 14). Toutefois, les données nationales voilent ce qui se passe à l'échelon local et à l'échelon des districts, où se situe la responsabilité de la prestation de la plupart des services de santé. Des écarts extrêmes dans les résultats de santé peuvent être masqués; par exemple, les adolescentes vivant dans la région de Zinder au Niger sont trois fois plus susceptibles d'accoucher avant l'âge de

18 ans (68 %) que celles dans la capitale de Niamey (21 %) [Loaiza et Liang, 2013 : 19]. Les données ventilées mettent le doigt sur la nécessité d'avoir des politiques et des programmes propres au contexte, plutôt que généralisés.

On admet aussi de plus en plus le rôle précieux que les données peuvent jouer pour aider à expliquer les causes des grossesses précoces qui sont ancrées dans des inégalités structurelles et sociales, y compris le mariage précoce forcé, la violence sexospécifique, la pauvreté, et les faibles niveaux de scolarité. Par exemple, l'International Centre for Research on Women (2016a) confirme qu'un tiers des filles dans les pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire sont mariées avant l'âge de 18 ans. La pauvreté est un facteur clé et les filles qui vivent dans des ménages pauvres sont presque deux fois plus susceptibles de se marier avant 18 ans que celles dans les ménages à revenus plus élevés. La violence menace la santé des jeunes femmes : à l'échelle internationale, 29 % des femmes âgées de 15 à 19 ans qui ont eu des partenaires sexuels ont subi des actes de violence conjugale (Woog et al., 2015) alors que le [sommet mondial pour mettre un terme à la violence sexuelle dans les conflits de 2014](#) a documenté de la violence sexuelle systémique dans les situations fragiles et de conflit. Les données probantes démontrent un lien entre des taux de fécondité élevés chez les adolescentes et un faible niveau d'instruction; même les filles à l'école sont souvent forcées à abandonner leurs études une fois qu'elles sont enceintes, ce qui met en péril leurs perspectives économiques futures (Loaiza et Liang, 2013). L'accès à des services de santé sexuelle et reproductive et aux fournitures connexes est insuffisant, ce qui contribue à ce que le VIH soit l'une des principales causes de mortalité à l'échelle internationale chez les filles de 10 à 19 ans, et à ce que les complications liées à la grossesse et à l'accouchement soient une autre cause principale de la mortalité adolescente (International Center for Research on Women, 2016b).

La nécessité de meilleures données et de systèmes d'information sanitaire plus solides

Le défi consiste à déterminer **comment** atteindre ceux qui ne figurent toujours pas dans les données. Les premières étapes importantes consistent à comprendre qui manque, et quelles sont les différences au sein d'un pays, et d'un pays à l'autre. La recherche indique que de nombreux systèmes d'information sanitaire ne réussissent pas à exercer ce rôle prévu. Dans certains pays, de l'information au sujet de grands pourcentages de la population n'est pas consignée, dans l'ensemble ou en partie, en raison de l'absence de systèmes d'enregistrement de l'état civil fonctionnels pour les naissances, les décès et les mariages. Tant que les données seront recueillies principalement dans des établissements comme les écoles, les cliniques et les hôpitaux, il y aura inévitablement des inexactitudes et des lacunes, car ceux qui n'ont pas accès à ces installations « ne sont pas pris en compte ». Des systèmes d'information sanitaire dysfonctionnels rendent ces groupes invisibles, ce qui signifie qu'il est probable que leurs besoins sanitaires fondamentaux ne sont pas comblés.

La fragmentation des données est également une préoccupation importante. Habituellement, différentes parties prenantes, y compris les gouvernements fédéraux et d'État, les intervenants municipaux, les bailleurs de fonds internationaux, et un mélange d'organisations non gouvernementales locales et internationales, interviennent de manière indépendante dans la planification et la prestation de soins de santé, avec peu de coordination. Il arrive régulièrement que des employés d'établissements de santé doivent entreprendre des travaux fastidieux de collecte et de saisie de données pour différents projets, mais les données sont ensuite entreposées dans des systèmes d'information sanitaire distincts, ce qui mène à des écarts et à un chevauchement des travaux.

Lutte contre les inégalités en matière de santé

La poursuite ougandaise [voir la page 1] soulève des questions au sujet du rôle des causes profondes des décès des deux femmes. Pendant l'audition devant les tribunaux, le Center for Health, Human Rights and Development (CEHURD) (2011 : 30) a souligné que la majorité des femmes ne peuvent pas accéder aux services, et qu'elles accouchent donc « à l'extérieur des installations de santé, sans la présence de personnel qualifié ». Les avocats ont fait valoir (p. 31) que la « plupart des décès sont évitables, et sont influencés par une interaction complexe au sein du milieu social, économique, culturel et physique, les habitudes de consultation médicale et la qualité de la prestation de services de santé ». En dépit du fait que les frais de soins de santé ont été abolis au début des années 2000 (Dugger, 2011), des questions importantes demeurent au sujet de la raison pour laquelle une femme de 40 ans, mère de sept enfants, n'avait pas été envoyée à un centre plus spécialisé longtemps avant que les complications soient survenues, et de la raison pour laquelle personne n'avait découvert qu'elle portait des jumeaux. Les deux femmes avaient réussi à se rendre à une installation de santé, mais elles n'ont pas obtenu des soins de qualité en raison du manque de matériel, d'un nombre insuffisant de travailleurs de santé bien formés et motivés, et, dans le cas de Sylvia Nalubowa, en raison de paiements informels supplémentaires demandés qui ne pouvaient pas être payés.

Mondialement, il est évident qu'il existe un manque d'accès abordable à des services de soins de santé de qualité. En 2010, l'Organisation mondiale de la Santé a estimé que plus de 100 millions de personnes par année s'enlisent dans la pauvreté parce qu'elles doivent engager des dépenses onéreuses liées à la santé (OMS, 2010 : 8). Les données probantes émanant de la recherche dans toutes les régions révèlent que les familles réagissent aux coûts élevés des soins de santé en ne cherchant même pas à obtenir les soins nécessaires, en s'endettant ou en

renonçant à des produits de consommation domestiques essentiels liés à l'éducation et à la nourriture (Brearley et al., 2012 : ix).

Ces inégalités croissantes en santé sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé comme étant les inégalités en santé qui sont

*d'évitables [ajout du caractère gras] injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays. Elles sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général au sein d'une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient.*¹⁶

Un réseau de penseurs subventionné par le CRDI qui se penche sur les connaissances concernant les systèmes de santé¹⁷ a examiné ces enjeux et a contribué au [rapport important de l'OMS](#)¹⁸ sur les déterminants sociaux de la santé¹⁹ (OMS et al., 2008). Le rapport a démontré les répercussions sur la santé des

*circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que l'ensemble plus vaste des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les systèmes et les politiques économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales, et les systèmes politiques.*²⁰

La pauvreté, le sexe, la race et l'appartenance ethnique peuvent tous contribuer à l'exclusion et au manque de liberté d'action, qui peuvent aggraver un piètre état de santé (Iyer et al., 2008). Ces facteurs présentent plusieurs obstacles simultanés, qui, ensemble, créent un cycle vicieux de mauvaise santé. Afin d'apporter un changement durable, des efforts sont nécessaires pour aborder ces obstacles structurels plus profonds qui empêchent les personnes les plus vulnérables, y compris les femmes, les enfants, et les adolescents d'accéder à des services de qualité.

Priorités mondiales pour transformer les systèmes de santé dysfonctionnels

L'OMS a mené les efforts déployés pour développer des systèmes de santé solides qui **peuvent** fournir des soins de santé de qualité accessibles aux plus vulnérables. La difficulté consiste à déterminer où et comment faire des investissements stratégiques. Dans la plupart des systèmes de santé, on met beaucoup l'accent sur la prestation de services médicaux dans des hôpitaux spécialisés. Toutefois, ces services sont souvent inaccessibles à la majorité des personnes pauvres, et utilisent fréquemment des pourcentages élevés des budgets de santé nationaux (OMS, 2008 :11). L'OMS a promu l'urgence de renforcer les soins de santé primaires au niveau local où les personnes habitent. Les soins de santé primaires sont particulièrement nécessaires pour améliorer la santé maternelle et infantile car c'est à ce niveau qu'a lieu la prestation des soins prénataux et postnataux essentiels, l'immunisation des enfants, et le traitement des conditions endémiques, comme le paludisme. C'est également à ce niveau que se fait l'aiguillage à des soins plus spécialisés. L'OMS a lancé les soins de santé primaires dans la *Déclaration d'Alma Ata de 1978*²¹ (OMS, 1978) et a renouvelé la campagne dans leur rapport sur la santé dans le monde de 2008 intitulé *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*.²² Cette attention particulière s'ajoutait aux efforts d'inscrire les systèmes de santé²³ (OMS, 2000) et le financement équitable des systèmes de santé (OMS, 2010) dans le programme mondial. Cette évolution de la réflexion au sujet des systèmes de santé se conjugue à une réflexion plus systémique sur la façon d'atteindre les femmes, les enfants et les adolescents les plus vulnérables. Les réformes requises comprennent :

- la réduction de l'exclusion et des disparités sociales en santé (réformes au chapitre de la couverture universelle);
- l'organisation des services de santé en fonction des besoins et des attentes des personnes (réformes au chapitre de la prestation des services)

- l'intégration de la santé dans tous les secteurs (réformes au chapitre des politiques publiques);
- la mise en place de modèles de dialogue collaboratifs sur les politiques (réformes au chapitre du leadership);
- la participation accrue des parties prenantes. (OMS, 2008)

Prise en compte des répercussions des interventions en santé isolées

Ces tendances – relever les déterminants sociaux de la santé et réaffirmer l'importance des soins de santé primaires et de systèmes de santé solides – donnaient suite aux données probantes croissantes sur les répercussions variables des efforts verticaux et isolés sur l'amélioration des résultats en matière de santé. Depuis l'an 2000, une bonne partie du financement pour appuyer les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans les pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire a été mobilisé dans le cadre d'un petit nombre d'initiatives en santé mondiale, financées par un mélange de bailleurs de fonds de la philanthropie privée et de bailleurs de fonds multilatéraux ou bilatéraux. La GAVI (anciennement l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (connu plus simplement sous le nom Fonds mondial), le plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) des États-Unis et le Programme multinational de lutte contre le VIH/sida (MAP) de la Banque mondiale se sont concentrés sur des maladies ou des interventions en santé individuelles et ont joué un rôle important en investissements directs. Par exemple, il y a eu un effort concerté visant à améliorer la santé des enfants (objectif du Millénaire pour le développement 4) grâce à la vaccination, qui a donné lieu à plus de financement à la GAVI de la part de la Fondation Gates ainsi que des gouvernements des États-Unis et du Royaume-Uni. En 2015, le financement des vaccins représentait 45 % du montant total du financement pour la santé des enfants (IHME, 2016 : 51).

Les initiatives en santé mondiale ont en effet aidé les pays à atteindre leurs cibles des objectifs du Millénaire pour le développement – notamment, en 2015, environ 77 % des femmes enceintes atteintes du VIH avaient accès à des médicaments antiviraux pour empêcher la transmission du VIH à leur bébé (ONUSIDA, 2006). Par contre, ces gains mesurables pourraient être difficiles à maintenir; ils sont souvent les mesures les plus faciles à appliquer, qui ne se rendent pas aux plus vulnérables de la société. En 2003, la deuxième phase de l'Initiative canadienne d'immunisation internationale – financée par le CRDI – a appuyé une série d'études par pays²⁴ qui ont mis en évidence des erreurs dans le calcul de la couverture vaccinale. Les études ont consigné les façons dont la couverture et l'efficacité des vaccins étaient minées par différents facteurs, y compris des vaccins inopportuns et administrés à des âges inappropriés; des écarts sexospécifiques persistants qui faisaient en sorte que les filles étaient vaccinées à des taux plus bas; et la résistance de la part des familles qui ne comprenaient pas la vaccination ou qui percevaient les vaccins comme étant incompatibles avec leurs croyances et leurs valeurs. Les études ont mis en évidence les dangers de supposer que les taux nationaux de vaccination signalés reflétaient les taux de couverture actuelle, et ont démontré des écarts importants aux échelles locales et régionales (Mhatre et Schryer-Roy, 2009).

Les effets indésirables de se concentrer uniquement sur des maladies et des interventions individuelles sont devenus apparents dans la fragmentation de l'ensemble des systèmes. Dans une série de 21 études de cas nationales publiées en 2009, le [Maximizing Positive Synergies Academic Consortium](#)²⁵ a examiné les répercussions des initiatives en santé mondiale (principalement le plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida et le Fonds mondial) sur les systèmes de santé dans les PFR-PRI. Les études de cas ont démontré une expansion démontrable des services clés considérés comme prioritaires dans le cadre des programmes, en raison d'un ajout de nouvelles ressources importantes. Par contre, elles ont également constaté que du personnel

et des ressources déjà limités étaient parfois détournés des soins de santé primaires globaux pour répondre aux priorités précises des bailleurs de fonds (Maximizing Positive Synergies Academic Consortium, 2009).

L'étude de cas de Pothapregada et d'Atun (2009) au Ghana a observé un renforcement important des services d'administration d'antirétroviraux, mais le personnel de suivi et d'évaluation était soumis à des contraintes découlant du fardeau de consigner les résultats par des canaux verticaux en fonction de la source du financement. En dépit de la nouvelle source de financement, les dépenses de santé personnelles des usagers ont continué d'augmenter en pourcentage des dépenses globales du secteur de la santé. Les indicateurs de succès des initiatives non appuyées par des initiatives en santé mondiale dans le domaine de la santé maternelle et infantile – notamment les soins prénataux, la planification des naissances et les accouchements effectués par des accoucheuses qualifiées – n'ont pas connu d'améliorations semblables à ceux des domaines prioritaires de la santé.

Reddition de comptes pour les responsables

L'affaire judiciaire ougandaise présentée à la page 1 démontre que la société civile peut contribuer à obliger les institutions gouvernementales à rendre des comptes et à renforcer les systèmes de santé. Malgré de nombreuses difficultés, l'affaire s'est rendue à la Cour constitutionnelle, où elle a d'abord été rejetée sur l'argument que le système judiciaire n'avait pas les compétences nécessaires pour entendre des causes se rapportant à l'affectation des ressources gouvernementales. La Cour suprême a toutefois infirmé le jugement en octobre 2015 et a ordonné à la Cour constitutionnelle d'entendre la cause. Un nouveau jury a fait valoir que l'affaire avait soulevé des questions importantes pour lesquelles une « interprétation constitutionnelle importante était nécessaire pour le peuple ougandais » (Mulumba, 2016). L'affaire est toujours devant les tribunaux, mais le gouvernement a augmenté énormément le financement du secteur de santé, passant d'un

financement de 215 millions USD à 328 millions USD, a recruté un nombre additionnel de travailleurs de la santé et a commencé à réparer les services de maternité. Ces investissements ont contribué à une réduction des décès maternels, de 420 décès par 100 000 naissances vivantes en 2010, à 343 en 2015.²⁶

Ce développement est une « victoire » importante, mais il est également nécessaire de déterminer et de renforcer la responsabilité pour la santé maternelle à l'échelle infranationale. Par le biais de la recherche-action participative (RAP) dans trois districts ougandais, Ekirapa-Kiracho et al. (2016) ont trouvé que différentes parties prenantes avaient un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé maternelle.

[...] les dirigeants locaux (présidents de conseil, chefs de sous-comités, membres de conseil) étaient le point d'entrée dans les communautés et ont joué des rôles clés dans la mobilisation des communautés pour des dialogues communautaires et la sensibilisation au sein des communautés sur les avantages d'économiser [de l'argent] comme manière de se préparer à l'accouchement. Ils ont également joué des rôles clés pour obliger les fournisseurs, notamment les agents de santé de district et les gestionnaires d'installation, à rendre des comptes.

Au niveau du ménage, la participation des hommes aux enjeux liés à la santé maternelle était très essentielle, car ils détiennent le pouvoir économique en plus d'être les décideurs au sein de la famille; ils influencent donc les actions prises par leurs femmes. (Ekirapa-Kiracho et al., 2016 : 102)

En ce qui concerne la mauvaise qualité des services, beaucoup du blâme est jeté sur les travailleurs de santé individuels, mais il est important de comprendre les facteurs à l'origine des comportements et des attitudes indifférents. Au Ghana, Aberese-Ako et al. ont appliqué des approches ethnographiques pour explorer les réalités des travailleurs de première ligne et ont constaté que la

plupart des employés étaient d'avis que différents aspects des systèmes dans lesquels ils travaillaient étaient injustes. Les facteurs comprenaient des mauvaises conditions de service, des inégalités perçues dans la répartition d'incitatifs, et un manque de protection et de respect. L'inégalité des rapports de force et la méfiance chez les employés contribuaient aux conflits. Le besoin de « créer un sens de l'équité dans les ententes de gouvernance entre les travailleurs de première ligne et les gestionnaires d'installations et de systèmes de santé » était extrêmement important (Aberese-Ako et al., 2014 : ii15).

La responsabilité à l'égard des résultats de santé s'étend également à l'échelle mondiale. En Ouganda, les augmentations dans le budget de santé national sont encore inférieures à l'objectif de 15 % du budget total qui avait été prévu lorsque le gouvernement a signé la [Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses de 2001](#)²⁷ (OMS, Bureau régional pour l'Afrique, 2017). Il est important de noter que le budget de santé dépend des allocations faites par le ministère des Finances, de la Planification et du Développement économique. Un rapport préparé par Action for Global Health (2010)²⁸ a découvert qu'au moment des décès à l'origine de la contestation judiciaire du CEHURD, le gouvernement dépendait largement sur le financement externe. Son accent était mis sur l'établissement des priorités macroéconomiques, ce qui se traduit habituellement par une diminution des dépenses du secteur public. Selon un constat clé et une recommandation du rapport, les bailleurs de fonds doivent réfléchir à la façon dont leurs investissements et leurs critères peuvent nuire aux politiques et aux dépenses dans les secteurs sociaux, comme le secteur de la santé :

Les bailleurs de fonds de l'Union européenne (UE) doivent prendre part à un dialogue avec le FMI et la Banque mondiale en faisant appel à la participation des gouvernements dans les pays en développement, afin de promouvoir la cohérence des politiques des gouvernements, et les politiques des bailleurs

de fonds de l'UE et d'ailleurs – particulièrement à l'égard des plafonds de dépenses par secteur qui semblent imposer un fardeau sur les secteurs sociaux des pays en développement. (Action for Global Health, 2010 : 5)

Ces exemples démontrent que la reddition des comptes est nécessaire tant au sein des ménages qu'à l'échelle du district, de la nation et à l'échelle mondiale. Comment pouvons-nous parvenir à cette responsabilité sociale plus vaste par rapport à la santé maternelle et infantile, et à la qualité du système de santé de manière plus générale ? Une partie de la solution repose peut-être sur une meilleure sensibilisation sociale, et sur le soutien des activités connexes par les parties prenantes à tous ces niveaux.

Établissement sur le bien-fondé d'une couverture sanitaire universelle

Je considère la couverture sanitaire universelle comme le concept le plus efficace que la santé publique ait à proposer. Elle concerne tous les individus. Elle unifie les services et les fournit de façon intégrée et globale, sur la base des soins de santé primaires. (D^{re} Margaret Chan, ancienne directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé)²⁹

Comme il a été mentionné précédemment, la prestation de soins de qualité accessibles est essentielle pour favoriser la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Le consensus mondial selon lequel les disparités quant à l'accès à des soins de qualité doivent être éliminées était au coeur de la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé adoptée en 2005 sur le besoin d'une couverture sanitaire universelle. La couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que

l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.³⁰

Transformer les systèmes de santé pour fournir des soins de santé de qualité, accessibles et abordables pour les plus vulnérables nécessite la mise en oeuvre efficace des stratégies et l'affectation de ressources. Afin d'apporter un changement durable, les responsables à l'origine de ces processus doivent produire des données probantes pour appuyer des réformes concernant le financement des soins de santé. L'Assemblée de l'OMS a mentionné précisément le besoin de méthodologies pour

mesurer et analyser les avantages et les coûts des différentes pratiques en matière de financement de la santé, portant sur la perception des recettes, la mise en commun des fonds, et la prestation ou l'achat de services, en tenant compte des différences économiques et socioculturelles.

En réponse, le [Rapport sur la santé dans le monde 2013 : La recherche pour la couverture sanitaire universelle](#)³¹ de l'OMS a établi le programme (OMS, 2013). De plus, une coalition active pour la couverture sanitaire universelle³² a réuni 860 organismes dans 117 pays, y compris des organismes multilatéraux et subventionnaires, des organisations non gouvernementales de développement et des organisations de la société civile.

Cette compréhension globale plus vaste des soins de santé est reflétée dans l'[objectif de développement durable 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge](#).³³ La fragmentation causée par des objectifs du Millénaire pour le développement distincts pour les maladies et les groupes de personnes est surmontée par l'intégration des cibles en matière de santé maternelle et infantile ainsi que celles liées au VIH à cet objectif. Il est important de souligner que la couverture sanitaire universelle figure comme objectif : **Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.**

Ce changement de perspective a été formulé éloquemment par Michel Sidibé, directeur exécutif de l'ONUSIDA :

La couverture sanitaire universelle est la pierre angulaire de ces droits et du droit à la santé, ayant à son cœur la protection contre les difficultés financières. C'est la raison pour laquelle la couverture santécouverture sanitaire universelle ne doit pas simplement être un exercice technique. Cette couverture consiste, et doit consister, à concrétiser les droits et à redistribuer les occasions. Par conséquent, il s'agit foncièrement d'un processus politique - la couverture sanitaire universelle s'attaque aux structures de pouvoir ancrées et vise à lutter contre l'absence de pouvoir, la marginalisation, et l'exclusion. (Sidibé, 2016 : e355)

La partie 1 a examiné des problèmes systémiques importants qui nuisent aux efforts d'amélioration de la santé des personnes vulnérables, y compris les femmes, les enfants et les adolescents. Le manque de données ventilées de qualité et la médiocrité des systèmes d'information sanitaire peuvent rendre les groupes marginalisés invisibles, particulièrement s'ils ne se rendent pas à ces centres de santé. Cela entraîne des conséquences néfastes pour le suivi de la santé reproductive, maternelle et infantile, et pour la planification, le développement et le financement de programmes pertinents. Des inégalités structurelles en matière de santé découlent d'une interaction complexe de déterminants sociaux, économiques et politiques qui sont assumés de façon disproportionnée par les femmes et les enfants. L'OMS et les parties prenantes internationales ont réagi en dirigeant les efforts mondiaux pour transformer les systèmes de santé, afin qu'ils offrent des services de qualité qui sont accessibles et abordables en ce qui concerne les soins de santé primaires, et afin d'adopter des stratégies de couverture sanitaire universelle pour maintenir ce changement. En effet, la couverture sanitaire universelle fournit une feuille de route globale pour trouver des solutions durables afin

d'améliorer l'ensemble des résultats en matière de santé – y compris la santé maternelle, infantile et reproductive et les droits connexes. Surtout, la communauté mondiale a maintenant reconnu que la mise en place d'une couverture sanitaire universelle n'est pas un exercice technique, mais qu'elle nécessite un processus politique pour surmonter les divisions de pouvoir ancrées ainsi que les obstacles structurels qui perpétuent les inégalités en matière de santé.

Le CRDI et la recherche sur les systèmes de santé

Grâce à plus d'une décennie de soutien de la recherche sur les systèmes de santé dans les pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire, le CRDI a une meilleure compréhension des besoins et des avantages des systèmes de santé solides. Le CRDI a d'abord financé des travaux d'exploration préliminaire de 2002 à 2006, qui ont été entrepris sur trois phases de financement pour la recherche et le renforcement des capacités. Ensuite, de 2006 à 2015 – en collaboration avec des bailleurs de fonds aux vues similaires – le CRDI a appuyé quelque 165 projets de recherche sur les systèmes de santé, d'une valeur totale de plus de 170 millions CAD.³⁴ Les investissements visaient à renforcer la capacité des chercheurs, des travailleurs de la santé, des décideurs et des défenseurs des systèmes de santé pour produire et utiliser des données probantes en vue d'appuyer des systèmes plus solides et améliorer les soins de santé primaires. Les efforts étaient principalement dirigés par des experts de pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire et ont tiré profit de leurs connaissances et de leur expérience intimes dans le contexte local et régional précis.

Lorsque le CRDI a commencé à appuyer la recherche sur la santé en 2002, il a regardé au-delà des objectifs du Millénaire pour le développement globaux et d'une approche verticale ou d'interventions propres à une maladie ou à un service de santé. Il a compris que la santé était un enjeu technique et politique.

Approche programmatique du CRDI en matière de santé : les trois principes efficaces

Dans le contexte d'approches au développement de plus en plus simples, axées sur des résultats immédiats, et éclairées par des données probantes rigoureuses fondées sur de la recherche financée qui examinait la santé au sein d'un cadre socio-politique, le CRDI a restreint son approche et a appliqué trois principes efficaces précis afin d'encadrer son soutien au renforcement des systèmes de santé – gouvernance, équité et intégration des systèmes. Au coeur de l'approche se trouvait la reconnaissance du besoin de systèmes de santé solides, équitables et bien gérés qui pourraient agir comme fondement pour le traitement et la prévention de la maladie, pour lutter contre les inégalités en matière de santé et l'injustice sociale plus générale, en plus de servir comme élément important du développement durable.

Gouvernance

On entend par gouvernance l'ensemble des structures administratives, des mécanismes et des traditions qui déterminent la manière dont s'exerce le pouvoir, dont se prennent les décisions et dont les citoyens ont voix au chapitre. Puisqu'ils définissent de quelle façon les systèmes de santé sont financés, conçus et mis en place, les mécanismes de gouvernance contribuent fortement à déterminer la qualité, l'ampleur et l'équité des services de santé. Il y a tout un éventail de ces mécanismes, qui vont des structures mondiales appuyant la recherche et les investissements en santé jusqu'à la manière dont les communautés et les ménages gèrent les priorités et les ressources.

suite...

Équité

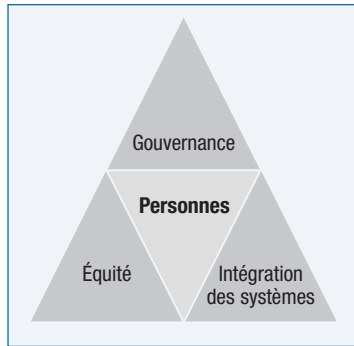
Travailler à l'équité en santé, c'est s'attaquer aux différences évitables et injustes dans l'état de santé de la population. Les initiatives centrées sur l'équité en santé cherchent à faire en sorte que les ressources soient attribuées à ceux qui en ont le plus besoin. Cela suppose que l'on étudie les déterminants sociaux de la santé afin de comprendre les causes profondes des inégalités sur le plan de la santé. Cela suppose également que l'on s'efforce d'influer sur la répartition des ressources économiques et sociales de manière à ce que les interventions en santé favorisent l'équité.

Intégration des systèmes

Un système de santé est constitué de politiques, d'activités et de structures administratives mises en place dans le but d'améliorer la santé. Il est complexe et changeant comme il repose sur les hommes. En examinant les interactions entre les utilisateurs des soins de santé et les fournisseurs des services de première ligne du système de santé, on est en mesure de mieux comprendre pourquoi des personnes qui en ont besoin ne bénéficient pas du système de santé. L'adoption d'une démarche d'analyse systémique comporte l'examen des liens entre les différentes composantes du système de santé – depuis la gouvernance et le financement jusqu'aux ressources humaines et aux systèmes d'information – afin de les considérer comme formant un tout, plutôt que de les traiter isolément.

Les personnes (utilisateurs, fournisseurs, décideurs) sont au centre de ces trois principes transversaux. Chaque principe définit, et est défini par, les parties prenantes dans le système de santé qui partagent la responsabilité pour assurer la prestation de services accessibles de qualité. La **gouvernance** permet aux citoyens de fixer des priorités et de demander aux décideurs et aux institutions de rendre compte de leurs rôles et responsabilités. L'**équité** révèle les personnes vulnérables dans une société et met en évidence le rôle des citoyens, des décideurs et des institutions en ce qui concerne le progrès vers une répartition équitable des ressources. Les **systèmes de santé** comprennent les travailleurs en santé et les décideurs qui fournissent des services, ainsi que les utilisateurs et les défenseurs qui demandent les services, et qui y ont recours.

Figure 2. L'approche programmatique en santé du CRDI : les trois principes d'efficacité



Source : Auteur

Les principes d'efficacité sont étroitement liés au travail de Michael Quinn Patton sur l'évaluation du développement qui aborde des milieux dynamiques complexes. Plutôt que d'être normatifs, les trois principes efficaces avaient pour objectif de fournir des conseils à interpréter, à appliquer et à adapter en fonction des différents contextes (Patton, 2011 : 167).

En pratique, les projets de recherche appuyés par le CRDI se penchaient sur la gouvernance en cherchant à décortiquer les dynamiques du pouvoir et à gérer les problèmes structurels de santé et de développement. Les projets appuyaient la participation et l'interaction des parties prenantes de tous les échelons, particulièrement de l'échelle communautaire, à la prise de décisions liées aux systèmes de santé et à leur propre santé. Ils se sont concentrés sur l'équité en étudiant et en éliminant les obstacles à l'accès aux services de santé, et en déterminant comment ces obstacles touchaient les plus nécessiteux – particulièrement, en examinant les **considérations sexospécifiques et les déterminants sociaux de la santé**³⁵ qui mènent à la marginalisation et à l'exclusion. Enfin, ils se sont intéressés à l'intégration des systèmes en examinant les liens entre les utilisateurs et les fournisseurs et décideurs, et entre les diverses composantes du système de santé. Les projets ont adopté une approche plus globale à la santé en

allant au-delà des interventions qui ciblèrent étroitement des maladies, des services ou des groupes précis.

Le CRDI a adopté une approche globale pour appliquer les principes. Il a appuyé des équipes de recherche et des institutions des pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire afin qu'elles puissent élaborer et utiliser des méthodologies de recherche pertinentes pour produire un corpus de connaissances scientifiquement rigoureux. Le CRDI a également investi dans différentes stratégies pour permettre aux parties prenantes de se servir des données probantes obtenues pour éclairer et orienter les politiques, les pratiques, les programmes et les priorités de financement afin d'édifier des systèmes de santé plus forts et plus équitables, et ainsi contribuer à améliorer les résultats de santé.

Élaborer des méthodes et renforcer les capacités pour produire des données probantes rigoureuses

Comme l'a souligné l'OMS (2013 : xv), la base de connaissances pour appuyer le renforcement des systèmes de santé et la modification des politiques est faible. Le domaine émergent de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé a été la cible de critiques en raison de son champ d'application imprécis, de son manque de rigueur méthodologique, et des limites à tirer des conclusions du contexte d'un pays et de les appliquer à d'autres pays (Mills, 2012).

Afin d'aborder ces enjeux, le CRDI a appuyé des chercheurs qui travaillent à la fine pointe de la recherche sur les systèmes de santé afin de contribuer à faire progresser le développement et la mise en application de méthodologies pertinentes, comme le démontrent les exemples ci-dessous.

Établir de nouvelles méthodes de recherche

- Au Niger, des chercheurs du Laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL)³⁶ ont intégré des [méthodologies qualitatives pour des évaluations communautaires collectives et rapides](#) à la recherche sur les systèmes de santé. Il s'agit d'une contribution importante en Afrique de l'Ouest francophone, où la recherche en santé publique est généralement très quantitative.
- EQUINET, le Regional Network on Equity in Health in East and Southern Africa, a renforcé les [méthodologies et les cadres de RAP](#)³⁷ dans le cadre de la recherche sur les systèmes de santé (Loewenson et al., 2014). Le fondement éthique sur lequel la RAP a été développée reconnaît explicitement les dynamiques du pouvoir entre les chercheurs et les communautés avec lesquelles ils travaillent, qui sont souvent marginalisées.
- Le [Global Network for Health Equity](#)³⁸ (GNHE) a élaboré des méthodologies exhaustives pour analyser et faire avancer la couverture sanitaire universelle.
- Le [CIET](#)³⁹ a tiré parti du pouvoir des essais contrôlés randomisés pour faire ressortir les facteurs sous-jacents du VIH/sida, et s'y attaquer.

Renforcer la capacité des chercheurs individuels

Le CRDI a investi dans l'amélioration des capacités d'un bassin de chercheurs de mener efficacement de la recherche sur les systèmes de santé en finançant des programmes de bourses. De nombreux organismes ont contribué à ces occasions, y compris l'Institut Supérieur des Sciences de la Population,⁴⁰ la [Bourse de recherche destinée à des doctorants africains pour la rédaction d'une thèse \(ADDRE\)](#),⁴¹ la [Collaboration for Health Systems Analysis and Innovation \(CHESAI\)](#),⁴² la [Society for Community Health Awareness Research and Action \(SOCHARA\)](#),⁴³ et le [Consortium for Mothers, Children, Adolescents, and Health Policy and Systems Strengthening \(CoMCAHPSS\)](#).⁴⁴

Produire de nouvelles connaissances

Les travaux de recherche financés ont produit un corpus important de nouvelles connaissances sur l'équité, la gouvernance et l'intégration des systèmes. La partie 3 présente certains corpus importants de nouvelles données probantes, y compris :

- les causes des décès maternels en Inde rurale, où des problèmes sous-jacents sont souvent masqués dans les rapports d'autopsie;
- les nouvelles stratégies encourageantes pour prévenir le VIH/sida en Afrique australe;
- les approches démontrant comment les communautés autochtones marginalisées au Guatemala peuvent demander la reddition des comptes aux responsables de leurs systèmes de santé;
- les engorgements des systèmes et les problèmes de mise en oeuvre en Afrique de l'Ouest qui minent les politiques de financement de la santé visant à améliorer l'accès aux services de santé.

Renforcer l'utilisation des données probantes pour accroître la reddition de comptes

Toutefois, même des données probantes rigoureuses n'amélioreront pas les conditions de vie de la population à moins qu'elles soient utilisées pour orienter les actions de ceux qui peuvent faire quelque chose pour régler le problème immédiat. L'expérience du CRDI a démontré que suivre un chemin traditionnel d'influence sur les politiques – entreprendre la recherche, produire un exposé de politique, organiser un atelier et publier les résultats dans des journaux critiqués par des pairs – est trop souvent inefficace pour apporter des changements. Les efforts doivent donner suite à des défis et à des occasions qui sont propres à chaque contexte (Carden, 2009). Au lieu, le CRDI appuie des efforts stratégiques et adaptés pour influencer les politiques et les pratiques. Des efforts avant-

gardistes ont pris racine : par exemple, le [College of Health Sciences de l'Université de Makerere](#)⁴⁵ a élaboré un service d'intervention rapide novateur pour fournir dans des brefs délais les données probantes requises par les décideurs de haut niveau et les parlementaires en Ouganda.

Afin de transformer de nouvelles connaissances en recommandations concrètes pour l'élaboration de politiques et de pratiques, les producteurs ainsi que les utilisateurs des données probantes doivent avoir de fortes capacités. Développer ces capacités implique souvent l'établissement et le soutien de plateformes d'application des connaissances qui favorisent l'engagement continu des chercheurs et des décideurs. En Afrique subsaharienne, en vue d'institutionnaliser l'application des données probantes de la recherche, le CRDI a aidé à établir un réseau de plateformes d'application de connaissances et a travaillé en vue de renforcer les équipes des pays individuels, y compris leurs structures organisationnelles, leur capacité humaine, et leur utilisation d'outils et de plateformes novateurs d'application des connaissances. Ces équipes-pays comprennent des parties prenantes importantes, comme des représentants des ministères nationaux de la santé, des universités, des organisations de la société civile, ainsi que d'autres personnes influentes.

Les chercheurs ont également compris le besoin d'aller au-delà de la recherche, et d'oeuvrer en communication et en défense des droits, et de prendre part aux processus politiques afin d'encourager le changement. Jean-Pierre Olivier de Sardan de LASDEL a noté :

C'est ici que nous laissons derrière notre quête de neutralité en tant que chercheurs, et mettons nos chapeaux de citoyen. Pendant sa mise en oeuvre, notre recherche est aussi neutre et « objective » que possible. Nous choisissons toutefois des sujets qui concernent des enjeux politiques et sociaux réels au départ, et nous espérons que nos constatations seront utilisées par des réformistes dans leur bataille – principalement latente mais

parfois ouverte - contre la force conservatrice. [...] Il est difficile de voir comment on peut améliorer le système de soins de santé et offrir une meilleure qualité de service sans d'abord obtenir un diagnostic rigoureux de ces réalités normalement dissimulées. Ces diagnostics donnent des arguments aux réformistes au sein du système de santé pour permettre les changements. (Olivier de Sardan, 2015 : 5)

Les organismes de recherche ont trouvé des façons de collaborer efficacement avec les utilisateurs à l'échelle communautaire, avec les décideurs à l'échelle locale et nationale, et avec les acteurs influents à l'échelle mondiale. Ils ont intégré ces parties prenantes importantes à la conception et à la mise en oeuvre de la recherche, ont créé des espaces de dialogue et de débat et, surtout, ils ont établi des relations de confiance qui font en sorte qu'il soit possible d'échanger des données probantes au sujet d'enjeux délicats et de travailler en collaboration sur des solutions.

Cette stratégie a donné lieu à des mesures importantes pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents vulnérables. Grâce à certains des travaux de recherche présentés plus en détail dans la partie 3, le gouvernement de l'Inde a mis en place des nouvelles lignes directrices pour examiner les causes des décès maternels. Le gouvernement du Botswana est en train de réorienter l'ensemble de ses programmes de développement national afin de lutter contre les facteurs de l'épidémie de VIH/sida qui touche surtout les adolescentes et les jeunes femmes. Les États de Bauchi et de Cross River au Nigeria ont travaillé en vue d'institutionnaliser des processus de planification fondés sur des données probantes en raison de leur expérience dans la production et l'utilisation de données de qualité concernant la mortalité maternelle et infantile. Plusieurs gouvernements dans l'Afrique orientale et australe ont utilisé des analyses d'équité pour mieux répondre aux besoins des plus vulnérables, et font rapport régulièrement sur leurs progrès en matière d'équité en santé à leur organisme de santé régional mandaté, l'East, Central, and Southern African Health Community.

Des systèmes de santé pour des vies saines

Comme l'explique la partie 1, des systèmes de santé solides et équitables qui prévoient un mécanisme de reddition des comptes sont de plus en plus reconnus comme une base essentielle pour des résultats de santé positifs pour les femmes, les enfants, les adolescents, et les communautés dans leur ensemble. Les progrès réalisés pour l'atteinte des objectifs mondiaux en matière de santé reproductive, maternelle et infantile ont été compromis par une multitude de problèmes de longue date au sein des systèmes de santé dans les pays où les défis sont les plus importants.

Dans cette section, nous examinons les résultats du soutien constant du CRDI pour la recherche sur les systèmes de santé dans les pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire. Nous ancrons la présentation de ces résultats autour de trois domaines clés qui, selon la recherche, sont essentiels à la capacité des systèmes de santé à promouvoir des soins équitables et efficaces pour les populations vulnérables, y compris les femmes, les enfants et les adolescents. Les voici :

1. les données et les systèmes d'information sanitaire, qui jouent des rôles essentiels pour identifier les vulnérables et diagnostiquer les causes profondes de leurs mauvaises conditions de santé, et y trouver des solutions;

2. une couverture sanitaire universelle qui fournit des soins de qualité accessibles à tous et qui est maintenue par du financement équitable assurant la protection financière des populations vulnérables;
3. la reddition des comptes, en permettant aux communautés, aux institutions et aux décideurs des systèmes de santé de jouer un rôle efficace pour veiller à ce que les ressources soient attribuées de manière juste et stratégique.

Cette section expose les efforts et des données probantes des parties prenantes qui travaillent à l'échelle nationale, régionale et mondiale pour aborder ces enjeux.

Renforcer les données et les systèmes d'information sanitaire

Pour rejoindre les femmes, les enfants et les adolescents les plus vulnérables et améliorer leurs conditions de santé, il faut avoir des données de qualité et des systèmes d'information sanitaire pour que nous puissions comprendre qui ils sont, où ils se trouvent, leur charge de morbidité, et leurs grands risques sanitaires. Il faut donc traiter les facteurs sous-jacents qui alimentent systématiquement la discrimination et l'exclusion.

En Inde, des revues des décès maternels améliorés révèlent la négligence systématique des besoins des femmes en matière de santé pendant la grossesse et l'accouchement, et la tendance des professionnels de la santé à cacher leurs propres manquements; au Botswana, une meilleure collecte de données a permis au gouvernement d'identifier les jeunes vulnérables les plus à risque d'une infection au VIH et de rediriger les ressources vers ce groupe; et au Nigeria, une meilleure collecte de données sur les ménages et l'utilisation systématique des données probantes dans toutes les prises de décision ont permis aux gouvernements à l'échelle locale et étatique de relever les causes sous-jacentes des mauvaises conditions de santé maternelle et infantile, et de s'y attaquer.

En Inde : Déterminer les causes de mortalité maternelle

Dans l'État du Karnataka, de nombreuses filles et femmes se heurtent à des obstacles liés à la discrimination fondée sur le sexe, la pauvreté et l'appartenance à une basse caste. Les grossesses à risque sont la norme plutôt que l'exception, comme une proportion élevée des jeunes femmes souffrent de malnutrition et d'insuffisance pondérale par rapport à leur âge, et sont mariées et enceintes pendant qu'elles sont encore adolescentes. Le défi a consisté à élaborer des méthodes de recherche qui font la lumière non seulement sur les problèmes médicaux sous-jacents touchant les jeunes femmes enceintes, mais également sur les interactions complexes de sexe, de caste et de classe économique qui les rend vulnérables à des problèmes de santé et à une grossesse précoce. Depuis 2003, le [Indian Institute of Management Bangalore \(IIMB\)](#),⁴⁶ établi dans l'État de Karnataka, a mis au point et a appliqué des méthodes de recherche révolutionnaires et intersectionnelles (Iyer et al., 2008; Sen et al., 2009; Sen et Iyer, 2012; Sen et Iyer, 2016), y compris un cadre analytique sexospécifique, à sa recherche à l'échelle de la communauté et sur les systèmes de santé dans 67 villages dans le district de Koppal. Les résultats ont permis de mieux comprendre les déterminants médicaux et sociaux de la mortalité maternelle.

La recherche initiale a dévoilé des signes notables de partialité et d'oubli dans les diagnostics et dans la réponse aux causes sous-jacentes des décès maternels. L'équipe a évalué le processus d'examen des décès maternels – un outil important utilisé au sein du système de santé. Les revues des décès maternels visent à vérifier pourquoi les mères meurent et à examiner le degré d'efficacité ou d'insuffisance des interventions en santé. L'information doit toutefois être exacte et exhaustive pour être utile. Il faut particulièrement faire preuve de précaution lorsque ceux qui mènent les examens peuvent être les mêmes fournisseurs de soins de santé mêlés dans les causes immédiates du décès.

Le IIMB a découvert que, dans le district de Koppal, les autopsies officielles étaient régulièrement effectuées par le seul et même

médecin qui s'était occupé du traitement de la patiente. Les chercheurs ont mis au point une méthodologie améliorée en posant des questions à tous les témoins clés de la grossesse et des soins d'urgence de chaque femme. Cette approche plus large a permis une triangulation des différentes versions du même décès, et a donc permis une plus grande précision pour déterminer les causes de décès (Iyer, Sen et Srivathsa, 2013). Le IIMB a mené des autopsies verbales pour 79 décès maternels qui sont survenus dans la zone du district visée par le projet entre 2008 et 2014. Les chercheurs du IIMB ont ensuite comparé leurs résultats à ceux de 16 autopsies verbales officielles menées à l'échelle du district pour des femmes qui sont mortes pendant l'accouchement ou peu de temps après (entre avril 2008 et mars 2011).

L'étude laisse supposer que les oublis et la partialité dissimulent peut-être régulièrement les causes sous-jacentes des décès des femmes. On a trouvé des erreurs par rapport à la détermination de la cause médicale du décès dans deux tiers des 16 rapports officiels examinés. Par exemple, bien que les femmes au Karnataka ont des taux élevés d'anémie en raison de la malnutrition – un trouble de santé qui accroît les risques liés à la grossesse – cette condition sous-jacente courante n'était pas inscrite au dossier des patientes. De plus, aucun formulaire officiel ne mentionnait des erreurs de la part des fournisseurs de soins de santé, même si l'étude a laissé supposer qu'ils étaient partiellement ou entièrement responsables de trois quarts des décès. Les manquements des fournisseurs de soins de santé, comme l'incapacité de reconnaître une urgence, la prestation de soins obstétricaux inadéquats, ainsi que la négligence ou le traitement inhumain qui ont causé les décès de cinq femmes ont plutôt été attribués aux familles des femmes (Iyer, Sen, Sreevathsa et Varadan, 2012).

Les autopsies verbales du IIMB ont mis en évidence l'importance de mesures de suivi et d'intervention plus précoces et attentives par le système de santé en ce qui concerne les besoins cliniques des femmes enceintes. Les femmes semblent mourir de causes

évitables, car, notamment, leur anémie ou leur hypertension n'a pas été prise au sérieux, ou n'a pas été détectée et traitée suffisamment tôt. Ces causes sous-jacentes avaient en fait été « normalisées » dans les systèmes et rendues invisibles. La recherche a également détaillé la piètre qualité des soins pendant le travail et l'accouchement, et l'étendue du manque de respect et d'abus dans les salles de travail. Ces situations s'aggravaient lorsque les installations étaient bondées, lorsqu'il y avait un manque de personnel, et lorsque la supervision était inadéquate (Iyer, Sen et Sreevasthsa, 2013). On a également trouvé que les mauvaises pratiques post-partum dans les communautés – comme limiter l'apport en liquides des femmes ou restreindre leurs mouvements, et garder les femmes et les nouveau-nés dans des pièces enfumées fermées – aggravaient les torts causés par la négligence des soins post-partum du système de santé.

De nouvelles lignes directrices nationales sur les revues de la mortalité maternelle, qui demandaient une plus grande participation de la communauté, ont été mises en oeuvre en Inde en 2010. Toutefois, les constatations du IIMB laissent supposer qu'elles sont insuffisantes pour lutter contre les déséquilibres de pouvoir inhérents auxquels sont liés les décès maternels. Les entrevues des revues des décès maternels sont encore effectuées par le médecin traitant, qui a la latitude de rapprocher des versions divergentes des événements, plutôt que de consigner les versions contradictoires. Sans surveillance par un tiers, l'intérêt propre du médecin faisant l'examen peut le mener à ne pas divulguer certains renseignements ou à fausser les analyses des causes médicales et sociales du décès.

Le IIMB a donné suite aux résultats de la recherche en collaborant avec des parties prenantes pour élaborer des outils de diagnostic pertinents pour détecter l'anémie et d'autres risques de santé, développer du matériel de formation, et renforcer les capacités des travailleurs de la santé de première ligne dans les collectivités participant au projet pilote. Ces efforts pourraient appuyer les

travailleurs de la santé qui ont connu une forte augmentation de la pression découlant de l'augmentation obligatoire du nombre d'accouchements en établissement dans le cadre de la National Health Mission. Le IIMB a également retransmis les données probantes à ces mêmes collectivités par une série d'activités communautaires créatives axées sur la sensibilisation et la communication qui ont mis la responsabilité partagée de la santé des mères au centre de la vie communautaire. La production de pièces de théâtre, des défilés dans les villages et des discussions en petits groupes avec tous ceux qui jouent un rôle de soutien des mères en santé ont célébré la sécurité maternelle et ont aidé les communautés à tirer des leçons des décès maternels. Une pièce de théâtre a été montée pour encadrer les problèmes associés aux mariages d'enfants et les dangers d'ignorer des risques maternels courants, comme l'anémie et l'hypertension gestationnelle.

Le IIMB a également créé des groupes de soutien dans les villages pour accompagner les femmes pendant leur grossesse et la période post-partum. Les membres ont pris l'initiative d'organiser des campagnes de collecte de sang, des camps de nutrition, des journées spéciales axées sur la santé et la sécurité maternelles, ainsi que de décourager des pratiques traditionnelles dangereuses, d'accompagner les femmes enceintes au centre de santé, et de les aider à négocier avec le personnel de santé. Certains groupes étaient confrontés à une lutte difficile, lorsque les discriminations sexuelles et les superstitions prédominaient, les rapports de pouvoir changeaient lentement et la pauvreté contribuait à un sentiment d'impuissance. Des progrès encourageants ont eu lieu dans les endroits où les groupes sollicitaient activement les femmes enceintes et faisaient le suivi auprès des femmes qui avaient besoin d'aide.

Au Botswana : Renforcer les données probantes afin de lutter systématiquement contre les facteurs du VIH/sida

Comme il a été discuté dans la partie 1, il y a un lien puissant entre l'infection au VIH et la santé maternelle. La santé repro-

ductive est au coeur de ce lien. Malgré l'énorme investissement dans des stratégies de prévention du VIH de première ligne axées sur l'abstinence, la monogamie et l'utilisation de condoms, les taux de nouvelles infections et de grossesses sont demeurés élevés, particulièrement en Afrique australe où les femmes et les adolescentes sont au centre de l'épidémie. Des travaux de recherche ont démontré qu'au Botswana, 22,9 % des jeunes femmes et 8,3 % des jeunes hommes étaient séropositifs. Ce taux était de 9,1 % chez les femmes et de 2,8 % chez les hommes en Namibie, et de 26,1 % chez les femmes et de 9,3 % chez les hommes au Swaziland (Andersson et Cockcroft, 2012).

En creusant plus profondément, le CIET,⁴⁷ un organisme de recherche d'Afrique australe, a trouvé pourquoi certaines jeunes femmes étaient plus vulnérables, et pourquoi les stratégies de prévention du VIH n'étaient pas efficaces pour elles (CRDI, 2014). Les chercheurs ont identifié celles qui sont dans l'« **incapacité de choisir** »⁴⁸ – celles qui ont peu de pouvoir personnel ou de contrôle sur le moment et les conditions des relations intimes, et qui sont donc exposées à une grossesse non désirée, au VIH, et à d'autres infections transmissibles sexuellement. En effet, elles n'avaient pas le pouvoir d'utiliser des stratégies conventionnelles en matière de prévention et de santé reproductive.

En 2008, le CIET a mené un essai contrôlé randomisé en grappes sur 7 464 jeunes âgés de 15 à 29 ans en Namibie, au Botswana et au Swaziland. L'étude a constaté, qu'en plus de la pauvreté et de faibles niveaux d'instruction, que différents rapports de pouvoir interpersonnels étaient associés à une incidence plus élevée de VIH : avoir un revenu ou un niveau d'instruction inférieur à son partenaire, être victime de violence sexuelle ou de violence conjugale, être disposé à avoir des relations sexuelles sans l'utilisation d'un condom malgré l'exposition soupçonnée de son partenaire au VIH/sida, et se prêter à d'autres comportements à risque, comme l'utilisation irrégulière des condoms et les relations sexuelles avec différents partenaires (Andersson et Cockcroft, 2012).

L'incapacité de choisir devait être comprise comme un facteur potentiellement important de l'épidémie du sida, et il fallait mettre en place des stratégies de prévention adaptées pour répondre aux besoins de celles qui étaient dans l'incapacité de choisir. Les résultats ont suggéré qu'au lieu de se concentrer uniquement sur les stratégies de prévention axées sur les changements comportementaux individuels, il serait plutôt important d'appuyer des interventions structurelles visant à influencer sur le milieu général où habitent celles dans l'incapacité de choisir, et à modifier ce milieu.

Le CIET a mis à l'essai des interventions pertinentes pour renforcer un milieu communautaire protecteur, fournir des moyens de subsistance économiques, et offrir des programmes de savoir faire essentiels aux adolescentes et aux jeunes femmes en Namibie, au Botswana et au Swaziland. Les interventions ont donné des résultats prometteurs dans la réduction de nouveaux cas de VIH chez les jeunes femmes au site pilote au Botswana. En tenant compte notamment de ces constatations, le gouvernement du Botswana, en partenariat avec le CIET, a lancé l'Inter-ministerial National Structural Intervention Trial (**INSTRUCT**)⁴⁹ pour modifier ses programmes de développement afin de répondre aux besoins du groupe le plus vulnérable de jeunes femmes de 15 à 29 ans. Le CIET a appliqué la **méthodologie d'essais contrôlés randomisés par étape**⁵⁰ novatrice et de la recherche complémentaire sur la mise en oeuvre pour mettre à l'essai les stratégies et les interventions dans un district afin d'apprendre des leçons avant le déploiement dans d'autres districts. Le gouvernement espère ultimement couvrir tout le pays.

INSTRUCT a motivé des mesures à différents niveaux et à l'échelle des secteurs gouvernementaux pour réorienter les programmes en vue de s'assurer qu'ils sont efficaces pour ce groupe vulnérable, et sont accessibles à celui-ci. Dans le premier district à lancer le programme, les employés de différents ministères ont appris

à communiquer avec les jeunes, particulièrement les jeunes femmes. Les animateurs communautaires, hommes et femmes, en collaboration avec les enseignants de toutes les écoles et les aides à l'éducation en santé gouvernementaux ont mis en oeuvre la *série d'émissions radiophoniques intitulée [Beyond Victims and Villains](#)*⁵¹ qui vise à créer un milieu communautaire plus propice et protecteur. En raison du grand intérêt dans la communauté, beaucoup plus d'hommes ont participé au programme que prévu. Dans chaque communauté, de jeunes femmes ont pris part à des ateliers sur les savoir-faire essentiels afin de développer leur estime personnelle, d'améliorer leurs compétences en communication, et d'apprendre comment accéder aux programmes gouvernementaux. Il s'agit d'un des premiers cas à l'échelle internationale où un gouvernement mobilise ses propres ressources multisectorielles pour réorienter différents programmes nationaux d'une manière coordonnée, intégrée et durable afin de s'attaquer à grande échelle aux facteurs structurels du VIH. Les données probantes tirées du programme peuvent contribuer à d'autres efforts de déploiement de cette stratégie à plus grande envergure.

Au Nigeria : Édifier un système de santé fondé sur des données probantes

Recueillir des données de qualité et les intégrer dans des systèmes d'information sanitaire opérationnels est essentiel pour développer une base de données probantes qui peut aider à diagnostiquer des problèmes, orienter des politiques et des programmes adaptés, et permettre aux décideurs en matière de soins de santé d'affecter les ressources efficacement. Il y a toutefois deux divergences courantes par rapport aux données et aux systèmes d'information :

1. les écarts entre l'information recueillie sur le terrain et celle qui se rend aux décideurs de plus haut niveau, notamment ceux qui gèrent le système d'information sanitaire, et ceux qui prennent part à la planification de santé et à l'établissement du budget;

2. les écarts relatifs à la manière dont l'information traitée est retransmise aux personnes dans les collectivités touchées en vue de répondre à leurs besoins.

Sur une période de huit ans, de 2006 à 2014, le projet Données probantes et systèmes de santé au Nigeria ([projet NEHSI](#))⁵² a développé les données probantes et l'expérience nécessaires pour transformer de manière exhaustive la collecte de données et les systèmes d'information sanitaire à grande échelle afin de se pencher plus efficacement sur les mauvais résultats liés à la santé maternelle et infantile.

Le projet NEHSI est le résultat d'un partenariat entre le gouvernement du Nigeria, le CRDI et le gouvernement du Canada, et a été mis en oeuvre dans le cadre d'un effort commun avec les parties prenantes dans les États de Bauchi et de Cross River. L'organisme de recherche [CIET](#)⁵³ a offert de l'aide technique et s'est intégré à l'équipe des autorités sanitaires pertinentes pour améliorer les structures et les processus.

Le projet NEHSI a utilisé de l'information sur la santé comme point d'entrée pour explorer les causes profondes des taux de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles, et pour s'y attaquer. Utiliser l'information sur la santé était essentiel pour démontrer les inégalités d'accès aux soins et mobiliser les parties prenantes en vue de réduire les écarts. Le projet NEHSI a élaboré et mis en oeuvre un [système d'information et de planification multi-intervenants](#)⁵⁴ exhaustif afin d'appuyer la collecte et l'analyse de données efficaces tout en veillant à ce que les données présentant une utilité pratique soient retransmises aux décideurs, aux familles et à leurs communautés.⁵⁵

Recueillir les données

La première étape était d'élaborer un aperçu des enjeux principaux au niveau de l'État et des gouvernements locaux. Pour y arriver, le projet NEHSI a appliqué une [méthodologie d'audit social](#)⁵⁶

(Ledogar et Andersson, 2002; CIET Trust, 2006; Andersson, 2011a; Andersson, 2011b).^{57,58} Le Dr Neil Andersson du CIET Trust a dit : « Il s'agit [dans l'audit social] de produire de solides données probantes sur ce qui fonctionne, sur les personnes qui sont laissées pour compte et sur ce qui peut être fait pour réduire l'écart entre les deux. » (Andersson, 2011a: 2).

Les données ont été recueillies à partir d'un échantillon aléatoire bien équilibré de zones de dénombrement du recensement. Dans les régions sélectionnées, tous les ménages ont été interrogés, peu importe s'ils utilisaient les services gouvernementaux ou non. Ajouter les données obtenues au sein de la communauté aux données recueillies auprès des établissements a permis de faire la lumière sur une partie de la population, parmi laquelle se trouvent les plus vulnérables de chaque État, qui n'ont pas eu accès à des installations de santé pour différentes raisons. Parmi ces raisons, il y avait la distance à parcourir, les périodes d'attente, les ressources concernées, et la qualité des soins médicaux et non médicaux obtenus. Les équipes de recherche ont discuté des constatations avec des groupes de discussion dans les communautés de l'échantillon, dans le but de recueillir leur avis sur les solutions possibles. Des données probantes ont donc été recueillies auprès des collectivités afin de déterminer, d'une part, sur ce qu'il fallait faire pour améliorer les résultats obtenus en matière de santé et, d'autre part, sur comment le faire selon les populations de ces collectivités.

Les résultats ont fourni des informations sur certaines des causes très peu connues de décès et de maladies, et ont particulièrement mis en relief les répercussions des relations entre les sexes. Par exemple, des enquêtes ont révélé qu'au sein des ménages, les femmes enceintes étaient victimes de violence conjugale et assumaient beaucoup de la charge de travail (Andersson et al., 2011b). Les enquêtes ont également révélé que la santé des nourrissons et des enfants était menacée par différentes conditions évitables qu'on pourrait éliminer par de meilleures pratiques

sanitaires, la prise en charge de la diarrhée, et l'utilisation de moustiquaires de lit (Odu et al., 2015). Le niveau d'instruction des femmes, le fait qu'elles vivent en milieu urbain ou rural, l'information reçue auprès des travailleurs de la santé, la quantité d'aide offerte par les membres de leur famille, et le fait que le ménage ait un moyen de transport motorisé ou non étaient tous des facteurs qui influençaient si les femmes cherchaient à obtenir des soins ou non (Omer et al., 2014). Les résultats ont indiqué qu'il y avait des iniquités dans l'accès au traitement pour la fièvre palustre chez les enfants, même où les installations communautaires existaient, et ont révélé que les mères ayant plus d'instruction et les familles ayant des revenus plus élevés étaient plus susceptibles de faire traiter les enfants atteints de fièvre (Odu et al., 2015). Les résultats du dernier audit social ont aidé les planificateurs de l'État de Bauchi à reconnaître que le taux de couverture vaccinale contre la polio était élevé, mais seulement au détriment de l'immunisation régulière (Cockcroft et al., 2014).

Ensuite, des méthodes de recherche sur la mise en oeuvre ont ensuite été appliquées pour recueillir des renseignements supplémentaires directement auprès des ménages. Des travailleurs d'approche, habituellement des travailleurs en santé communautaire, ont visité et officiellement enregistré tous les ménages dans la zone de gouvernement local et toutes les femmes en âge de procréer (celles âgées de 15 à 49 ans). On a ensuite fait un suivi des ménages, des grossesses et des nourrissons. Des outils d'enquête structurée ont été utilisés pour lancer des discussions avec chaque femme enceinte au sujet des risques relevés pendant l'audit social mené à l'échelle de l'État : violence conjugale, travail ardu pendant la grossesse, connaissance des signes de danger. Pendant que les travailleuses sur le terrain tenaient des discussions sur les soins pour les femmes enceintes avec les membres du ménage, les travailleurs tenaient des discussions semblables avec les maris. À l'aide de tablettes à écran tactile Android actives par réseau cellulaire, les travailleurs sur le terrain ont recueilli des données géo-indexées et les ont transmises à un serveur aux

bureaux de l'administration centrale du ministère de Santé de l'État. Cela a créé un système d'information en temps réel.

Utiliser les données

Une fois les données recueillies, elles devaient être transmises aux personnes ayant la responsabilité de faire quelque chose au sujet des problèmes soulevés. Une troisième méthodologie, [Socialising the evidence for participatory action](#),⁵⁹ transmettait les données probantes aux structures gouvernementales communautaires et étatiques.

L'information a été retransmise aux communautés de différentes manières. Les familles comportant des femmes enceintes et des nouveau-nés ont reçu de l'information directement, en plus de prendre part à des discussions sur les mesures à prendre pour réduire les risques pendant des visites de suivi à la maison effectuées par des travailleurs en santé communautaire qui assuraient la mise à jour continue du système de surveillance communautaire. Des docudrames,⁶⁰ une série de courtes vidéos dramatisées, donnaient vie à des questions relatives à la santé et éclairaient la planification d'action communautaire. Les vidéos servaient de base aux discussions sur les mesures qui pouvaient être prises contre la violence conjugale et les charges de travail excessives imposées à de nombreuses femmes enceintes.

Grâce aux interventions, les membres de la collectivité ont participé davantage aux services de santé et à la planification en matière de santé. Des groupes d'action communautaire, créés dans chaque communauté ciblée, ont mené des activités de sensibilisation et des activités réactives. Certains groupes, par exemple, se sont mobilisés et ont acheté des broyeurs afin de réduire la charge de travail des femmes enceintes. D'autres ont organisé du transport vers les hôpitaux et les cliniques, et ont même mobilisé du soutien pour construire une route, réduisant ainsi le temps de déplacement pour se rendre à la clinique. De cette manière, comme ce qui s'est produit à Koppal, en Inde, les groupes d'action communautaire ont contribué à des changements d'attitudes culturelles

Un récit de changement dans l'État de Bauchi

Les répercussions du projet NEHSI à l'échelle locale ont été saisies dans une série de *témoignages de changements appréciables*.⁶¹ Ici, un homme de Bauchi relate comment il traitait sa femme, et ce qu'il a retiré de l'information retransmise à sa collectivité, dans le cadre d'un docudrame du projet NEHSI.

« J'habite dans ma communauté depuis les cinquante dernières années. Je suis le *Santali of Sarki* (responsable du bétail) et je suis également un tailleur. J'ai deux femmes et onze enfants. Je suis également un membre du groupe de développement communautaire. Un an avant l'arrivée de vos gens, je critiquais ma première femme, je lui criais après, et je me plaignais de choses superflues à son égard. À ce moment-là, elle était enceinte. J'ai continué à me plaindre, même au sujet des choses qui n'étaient pas importantes. Par exemple, je lui demandais pourquoi elle avait fait ça, au lieu de cela. La plupart du temps, elle gardait le silence. À l'occasion, elle expliquait qu'elle se sentait faible. Graduellement, elle est devenue dépressive. Par contre, je l'évitais du regard et je n'y pensais pas beaucoup.

À neuf mois de grossesse, elle était prête à accoucher. Lorsque le moment est venu, elle a dû endurer un travail prolongé. On l'a transporté à l'hôpital de toute urgence, où elle a commencé à saigner abondamment. Finalement, elle a accouché d'un enfant, mais il n'était pas vivant. Les travailleurs de la santé l'ont mis sous perfusion, et elle a passé deux jours à l'hôpital. Ils m'ont demandé de payer ses frais médicaux. Tout ce temps, je ne cessais pas de m'interroger et de m'inquiéter sur la cause. Pourquoi devait elle souffrir de la sorte ? Finalement, j'ai prié Allah d'intervenir.

Un dimanche matin, j'ai regardé votre drame au palais de notre sarki. Dans le drame, j'ai vu le mari à Fatima, et la façon dont il se comportait à l'égard de sa femme. Après avoir regardé le drame, je me suis dit : « C'est ce que je faisais avant à ma femme. Mon comportement est la raison pour laquelle elle a perdu son enfant. » Je suis arrivé tard à la maison ce jour-là. Mes femmes avaient également regardé le drame. J'en ai discuté avec elles. J'ai ensuite dit à ma première femme : « Pardonne moi pour ce que tu as vécu. » Elle a immédiatement accepté mes excuses. À partir de ce moment, ma vie a pris une tournure nouvelle et j'ai commencé à réévaluer mes attitudes à son égard. Maintenant, je lui démontre de l'amour et de la compassion. Quelques mois plus tard, elle est tombée enceinte, et cette fois-là, elle a accouché sans problème. »

Homme 1 de l'État de Bauchi, janvier 2013

envers les femmes enceintes et l'utilisation du système de santé, et ont favorisé une prise en charge appropriée des maladies de l'enfance.

Les audits sociaux ont fourni de nouvelles données détaillées sur la situation dans chaque zone de gouvernement local sélectionnée. En retour, les données ont été analysées et présentées aux planificateurs dans différents formats, y compris des cartes de pointage et des fiches d'information propre à un enjeu avec des cartes qui mettent à profit les données GPS. Les cartes de pointage⁶² résumaient des indicateurs clés sur la santé communautaire, comme le pourcentage de femmes enceintes qui visitent des établissements de santé gouvernementaux, et qui connaissent des complications. Cet outil a permis aux planificateurs de comparer les indicateurs de santé dans les zones de gouvernement local en plus de déterminer les aspects à améliorer. Les discussions sur les résultats des cartes de pointage étaient prévues à un moment propice des cycles de budgétisation et de planification, de sorte que les priorités en matière de santé pouvaient être considérées.

L'initiative a été menée en étroite collaboration avec des décideurs de différents établissements de santé à l'échelle d'administrations de collectivités, de quartiers et d'États. Cette stratégie a joué un rôle de premier plan dans l'institutionnalisation de la planification et de la prise de décisions fondées sur des données probantes, et le projet NEHSI a été présenté dans le *rapport de 2013 sur les objectifs du Millénaire pour le développement* du Nigeria (Gouvernement du Nigeria, 2013 : 40). En fait, le professeur C.O. Chukwu, un ancien ministre honorifique de la Santé du Nigéria, a noté : « Le NEHSI est un changement de paradigme à deux niveaux : 1. en se basant sur la base de données probantes la planification et les résultats de et avec les communautés. Il ne s'agit pas seulement de données pour leur propre intérêt, mais plutôt de données qui nous informent. » (Gouvernement du Nigeria, 2014 : 28).

Les décideurs étaient tellement convaincus de la valeur du projet NEHSI qu'un **document du processus**⁶³ a été élaboré à la suggestion du gouvernement fédéral du Nigeria afin d'aider à étendre l'initiative aux autres États (Gouvernement du Nigeria, 2014). Le document a expliqué les éléments fondamentaux de l'approche du projet NEHSI mais au lieu de fixer des instructions étape par étape sur la reproductibilité, il a présenté les principes qui pouvaient être mis en œuvre dans différents contextes.

Donner l'élan pour une couverture sanitaire universelle abordable

Le financement est le plus important de tous les déterminants dans un système de santé. La nature du financement définit la structure, le comportement des différentes parties prenantes et la qualité des résultats. (Gouvernement de l'Inde, 2005a : 68)

Les systèmes d'information sanitaire et l'utilisation des données sont essentiels à l'amélioration de la santé maternelle, mais d'autres obstacles importants doivent être éliminés.

La décision des familles d'aller chercher des soins et la capacité des États de fournir des soins adéquats sont influencées par différents facteurs, dont un qui a sans doute fait l'objet du plus grand nombre de débats et d'études, c'est-à-dire le coût. Pour des millions de personnes dans le monde, des soins de santé abordables restent du domaine du rêve.

Au fil des ans, les gouvernements des pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire ont adopté différentes approches pour percevoir des fonds pour les soins de santé, souvent sous pression des prêteurs et des bailleurs de fonds. La pratique d'imposer des frais d'utilisation et d'insister sur le paiement direct de services au moment de les recevoir s'est répartie rapidement pendant les années 1980, en réponse à des conditions de financement

externe liées à des politiques d'ajustement structurel imposées par des institutions internationales (UNICEF, 1987). Par exemple, en 1987, la plupart des pays africains ont signé l'[Initiative de Bamako](#)⁶⁴ (parrainée par l'UNICEF et l'OMS) et ont adopté l'imposition directe de frais aux patients comme principal mode de financement de leurs systèmes de santé.

Les travaux de recherche démontraient de plus en plus les effets néfastes des frais sur l'utilisation des services de santé, particulièrement dans le cas des groupes défavorisés. Les pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire ont également reconnu les difficultés que ses frais imposaient sur les personnes vulnérables. Face à une pression grandissante d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, et en réponse à de nouvelles priorités de financement mondiales, de nombreux pays ont subventionné ou aboli le paiement direct de services de santé précis (comme le traitement du VIH) ou pour des groupes précis (comme les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans).

Comme il est illustré ci-dessous, les chercheurs sont en train de documenter les efforts de réforme par rapport aux frais pour les soins de santé. En Afrique de l'Ouest, certaines subventions pour la santé maternelle et infantile ont eu des conséquences non voulues en diminuant la qualité des soins. Le régime d'assurance-maladie novateur de l'État d'Andhra Pradesh en Inde visant à accroître l'accès à tous à des services médicaux spécialisés a mis en évidence le besoin d'une couverture plus étendue au niveau des soins de santé primaires qui prend en considération le contexte des familles vulnérables. Les réseaux d'experts en financement de la santé travaillant en Asie, en Afrique et en Amérique latine – et collectivement à l'échelle mondiale – ont démontré le besoin d'avoir des outils d'analyse du financement de la santé plus pertinents. Les données probantes ont démontré les répercussions d'appauvrissement à long terme sur les familles liées à des dépenses de santé personnelles et ont validé le besoin pressant de mécanismes de couverture sanitaire universelle

exhaustifs et intégrés qui offrent un accès équitable à des services nécessaires de qualité ainsi qu'à une protection contre le risque financier.

En Afrique de l'Ouest : Exposer les conséquences inattendues de l'abolition des frais d'utilisation

De 2009 à 2012, des chercheurs dirigés par le Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL⁶⁵), au Niger, ont analysé les efforts déployés par les gouvernements du Burkina Faso, du Mali et du Niger en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé maternels et infantiles, y compris la suppression des frais d'utilisation des services de santé.⁶⁶ Les données ci-dessous indiquent que malgré des gains importants dans la réduction de la mortalité maternelle, des progrès insuffisants étaient réalisés par rapport à l'atteinte de l'objectif du Millénaire pour le développement lié à la mortalité maternelle.

Afin de se pencher sur les priorités en matière de santé maternelle et infantile, les gouvernements ont réduit ou éliminé les frais rattachés au traitement et à la prévention du VIH et du paludisme, aux césariennes et aux autres interventions pratiquées pendant l'accouchement ainsi qu'aux soins prodigués aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans. Le gouvernement du Niger a même exempté les femmes des frais reliés à la contraception et au traitement contre le cancer.

Les travaux de recherche ont confirmé que l'élimination des frais de santé accroît nettement l'utilisation des services de santé par les femmes les plus démunies, mais ont également révélé que la planification et la mise en oeuvre inadéquates de l'abolition de ces frais pouvaient nuire à la qualité des services offerts. Les façons dont les gouvernements ont instauré l'exemption des frais de santé ont exercé des pressions additionnelles sur les systèmes de santé, qui étaient déjà fragiles.

Tableau 3. Tendances dans les estimations du taux de mortalité maternelle au Burkina Faso, au Mali et au Niger, de 1990 à 2015

Pays	Taux de mortalité maternelle en 1990	Taux de mortalité maternelle en 2000	Taux de mortalité maternelle en 2015	Pourcentage de variation du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 ⁶⁷	Progrès accomplis à l'égard de l'objectif du Millénaire pour le développement 5A ⁶⁸
Burkina Faso	727	547	371	49%	Progrès insuffisants
Mali	1010	834	587	41.9%	Progrès insuffisants
Niger	873	794	553	36.7%	Progrès insuffisants

Source : OMS et al., (2015) *Trends in maternal mortality, 1990 to 2015 (en anglais seulement)*.
Estimations par l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF, le FNUAP, le groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies, annexe 19, p. 70.

Les chercheurs ont relevé plusieurs « effets non voulus » des politiques qui n'avaient pas été mises en oeuvre adéquatement. Les frais d'utilisation ont perduré pour les coûts non couverts par les services de soins de santé « gratuits » ainsi que des coûts indirects liés au transport et à la nourriture, et des « paiements sous la table » au personnel de santé. Règle générale, les installations devaient d'abord fournir les services et ensuite demander un remboursement auprès des ministères de la Santé centraux. Des retards de remboursement entraînaient un manque de fonds pour acheter des fournitures médicales et des médicaments; les patients devaient donc les acheter auprès du secteur privé. Notamment, les sirops pour enfants ont disparu car ils étaient trop chers. Il était donc difficile pour les mères d'administrer correctement des médicaments à leurs enfants (Diarra et Ousseini, 2015 : 6).

Les pays qui ont tenté de mettre en place ces subventions ont été confrontés à des défis précis d'élaboration de politiques publiques. Les décisions stratégiques étaient fréquemment annoncées soudainement, en raison de la pression internationale et les

préoccupations politiques internes. Il y avait un manque de coordination entre les partenaires techniques et financiers qui souvent ne connaissaient pas les conditions locales et qui n'étaient pas tenus de rendre des comptes pour les conséquences de leurs interventions. La planification et la préparation insuffisantes des systèmes nécessaires (p. ex. mécanismes de remboursement rapides pour les services des établissements de santé) ont mené à de nombreux engorgements, comme il est clairement documenté dans un film⁶⁹ au sujet de l'expérience au Niger. Le fait de ne pas faire de suivi, d'évaluer les résultats ou de prendre en considération les données de la recherche ont fait en sorte qu'il soit difficile de prévoir ou de régler les problèmes opérationnels. Un manque de préparation et de communication efficace avec les principaux acteurs – y compris le personnel de santé, les comités de santé, les autorités locales et les utilisateurs – a mené à une démotivation et à une résistance à l'égard de la mise en oeuvre des politiques. Par ailleurs, les utilisateurs ne pouvaient pas demander des services de qualité. Plus important encore, il y avait une tendance de recentraliser les décisions et le financement, à des endroits où le processus de décentralisation venait juste de commencer (Olivier de Sardan et Ridde, 2015 : 4). Ces réflexions ont servi à souligner la complexité qu'entraîne la mise en place d'un changement durable autour de politiques bien intentionnées. Les données probantes ont également indiqué le besoin d'approches plus complètes plutôt que des approches fragmentaires en ce qui concerne l'amélioration de l'accès à des services de santé maternelle de qualité.

En Inde : Faire avancer la couverture sanitaire universelle

Comme il a été discuté dans la partie 1, un consensus mondial a créé un élan envers la couverture sanitaire universelle comme moyen essentiel de surmonter les mauvais résultats de santé associés à des services fragmentés, à des lacunes des régimes d'assurance, à des dépenses personnelles, et aux frais d'utilisation des services. Malgré sa taille et sa complexité, l'Inde démontre comment des progrès envers la couverture sanitaire universelle

Tableau 4. Dépenses de santé personnelles en Inde

Indicateur	1995	2014
Dépenses de santé personnelles (% de l'ensemble des dépenses de santé)	67	62
Dépenses de santé personnelles des dépenses privées de santé)	91	89

Source : Base de données des dépenses de santé mondiale de l'OMS –
Inde <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

peuvent être réalisés. Ces efforts exhaustifs sont nécessaires pour améliorer les résultats de santé pour les vulnérables, et fournir les services nécessaires, particulièrement pour la santé reproductive, maternelle et infantile.

L'Inde est le deuxième pays le plus peuplé au monde et 1,3 milliard de citoyens, à l'heure actuelle, paient un grand nombre de leurs besoins médicaux directement de leur poche.

Les défis à surmonter pour réformer le système sont intimidants, et, en 2005, la Commission nationale sur la macroéconomie et la santé a déclaré :

Le défi principal de l'Inde consiste à créer un système de santé durable. Des stratégies sélectives et fragmentées ainsi qu'un manque de ressources ont fait en sorte que le système de santé ne soit pas tenu de rendre des comptes, qu'il soit déconnecté des objectifs en santé publique, et qu'il soit mal équipé pour répondre aux attentes croissantes de la population, en plus de ne pas être en mesure de protéger les pauvres contre le risque financier. (Gouvernement de l'Inde, 2005 : 4)

En dépit des difficultés, des efforts considérables ont été déployés pour mieux répondre aux besoins en matière de santé des plus pauvres. Les recherches ont aidé à créer des bases de connaissances importantes et, en 2011, un groupe d'experts de premier plan sur la couverture sanitaire universelle ont examiné les expériences nationales et ont formulé des recommandations

pour mettre en oeuvre progressivement la [couverture sanitaire universelle](#)⁷⁰ à l'échelle du pays (Planning Commission of India, 2011). Les exemples suivants font état des conseils et de l'expérience tirés de la mise en oeuvre méthodologique et des leçons tirées des efforts à attaquer la tâche difficile de financer les services de santé.

Leçons tirées de l'État de l'Andhra Pradesh

En Inde, des travaux importants sur les systèmes de santé doivent être entrepris au niveau de l'État, en raison de leur responsabilité de fournir des soins de santé. Plusieurs États font l'essai de solutions de financement des soins de santé novateurs en vue d'améliorer l'accès aux soins. En 2007, l'État de l'Andhra Pradesh a lancé le régime d'assurance-maladie communautaire Rajiv Aarogyasri (Aarogyasri) afin de fournir une couverture universelle en améliorant l'accès à des soins médicaux spécialisés de qualité aux pauvres de l'État, tant en région urbaine qu'en région rurale (Rao et al., 2014).

Aarogyasri était l'un des régimes de soins de santé les plus complets en Inde. Il s'agissait d'un régime d'assurance-maladie offert dans tout l'État, et financé au complet par celui-ci, auquel toutes les familles qui se situaient au-dessous d'un seuil de pauvreté précisé étaient automatiquement inscrites. À titre de partenariat public-privé, 342 hôpitaux des secteurs public et privé étaient officiellement enregistrés pour fournir des services aux bénéficiaires du régime Aarogyasri (Fan, Karan et Mahal, 2012).

Une brève évaluation en 2008 a toutefois relevé des lacunes, et les représentants de l'État ont commandé une évaluation pour déterminer les leçons qui pourraient servir à renforcer la mise en oeuvre et les répercussions. Dirigée par l'Administrative Staff College of India, à partir de 2011, l'évaluation a confirmé de nombreux avantages du régime – 80 % de la population de l'État était couverte, et 85 % de ces familles étaient au courant qu'elles étaient couvertes (Bergkvist et al., 2014). Une comparaison

ajustée avec l'État voisin de Maharashtra a suggéré que le régime améliorerait l'accès dans l'État d'Andhra Pradesh, particulièrement pour les hospitalisations et les chirurgies par habitant, et réduisait la croissance des dépenses personnelles par admission, bien que cette croissance réduite était évidente seulement parmi les mieux nantis (Bergkvist et al., 2014 : 41 et 42).

Par ailleurs, seulement 25 % des répondants savaient que l'ensemble des avantages du régime Aarogyasri couvrait une liste précise d'interventions coûteuses et jusqu'à 60 % croyaient que tous les problèmes de santé étaient couverts. Un grand nombre d'entre eux n'étaient pas au courant des droits disponibles – comme la subvention de transport ou les soins de suivi après le congé de l'hôpital – ou ne les ont pas réclamés. Environ 14 % des répondants s'étaient fait refuser du soutien financier dans le cadre du régime Aarogyasri, la plupart du temps parce que leur maladie n'était pas couverte (Bergkvist et al., 2014 : 42).

Les plus pauvres ont subi des conséquences désastreuses. Des études de cas détaillées ont documenté comment certains patients ont continué à engager des dépenses personnelles importantes – et se sont endettés – pour des interventions qu'ils croyaient couvertes en vertu du régime d'assurance Aarogyasri. Les études de cas ont relevé un manque de confiance répandu parmi les populations vulnérables pour chercher de l'information sur la façon d'utiliser le système ainsi que sur « la méfiance et la peur au sujet des régimes et des installations de soins de santé de l'État » de manière générale (Narasimhan, 2014 : 94). Une réflexion importante voulait que le régime soit uniquement axé sur les soins médicaux spécialisés, et supplantait la prévention primaire. De plus, le coût des médicaments était seulement couvert s'il y avait hospitalisation. Pour les plus pauvres, tous les besoins en matière de soins de santé pourraient facilement mener à une ruine financière et sociale, surtout dans les ménages les plus vulnérables. Les auteurs ont tiré la conclusion suivante : « Un régime de financement de la santé publique peut seulement

être efficace dans un pays comme l'Inde s'il élargit sa définition » en vue d'inclure des services comme ceux de santé maternelle et infantile (Narasimhan, 2014 : 95). Ils ont pressé les dirigeants d'examiner les obstacles persistants financiers et non financiers, et d'utiliser des données probantes pour concevoir une stratégie de couverture sanitaire universelle accessible à tous (Narasimhan, 2014 : 96). Ils se sont également penchés sur le besoin de soins de santé primaires de qualité gratuits (Narasimhan, 2014 : 94).

Cette expérience démontre comment les besoins précis en santé des groupes défavorisés peuvent être « oubliés » et pourquoi les enjeux entourant la santé reproductive, maternelle et infantile doivent être intégrés au centre des processus de planification.

Renforcer la capacité de l'État de mettre en oeuvre une couverture sanitaire universelle

S'appuyant sur cet ensemble de données probantes, la Public Health Foundation of India (PHFI) a travaillé depuis 2013 avec plusieurs établissements et décideurs des États en vue de préparer une mise en oeuvre par étape de la couverture sanitaire universelle par la définition et la projection des coûts pour créer un **bouquet de services essentiels**⁷¹ beaucoup plus large qui s'adapterait aux différents états. Le cadre provisoire découlant de ce travail⁷² couvre 492 services de santé – de la promotion de la santé jusqu'aux soins palliatifs – regroupés en quatre vastes catégories, y compris la santé des femmes et des enfants, les maladies transmissibles et non transmissibles, et des déterminants plus vastes sélectionnés de la santé. (Bhatt et al., sans date). La PHFI a également aidé les États à estimer les coûts de traitement et à définir les voies de soins intégrés pour la gestion des maladies qui représentent les coûts et la charge de morbidité les plus élevés. Les solutions pratiques fondées sur des données probantes élaborées par la PHFI visent à aider les États indiens à étendre la couverture sanitaire universelle d'une manière durable qui pourra servir de modèle pour d'autres pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire.

À l'échelle mondiale : Des réseaux régionaux qui font progresser la couverture sanitaire universelle

Comme l'OMS l'a fait remarquer en 2013, un des besoins prioritaires pour progresser vers la couverture sanitaire universelle est la production de travaux de recherche et de données probantes pertinentes. L'un des plus grands défis est de mettre au point des méthodologies pour analyser les mécanismes de financement de la couverture universelle. La couverture sanitaire universelle place la population au centre de l'équation, mais la plupart des méthodologies ne sont pas sensibles à des groupes précis, comme ceux qui ont besoin de services de soins de santé reproductive, maternelle et infantile. Entre 2006 et 2011, trois réseaux de financement de la santé régionaux en Amérique latine, en Asie et en Afrique se sont penchés sur les méthodologies pour renforcer l'équité et créer un espace budgétaire pour couvrir les coûts d'un ensemble de services de santé pertinent. Individuellement et collectivement, le réseau a établi une base de données probantes substantielle pour orienter les pays, et a contribué grandement au discours mondial sur l'avancement de la couverture sanitaire universelle.

Entre 2008 et 2011, Equity in Asia-Pacific Health Systems (EQUITAP)⁷³ a regroupé des connaissances dans 20 pays au sujet de l'ampleur des dépenses personnelles et des répercussions sur les familles. Dans ses études, EQUITAP a évalué la valeur des données produites par les outils existants, comme des enquêtes nationales sur les dépenses des ménages et a relevé un certain nombre de défis méthodologiques et conceptuels. Ce travail a apporté une contribution importante au débat sur les méthodologies et le soutien dont les gouvernements nationaux ont besoin pour mettre en oeuvre efficacement la couverture universelle.

L'étude de Rannan-Eliya et al., 2012 a démontré que les enquêtes nationales sur les dépenses des ménages étaient une source importante de données probantes et d'information sur les obstacles auxquels sont confrontés les ménages par rapport à l'accès aux soins

de santé et aux répercussions financières des dépenses personnelles. Cela signifiait que les données pouvaient servir à évaluer ces problèmes sans qu'il soit nécessaire de commander de nouvelles enquêtes dispendieuses. Il y avait par contre des limites importantes aux données probantes obtenues à partir de ces enquêtes. En particulier, les incohérences méthodologiques faisaient en sorte qu'il soit difficile de mener des études comparatives au fil du temps et entre pays. Les coûts devaient être clairement et communément définis, et mesurés systématiquement. Il y avait une possibilité de faire des progrès dans ce secteur, comme plus de pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire compilaient des mesures comparables à l'échelle internationale en ce qui concerne les dépenses en santé au moyen d'un cadre de comptabilité de santé national (Rannan-Eliya et al., 2012 : 25).

Plus fondamentalement, il a été reconnu que la plupart des enquêtes ne produiraient pas un échantillon suffisant pour analyser séparément les dépenses maternelles personnelles car l'utilisation des soins de santé maternels survient relativement peu fréquemment pendant la vie d'une femme. Il faudrait soit des échantillons beaucoup plus importants, soit des enquêtes spécialisées distinctes. De plus, comme dans les exemples antérieurs, les données existantes excluaient de nombreuses naissances car elles avaient lieu à la maison et n'étaient pas comptabilisées (Rannan-Eliya et al., 2012 : 25).

Les recherches existantes sont limitées quant il s'agit des coûts des soins anténataux et des soins obstétricaux, sans tenir compte des coûts indirects d'accès aux soins (Brearley et al., 2012). Par exemple, les familles ont engagé des coûts d'opportunité importants en prenant le temps d'obtenir les soins nécessaires, en plus des perturbations aux activités rémunératrices car ils ont dû s'occuper des membres de la famille malades. Les recherches ont confirmé que, dans la plupart des pays, la combinaison de ces pertes financières et du temps pour accéder à des soins de santé

maternelle et infantile contribuaient souvent à l'appauvrissement des ménages. On avait recours à des stratégies d'adaptation universelles, comme emprunter de l'argent et faire des coupures au niveau de la nourriture ou de l'éducation, ce qui avait des répercussions négatives à long terme qui allaient bien au-delà des coûts directs initiaux. Comme la période de temps utilisée pour la plupart des enquêtes sur les coûts des soins de santé maternelle, néonatale et infantile n'était pas assez longue, il était essentiel d'investir dans des enquêtes longitudinales sur les ménages pour examiner les effets à plus long terme des paiements catastrophiques pour des soins de santé maternelle, néonatale et infantile (Brearley et al., 2012 : 32).

EQUITAP a trouvé que seulement certaines enquêtes intégraient des modules détaillés sur la santé qui comprenaient des questions sur la maladie, les raisons de ne pas chercher à obtenir des soins de santé lorsque ceux-ci seraient nécessaires, ainsi que les types et les coûts de la prestation des services de santé utilisés. Ils ont conclu que même si les modules de santé existants étaient améliorés, ils ne pourraient pas fournir des données exhaustives sur tous les obstacles aux soins de santé. Une recommandation finale était donc que le travail sur les coûts des soins de santé maternelle, néonatale et infantile devait puiser de la documentation sur la pauvreté et de ses mesures multidimensionnelles du bien-être du ménage. Regrouper plus d'enquêtes systématiques sur les dépenses en santé avec des enquêtes de consommation nationales mieux conçues pourrait aider à définir de manière plus réaliste les niveaux des coûts des soins de santé maternelle, néonatale et infantile et les répercussions financières (Brearley et al., 2012 : 32).

Des recherches semblables ont été menées en Amérique latine, qui a fait face pendant longtemps à un accès inéquitable aux services de soins de santé et à une protection financière limitée pour les pauvres. En 2012, le réseau régional Latin American Research Network on Equity and Health Systems (LANet-EHS) a

publié *Financing Health in Latin America*⁷⁴ (Knaul et al., 2012) afin de faire part de ses constats substantiels sur les niveaux et les déterminants des dépenses en santé catastrophiques à l'échelle de la région. La principale question de recherche visait à déterminer si les réformes appuyées et les mécanismes élaborés avaient en effet offert de la protection financière contre les risques liés à la santé et aux finances.

La recherche a considérablement renforcé la base de données probantes sur les dépenses en santé et l'appauvrissement connexe à l'échelle de la région. Pour la première fois, elle a regroupé des données de neuf pays et a entrepris une étude comparative de l'Argentine, du Brésil, du Chili, de la Colombie, du Costa Rica, de la République dominicaine, du Guatemala, du Mexique et du Pérou qui, ensemble, représentent 85 % de la population de l'Amérique latine. Les constats ont confirmé qu'en raison de dépenses élevées en santé, un grand nombre de personnes, particulièrement les populations les plus vulnérables, avaient été condamnées à la pauvreté, et ont dû faire face à la maladie, à la ruine financière et à l'appauvrissement. Surtout, la recherche a relevé les groupes précis les plus vulnérables à des dépenses onéreuses en matière de santé qui pouvaient les appauvrir dans chaque pays. Dans l'ensemble, les ménages ruraux pauvres avec des enfants ou des personnes âgées étaient les plus vulnérables (Knaul et al., 2012 : 67).

Le réseau LANet-EHS a contribué de manière importante à l'innovation méthodologique pour la région en jetant les bases pour des comparaisons systématiques entre les pays. Les chercheurs ont discuté des restrictions des méthodologies existantes et ont élaboré des définitions variables communes pour les unités d'analyse et de mesures, et les stratégies de mesures. Ils ont également mis au point une méthodologie comparative. Comme EQUITAP, les chercheurs ont souligné le besoin pressant envers des données de qualité pour appuyer les analyses longitudinales des dépenses en santé des ménages :

[...] en plus de déterminer si les ménages connaissent des dépenses en santé catastrophiques ou appauvrissantes, et le nombre de ménage touché et lesquels sont touchés le cas échéant, il faut également savoir pendant combien de temps les ménages demeurent dans une situation financièrement vulnérable après qu'ils se remettent de ces chocs, et s'ils sacrifient éventuellement leur santé en ne dépensant pas l'argent. (Knaul et al., 2012 : 13)

Le réseau Strategies for Health Insurance for Equity in Less Developed Countries (réseau SHIELD), actif en Afrique subsaharienne, a renforcé les méthodologies existantes pour informer les gouvernements sur les façons d'évaluer des stratégies de financement précises. La plupart des pays dans la région ont eu recours à une forme quelconque d'assurance pour financer les services de santé. La question était de déterminer comment inclure ceux dans le secteur informel ainsi que les plus pauvres qui ne peuvent pas payer les primes.

Sous l'angle de l'équité, SHIELD a examiné s'il était plus équitable et efficace de couvrir les primes « par des régimes d'assurance exigeant des contributions (avec des subventions pour les plus pauvres) ou par du financement par voie d'imposition » (McIntyre et Mills, 2012 : i1).

Les chercheurs ont évalué les systèmes de santé au Ghana, en Afrique du Sud et en Tanzanie en examinant les différents mécanismes de financement, y compris

un impôt sur la santé au Ghana (la taxe de l'assurance-maladie nationale, qui correspond à un montant supplémentaire de 2,5 % à la taxe sur la valeur ajoutée); des cotisations privées volontaires à l'assurance-maladie en Afrique du Sud; des cotisations obligatoires à l'assurance-maladie pour les travailleurs du secteur formel et cotisations à l'assurance-maladie selon les districts par ceux à l'extérieur du secteur formel au Ghana et en Tanzanie. (McIntyre et Mills, 2012 : i2)

Les constats ont été publiés dans un numéro spécial de 2012 de la revue *Health Policy and Planning*.⁷⁵ Deux résultats globaux importants ont contribué au discours mondial sur la couverture sanitaire universelle.

- 1. Il fallait absolument que la couverture sanitaire universelle englobe non seulement les mécanismes financiers mais également les meilleures façons de promouvoir l'accès à des soins de santé nécessaires de manière universelle.** Les chercheurs ont amélioré des méthodologies précises pour intégrer des analyses d'équité en appliquant des analyses de l'incidence des avantages sur les services du secteur privé et du secteur public. Ils ont également remis en question l'hypothèse qui prévaut, selon laquelle le besoin pour des soins de santé était le même à l'échelle de différents groupes socio-économiques en appliquant une définition d'équité pour l'utilisation des services, c'est-à-dire « l'utilisation conforme au besoin » (McIntyre et Mills, 2012 : i2). Les résultats ont comparé la répartition des avantages de services avec la répartition d'une mesure des besoins en matière de soins de santé à l'échelle de différents groupes de population. Il est ressorti de ces analyses combinées du financement et de l'incidence des avantages des connaissances au sujet de l'étendue de l'interfinancement fondé sur le revenu et sur les risques au sein des systèmes de santé des trois pays.
- 2. Il fallait absolument mobiliser activement un large éventail de parties prenantes en vue d'arriver à un consensus par rapport à l'interfinancement des pauvres.** Reconnaissant que les systèmes de santé universels « sont fondés sur la solidarité sociale » (Goudge et al., 2012), les chercheurs ont exploré à quel point le public était prêt à contribuer aux mécanismes qui permettraient l'interfinancement des services pour les plus pauvres. Les méthodologies pour analyser les points de vue des parties prenantes ont été appliquées en Afrique du Sud et en Tanzanie, et les résultats ont souligné le besoin de créer activement un consensus parmi les parties prenantes au sujet de la

couverture sanitaire universelle. Cette recherche est importante parce qu'elle a permis de faire passer le discours et la pratique de la couverture sanitaire universelle d'une discussion technique étroite et principalement économique à un processus politique et social plus vaste nécessitant la contribution de toutes les parties prenantes.

Les trois réseaux sont parvenus à des conclusions similaires : les outils existants étaient limités et il y avait un besoin urgent d'élaborer des outils plus appropriés, y compris des définitions et des indicateurs uniformes qui favoriseraient les études comparatives au fil du temps et de part et d'autre de frontières géographiques. Il était nécessaire de passer au-delà des analyses des coûts directs pour examiner les coûts indirects et se pencher sur l'accès aux services. Il y avait un besoin essentiel de créer des bases de données probantes plus rigoureuses, particulièrement en ce qui concerne les études longitudinales, afin de montrer les répercussions à long terme des dépenses en santé sur le bien-être des ménages. Finalement, les efforts ont démontré que le financement équitable de la couverture sanitaire universelle n'était pas juste un exercice technique, mais qu'il fallait également une volonté politique et un sentiment de solidarité sociale à l'échelle de la population pour permettre une mise en oeuvre efficace.

En 2011, SHIELD, EQUITAP et LANet-EHS ont décidé d'unir leurs forces et de collaborer sous le nom du GNHE⁷⁶ en vue d'accroître leur visibilité et leurs répercussions dans la campagne mondiale pour la [couverture sanitaire universelle](#).⁷⁷ Le GNHE a soutenu que la couverture sanitaire universelle devait englober l'accès aux services de santé nécessaires de qualité suffisante pour être efficace, ainsi que la protection contre les risques financiers pour tous. En décembre 2012, le Réseau a demandé aux organismes internationaux, y compris l'OMS et l'UNICEF, de reconnaître la nécessité d'inclure les progrès envers la couverture sanitaire universelle⁷⁸ comme objectif de développement mondial dans les objectifs de développement durable proposés.⁷⁹ Non seulement les efforts du Réseau ont-ils contribué à inclure la couverture

Indicateurs des objectifs de développement durable pour évaluer la couverture sanitaire universelle

- 3.8.1 Couverture des services de santé essentiels
- 3.8.2 Proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion des dépenses totales ou du revenu du ménage

sanitaire universelle comme une cible dans le cadre de l'Objectif 3 (Bonne santé et bien-être)⁸⁰ mais leur travail est reflété dans les indicateurs adoptés par la Commission de statistique des Nations Unies⁸¹ en mars 2017 pour mesurer la cible.⁸²

Le GNHE a également mis au point une méthodologie intégrée qui examine la santé de manière globale⁸³ en fonction des travaux de McIntyre et de Kutzin (2016). Les membres du Réseau ont proposé d'évaluer le caractère adéquat et l'équité de l'utilisation globale des services, plutôt que de se concentrer sur quelques services (comme les soins prénataux et la vaccination). En vue de fournir du soutien pratique qui contribuera à orienter la réalisation progressive de la couverture universelle pour les pays, le GNHE a appliqué sa méthodologie à une liste grandissante d'évaluations des progrès envers la couverture sanitaire universelle de différents pays.⁸⁴

Cette recherche appuie les efforts de créer et de financer de manière durable des systèmes de santé nationaux exhaustifs et intégrés plutôt que des services sélectionnés et fragmentés, y compris la santé reproductive, maternelle et infantile. Des systèmes de santé nationaux intégrés qui sont solides n'aideront pas seulement à obtenir de meilleurs résultats en santé à grande échelle pour les populations vulnérables, y compris les femmes, les enfants et les adolescents, mais pourront également aider à prévenir et à gérer les interruptions majeures provoquées par des flambées épidémiques et d'autres urgences.

Intégrer la couverture sanitaire universelle aux objectifs de développement durable

La recherche décrite ci-dessus a contribué à une base de données probantes puissante qui a servi à garder la couverture sanitaire universelle au programme mondial. Le secrétaire général des Nations Unies a établi le [Réseau des solutions pour le développement durable](#)⁸⁵ afin de fournir du soutien technique aux processus intergouvernementaux prenant part au développement des objectifs de développement durable. Notamment, le groupe de travail thématique sur la santé était coprésidé par des chercheurs de premier plan financés par le CRDI, y compris Irene Agyepong (chercheuse spécialisée en santé publique, Ghana Health Services) et Srinath Reddy (président, Public Health Foundation of India).⁸⁶ Les délibérations du groupe de travail ont reflété le consensus croissant sur le besoin d'une compréhension exhaustive de la couverture sanitaire universelle. Leur [rapport final au Secrétaire général des Nations Unies](#)⁸⁷ en 2014 a insisté (p. 6) sur ce qui suit :

Nous sommes d'avis que la couverture sanitaire universelle, offerte dans le cadre d'un système de santé bien géré et ayant les ressources nécessaires, permettra de surmonter ces défis, ainsi que d'autres défis en matière de santé, particulièrement si elle est appuyée par des politiques dans d'autres secteurs qui font la promotion de la santé et de la durabilité de l'environnement, et qui réduisent la pauvreté. Les gouvernements doivent jouer les rôles de garant et de facilitateur, et mobiliser toutes les ressources sociétales pertinentes pour la prestation des services de santé. L'engagement national en matière de couverture sanitaire universelle doit être légalement intégré dans un cadre fondé sur les droits.

Comme les déterminants de la santé s'étendent sur différents secteurs, le programme de développement pour l'après-2015 doit favoriser les synergies et les partenariats qui coordonnent les mesures pour une meilleure santé. L'amélioration de la

santé des particuliers et des populations aidera également à atteindre d'autres objectifs de développement, comme la réduction de la pauvreté, l'autonomisation des femmes et l'éducation universelle [...]

Mis à part la valeur intrinsèque de la santé, la couverture sanitaire universelle peut créer des externalités positives pour le développement, l'autonomisation des femmes et l'équité entre les sexes, et la solidarité sociale. Au sein du secteur de la santé, on doit accorder aux soins de santé primaires la plus haute importance en raison de leurs capacités de fournir le maximum d'avantages pour la santé à toutes les parties de la société et afin de garantir des niveaux de dépenses en soins de santé durables. (Groupe thématique sur la santé pour l'ensemble du Réseau des solutions pour le développement durable, 2014 : 6-7)

Il a également été reconnu que la réalisation de la couverture sanitaire universelle serait difficile. Les pays font face à des choix difficiles sur la manière d'affecter stratégiquement des ressources souvent limitées à différentes priorités qui se font concurrence. Dans de telles situations, les besoins des femmes, des enfants et des adolescents vulnérables peuvent passer entre les mailles du filet. En 2010, l'Assemblée mondiale de la santé a demandé à l'OMS de dresser un plan d'action pour appuyer les pays qui visent à améliorer la couverture universelle. L'OMS a en retour demandé à un groupe formé d'éthiciens de la santé de l'Inde, de la Zambie, de la Thaïlande, de l'Ouganda, de l'Éthiopie, de la Norvège, du Royaume-Uni et des États-Unis d'établir des lignes directrices qui aideront les pays à résoudre les problèmes d'ordre éthique que pose la mise en place d'une couverture universelle.⁸⁸ Les recommandations principales du rapport final de l'OMS, *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle*⁸⁹ (OMS, 2014), établit trois types de stratégies pour les pays en vue d'atteindre de manière juste et progressive la couverture sanitaire universelle :

- catégoriser les services en groupes prioritaires, au moyen de critères pertinents, y compris le rapport coût-efficacité, la priorité aux plus démunis, et la protection contre le risque financier;
- étendre la couverture des services de haute priorité à tous, afin d'inclure l'élimination des paiements directs et le recours accru aux prépaiements obligatoires, progressifs et mettant en commun les fonds;
- veiller à ne pas laisser à la traîne les groupes désavantagés – le plus souvent les groupes à revenus faibles et les populations rurales.

S'assurer que les femmes, les enfants et les adolescents ne sont pas laissés pour compte

Les préoccupations au sujet de ne pas laisser pour compte les groupes défavorisés nous ramènent à l'enjeu des femmes, des enfants et des adolescents. Comment la promesse d'une couverture sanitaire universelle garantit-elle que leurs besoins seront satisfaits ? Comme nous l'avons vu dans le régime d'assurance-maladie Aarogyasri en Inde, des services importants de santé maternelle et infantile n'étaient pas couverts.

Dans le [numéro spécial sur la santé reproductive et les droits connexes](#)⁹⁰ mentionné dans la préface, Sen et Govender (2015 : 235) ont analysé le potentiel de la couverture sanitaire universelle d'améliorer la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, et de la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes de renforcer les systèmes de santé. Ils ont déconseillé de se concentrer de façon étroite sur l'aspect de la richesse de l'universalité et ont plaidé en faveur de mettre l'accès sur les femmes et les adolescents et d'accorder « une attention particulière aux inégalités croisées – l'emplacement, la race/l'appartenance ethnique/la caste, l'invalidité, ou tout autre statut pertinent. »

La couverture sanitaire universelle offre une conjoncture stratégique favorable pour faire progresser la santé des femmes,

des enfants et des adolescents. Pour y arriver, Sen et Govender ont également déconseillé d'aborder les besoins des adolescents et des femmes de manière isolée mais de plutôt les inclure de manière centrale dans les changements prévus avec des mécanismes de financement adéquats pour garantir que leurs besoins sont satisfaits. Les améliorations globales apportées au système et les services qui profitent à tous doivent être accompagnés d'une « attention particulière à ceux dont les besoins sont importants et qui sont susceptibles d'être laissés pour compte » (Sen et Govender, 2015 : 235). Une éducation sexuelle exhaustive de qualité et l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive doivent être offerts pendant toute la vie des filles et des femmes, et répondre à tout l'éventail des besoins. En raison de l'exclusion fréquente des adolescentes, mariées et non mariées, des services de santé et d'éducation, les processus de couverture sanitaire universelle doivent faire partie des mesures multisectorielles pour lutter contre les facteurs sous-jacents du mariage précoce et forcé, du manque d'accès à l'éducation et de la violence. Plus particulièrement, il faut faire des analyses comparatives et des suivis pour évaluer les progrès (Sen et Govender, 2015 : 236).

Surtout, les auteurs ont reconnu que la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes et la couverture sanitaire universelle sont

ensuite façonnés par ce qu'on peut appeler les politiques de choix et de voix – qui est à la table politique, et les intérêts qui sont efficacement représentés... Les choix principaux en matière de couverture sanitaire universelle sont presque toujours politiques et non seulement techniques... il est donc essentiel de faire appel à la participation et à la mobilisation de multiples parties prenantes, y compris non seulement des planificateurs et des technocrates, mais également des représentants de la société civile et des dirigeants politiques. (Sen et Govender, 2015 : 233-234)

Compte tenu de ces enjeux, comment les gouvernements et les parties prenantes peuvent-ils arriver à un consensus pour développer des systèmes de santé durables qui garantiront l'accès équitable et abordable à des services de qualité pour tous, sans laisser personne pour compte ?

Les chercheurs et les parties prenantes ont des leçons et des réflexions communes qui sont présentées dans la prochaine section.

Établir des systèmes de santé durables et équitables en renforçant la reddition de comptes et la gouvernance

Les données probantes ont démontré comment les services nécessaires pour les groupes vulnérables peuvent être fragmentés et de mauvaise qualité. Il est impératif de renforcer la reddition des comptes, la gouvernance et l'intendance des ressources en santé pour aider à garantir que les décisions et l'affectation des ressources sont effectuées de manière stratégique et constante pour aborder de manière durable les besoins en santé des populations vulnérables. Cela nécessite que le large éventail d'acteurs du système de santé assument leurs responsabilités précises – de l'échelle communautaire jusqu'à l'échelle mondiale. Si des services de qualité ne sont pas accessibles et abordables aux personnes au point de prestation des services, le système de santé ne fonctionne pas correctement. Les utilisateurs doivent prendre part à la surveillance des systèmes et demander des comptes à ceux qui ont la responsabilité de fournir les services.

Les prochains exemples illustrent comment les chercheurs et les parties prenantes au Guatemala, en Afrique du Sud et en Ouganda ont travaillé avec les communautés vulnérables en vue d'obliger les autorités à rendre des comptes pour les services fournis. Les efforts ont porté leurs fruits, et ont mené, entre autres,

à l'amélioration des services de santé maternelle et infantile dans les communautés participantes dans les régions rurales de l'Ouganda. En Afrique orientale, centrale et australe, l'expérience d'EQUINET démontre comment il est possible de renforcer la gouvernance à grande échelle en travaillant avec les autorités pour faire le suivi du niveau d'équité dans les systèmes de santé nationaux et permettre la surveillance régionale collective. Cette recherche fournit également des données probantes sur les facteurs globaux systémiques qui influent négativement sur les efforts d'amélioration des services de santé, y compris les services qui visent les femmes, les enfants et les adolescents. Finalement, nous examinons comment les chercheurs, les praticiens et les décideurs établissent les relations de confiance nécessaires à l'échange de points de vue critiques, ce qui est essentiel pour permettre le renforcement de la gouvernance et l'établissement de systèmes de santé qui sont redevables et adaptés aux besoins des populations desservies.

Au Guatemala : Améliorer la surveillance autochtone du rendement des systèmes de santé

Pays à revenu intermédiaire, le Guatemala a néanmoins l'un des plus hauts taux de mortalité maternelle en Amérique latine – 88 décès pour 100 000 naissances vivantes – par rapport à un taux de mortalité maternelle moyen global de 67 pour le continent (OMS et al., 2015). Les populations autochtones du pays en région rurale figurent parmi ceux qui ont les pires résultats de santé. Ce groupe a été traumatisé par des décennies de guerre civile, pendant laquelle les forces gouvernementales ont utilisé de façon répandue de la torture et les assassinats. La violence a laissé des cicatrices psychologiques et sociales profondes chez la population, a créé un manque de confiance généralisé à l'égard des autorités et des institutions, et a miné la participation sociale et politique. Parmi les cibles de la répression gouvernementale se trouvaient les dirigeants locaux et communautaires, y compris les intervenants en santé et les sages-femmes traditionnelles, les enseignants en milieu rural et les agents de vulgarisation agricole,

en bref, les personnes mêmes qui encourageraient habituellement l'action civique et le développement dans les collectivités rurales (Flores, Ruano et Funchal, 2009). Ces pertes ont été un facteur important qui a empêché les communautés autochtones de faire valoir leurs droits, y compris le droit à des services de santé de qualité.

Bien que des réformes juridiques progressistes adoptées depuis la fin de la guerre ont visé à mettre fin à la discrimination, les communautés rurales – et particulièrement les populations autochtones – ont continué de recevoir des traitements et des services inférieurs par les cliniques de santé disparates du pays. Parmi les plaintes les plus courantes, on retrouve le manque de respect de la part des travailleurs de la santé et des autorités, des pénuries fréquentes de médicaments et d'autres fournitures médicales, et des heures d'ouverture des cliniques incertaines.

En sensibilisant et en éduquant les communautés autochtones sur les droits de santé, et en mobilisant les membres comme citoyens au coeur des systèmes de surveillance de la santé, le [Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud](#)⁹¹ donne aux personnes les outils nécessaires pour faire valoir leurs droits, exiger la reddition des comptes, et réacquérir les compétences essentielles pour la participation civile.⁹²

D'abord mis à l'essai sur le terrain dans six municipalités rurales entre 2006 et 2010, le système de surveillance a maintenant été étendu à 20 municipalités rurales supplémentaires. Au cours de la première phase, les comités locaux ont recueilli de l'information sur le rendement des services de santé quatre fois par année, l'ont analysée et ont fait rapport à leur commission de développement municipal. Les discussions ont donné lieu à l'élaboration de plans d'action. Le comité directeur a ensuite vérifié si les activités indiquées dans les plans d'action avaient été mises en oeuvre. Les constats ont été intégrés aux cycles successifs d'évaluation et de peaufinage pour veiller à ce que cette action concertée améliore l'accès équitable et la reddition de comptes.⁹³

Dans la phase 2, le point de départ a été la mobilisation de masse et la formation dans les collectivités ciblées afin d'améliorer les connaissances sur le droit à la santé en vertu du cadre juridique du Guatemala. En tant que base au suivi participatif des services de santé, les membres de la communauté ont été formés sur l'utilisation d'outils audiovisuels – caméras et autres appareils d'enregistrement – afin de recueillir des preuves des infractions au droit à la santé, et sur des stratégies de défense des intérêts pour mobiliser les demandes de la communauté à l'égard de la reddition des comptes de la part des autorités sanitaires. Les chercheurs ont fait l'essai de l'utilisation de téléphones cellulaires et de données obtenues grâce à l'impartition à grande échelle, et une plateforme en accès libre a été lancée en 2014. Les utilisateurs des services de santé ont donc pu consigner et préciser l'emplacement des écarts et des infractions au sein des services de santé, comme le manque de fournitures ou de personnel, ou le mauvais traitement des patients. La cartographie visuelle sur le site Web a été largement accessible, et a permis une autre façon de promouvoir la reddition des comptes.

Surtout, l'ensemble des rapports de pouvoir ont changé. Les comités directeurs comportant plusieurs parties prenantes, y compris des travailleurs en santé et des représentants de différentes administrations municipales et organismes communautaires, ont aidé à rétablir la confiance entre les citoyens et les autorités sanitaires en les rassemblant pour évaluer les établissements de soins de santé et les expériences des familles dans ceux-ci, et en faire rapport. Les comités ont gagné la confiance nécessaire pour se mobiliser au niveau national avec les parlementaires, le ministère de la Santé, le Bureau de l'Ombudsman national et d'autres instances nationales de protection des droits de la personne. Par l'entremise de ces processus, les communautés ont obtenu une meilleure reddition de comptes de la part des autorités locales et nationales. De plus, ils ont vu des changements tangibles dans la qualité des soins : les travailleurs en soins de santé abusifs ont été sanctionnés, les patients sont

traités avec plus de respect, les gouvernements municipaux ont affecté du financement pour payer le transport d'urgence et acheter des médicaments supplémentaires. Ces changements importants étaient nécessaires pour améliorer les efforts en vue de réduire les taux de mortalité maternelle élevés dans les communautés.

En Afrique du Sud et en Ouganda : Améliorer l'apport des citoyens aux systèmes de santé

En Afrique du Sud et en Ouganda, le droit à la santé est reconnu par la Constitution, et les gouvernements ont fait la promotion de la participation communautaire par l'établissement de comités sur la santé. Par contre, une participation significative à la prise de décisions liées aux soins de santé n'a pas été réalisée.

De 2012 à 2015, le [CEHURD](#)⁹⁴ de l'Ouganda et la [School of Public Health and Family Medicine de l'Université du Cap \(UCT\)](#)⁹⁵ ont travaillé avec des comités de santé, la société civile et les autorités locales pour définir des moyens pour mieux outiller les comités de santé à remplir leur rôle de favoriser la participation des citoyens pour façonner des systèmes de soins de santé adaptés aux besoins. De la recherche formative dans deux districts ruraux en Ouganda et dans la région métropolitaine du Cap en Afrique du Sud ont consigné les défis, y compris un manque de compréhension au sujet des rôles et des responsabilités, des compétences insuffisantes, des canaux de communication faibles, et de mauvais liens avec les autres acteurs du système de santé (London et Mulumba, 2013). Le CEHURD et l'UCT ont fourni de la formation contextualisée et novatrice, ainsi que des programmes de renforcement des capacités à des comités de santé sélectionnés, et ont appuyé le réseautage avec d'autres organisations de la société civile à l'échelle locale, nationale et régionale, et à l'échelle du district.

Les efforts déployés se sont traduits par des résultats notables, y compris pour la santé des mères et des enfants. Par exemple, le comité de la santé de Nyamiringa en Ouganda a réussi à convain-

cre les représentants du district de rendre la salle de maternité fonctionnelle et de construire un logement pour les employés. En fin de compte, on a ajouté aux employés du centre de santé local une sage femme, un clinicien et un technicien de laboratoire. Faire appel à la société civile à l'échelle nationale a fait en sorte qu'il soit possible de demander l'intervention de la commission ougandaise des droits de la personne et du ministère de l'Eau pour régler les problèmes de débranchement de l'eau et du manque d'approvisionnement en eau dans un certain nombre de cliniques et d'hôpitaux du district. Les comités de santé du Cap ont réussi à mobiliser les responsables en ce qui concerne l'institutionnalisation de leur rôle au sein des processus de planification du ministère de la Santé.

Les résultats ont toutefois démontré que les efforts en vue de renforcer la capacité des comités de santé devaient être intégrés dans des stratégies plus vastes de renforcement des systèmes de santé plutôt que d'être gérés comme des interventions isolées. Les comités de santé devaient être liés collectivement à des structures plus élevées de la métropole et du district afin que les commentaires et la rétroaction de l'échelle locale puissent se rendre à ceux responsables des décisions et de l'affectation des ressources à l'échelle régionale et nationale.

Au Cap, un **réseau d'apprentissage**⁹⁶ a été établi pour les membres compétents et motivés de différents comités individuels. Le réseau a créé des occasions pour l'échange d'information et le renforcement supplémentaire des capacités. Par conséquent, il a de plus en plus fourni un leadership collectif et une voix aux comités de santé individuels dispersés. Des structures de santé officielles y ont fait appel pour faciliter les dialogues et la mobilisation à un niveau plus élevé par rapport à des problèmes de santé émergents.

Les résultats ont également souligné l'importance de mobiliser les fournisseurs de services de santé et les gestionnaires dans ces processus car, s'ils n'y participent pas, il pourrait y avoir des

disputes et de la résistance à l'égard des comités de santé. Il était nécessaire de comprendre les points de vue des fournisseurs de soins de santé, ainsi que leur milieu, leurs besoins, et les exigences auxquelles ils étaient confrontés en raison des structures plus élevées. Cette compréhension pourrait aider les structures communautaires à appuyer les fournisseurs de soins de santé à remettre en question la direction pour mieux répondre aux besoins de la communauté.

En même temps, les comités de santé devaient être crédibles aux yeux des communautés qu'ils représentaient en rendant des comptes par l'entremise d'un engagement régulier avec les membres de la communauté et en incluant des représentants de différents groupes, surtout les plus vulnérables.

Les comités de santé qui travaillent de leur propre chef étaient moins en mesure de lutter de manière durable contre les causes systématiques sous-jacentes de la mauvaise santé, comme la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et la déstabilisation sociale. La collaboration avec d'autres organisations de la société civile pourrait améliorer leur efficacité, comme le démontre l'enjeu d'approvisionnement en eau en Ouganda. Le réseau d'apprentissage du Cap a également travaillé avec d'autres organisations de la société pour élaborer des plans en vue du renforcement **communautaire** des systèmes afin de régler plusieurs problèmes sociaux sous-jacents.

La principale conclusion était que la mobilisation communautaire durable exigeait que les gouvernements reconnaissent et intègrent les comités de santé dans leurs systèmes de santé de façons qui permettent de maintenir leurs rôles d'agents autonomes. Autrement dit, apprendre à créer des relations de travail efficaces avec toutes les parties prenantes principales est un élément essentiel des systèmes de santé et de la promotion de bonnes conditions de santé.

En Afrique orientale, centrale et australe : Accroître la reddition des comptes régionale

EQUINET⁹⁷ est une association mutuelle de professionnels, de chercheurs et d'activistes qui travaillent sur l'équité en matière de santé à l'échelle de l'Afrique orientale et l'Afrique australe. Parmi leurs initiatives de recherche utiles en matière de politiques sont la production et la publication des rapports *Equity Watch* dans plusieurs pays. Ces rapports par pays, encadrés par EQUINET, sont intégrés dans les processus politiques avec des représentants des ministères de la Santé et des autres ministères pertinents, pour assurer un suivi des progrès des systèmes de santé et de la réceptivité à l'égard de la promotion et de l'atteinte de l'équité en santé et en soins de santé. Chaque rapport évalue les progrès par rapport aux engagements et aux objectifs dans quatre secteurs principaux : équité en santé, accès des ménages aux ressources pour la santé, systèmes de santé équitable et justice mondiale. Des rapports distincts par pays ont été préparés avec des représentants officiels en [Zambie](#),⁹⁸ au [Zimbabwe](#),⁹⁹ en [Ouganda](#),¹⁰⁰ au [Kenya](#),¹⁰¹ en [Tanzanie](#),¹⁰² et au [Mozambique](#).¹⁰³ Certains pays ont préparé plusieurs rapports *Equity Watch*, ce qui les a aidés à relever des tendances et à rendre compte de leurs progrès dans l'amélioration des résultats de santé.

Les rapports répondent à une résolution des ministres de la Santé prise dans le cadre du réseau [East, Central, and Southern African Health Community](#)¹⁰⁴ en vue de faire le suivi des progrès en matière d'équité en santé. Les rapports de pays ont été complétés par une analyse *Equity Watch*^{105,106} régionale en 2012, qui couvrait 16 pays. Le rapport a fourni aux décideurs régionaux des données probantes sur la manière dont les disparités sociales et économiques nuisaient à la réalisation des objectifs pour la santé reproductive, maternelle et infantile, malgré la prise d'engagements promoteurs. Par exemple, le rapport a souligné que :

- près d'un décès sur cinq des enfants âgés de moins de cinq ans ont eu lieu dans les ménages les plus pauvres;

- les taux de fécondité étaient plus élevés parmi les adolescentes dans les ménages ruraux pauvres;
- les enfants de mères ayant les plus faibles taux de scolarité étaient cinq fois plus susceptibles d'être sous-alimentés que ceux dont les mères sont les plus instruites (EQUINET, 2012a, 2012b).

Le travail a été abondamment cité, et a ensuite été intégré au cadre de surveillance et d'évaluation de la communauté de l'East, Central, and Southern African Health Community afin d'inclure des indicateurs d'équité pour la production de rapports par les pays.

Responsabilités à l'échelle mondiale

Comme nous l'avons déjà mentionné, les gouvernements ont été limités dans leurs choix par des politiques et des pratiques mondiales ayant une incidence sur les décisions de financement et les priorités en matière de mise en oeuvre. Entre 2012 et 2014, EQUINET a développé trois études de cas¹⁰⁷ afin d'explorer des enjeux qui ont une incidence directe sur la capacité des gouvernements de fournir des services de soins de santé de qualité, particulièrement aux groupes vulnérables, y compris les femmes, les enfants et les adolescents. Les études de cas ont examiné l'influence de la gouvernance de la santé mondiale sur le financement des systèmes de santé,¹⁰⁸ les engorgements de la production locale de médicaments,¹⁰⁹ et la migration des travailleurs de la santé des pays du Sud vers les pays à revenu élevé.¹¹⁰

L'étude a généralement démontré la nécessité d'une mobilisation vaste des parties prenantes au delà du secteur de la santé pour se pencher sur ces enjeux clés. Par exemple, les données probantes concernant l'engagement de l'Afrique à l'établissement de programmes, à l'élaboration de politiques, à la sélection de politiques, ainsi qu'à la négociation et à la mise en oeuvre à l'échelle mondiale ont souligné la complexité et la nature politique des processus. Les gouvernements se sont mobilisés efficacement

lorsqu'il y avait un leadership politique avec des positions stratégiques clairement énoncées. Il était important d'avoir une interaction régionale vigoureuse et des positions communes entre les pays, ainsi qu'une bonne communication entre les secteurs nationaux, et avec les ambassades nationales et les alliés internationaux. Les négociateurs devaient comprendre les enjeux et avoir accès à des données probantes pertinentes.

Parallèlement, il y avait un paradigme puissant d'« aide au développement » qui a affaibli le rôle de différentes parties prenantes, y compris les acteurs techniques, le secteur privé national et la société civile. Les cadres internationaux et « l'isolement des processus mondiaux de prise de décisions » ont également affaibli les capacités de négocier de manière efficace. Des préoccupations ont été soulevées au sujet des répercussions de l'aide au développement axé sur l'aide corrective et humanitaire lié à la santé, plutôt que de se pencher sur les facteurs structurels mentionnés dans les études de cas. Les chercheurs ont plutôt recommandé d'explorer de nouvelles formes de mobilisation, y compris la coopération sud-sud. Les chercheurs ont conclu que pour empêcher les processus diplomatiques en matière de santé mondiale de retourner à des « relations de pouvoir traditionnelles au sein d'un paradigme d'aide au développement », il serait nécessaire de continuellement examiner les établissements, les processus et les relations impliqués dans la diplomatie de santé. Des méthodologies comme la RAP pourraient être très utiles dans ce processus (Irwin et Loewenson, 2015 : 3).

Cette recherche a souligné la complexité des facteurs nuisant à la capacité du gouvernement de fournir des services de qualité, y compris des services de santé reproductive, maternelle et infantile aux populations vulnérables. À défaut de régler ces facteurs globaux plus vastes, les services pourraient être isolés, tributaires des bailleurs de fonds et non viables.

Instaurer la confiance et créer des possibilités d'engagement

Au coeur de la gouvernance, et comme il a été démontré dans les exemples antérieurs, une partie importante de la négociation et de la mise en place d'un changement est la sensibilisation, la compréhension et la mobilisation avec le processus politique. Autrement, des données probantes informatives pourraient ne pas être utilisées dans l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques. Il est toutefois important de noter qu'influer sur les politiques et le processus de prise de décisions n'est pas un processus direct; des intérêts divergents, le pouvoir et des priorités concurrentes jouent habituellement un rôle important dans les décisions et l'affectation des ressources. Il est peu probable que simplement présenter des exposés de politique avec un résumé des données probantes se traduira par des changements. Il est crucial que les chercheurs instaurent un climat de confiance entre tous les agents du secteur de la santé, y compris les utilisateurs communautaires, les prestataires de soins de santé et les décideurs de tous les niveaux. Toutefois, cela ne se fait pas automatiquement.

L'enjeu d'instaurer la confiance et de créer des relations est de plus en plus reconnu comme un facteur clé pour contester les relations de pouvoir inégales et exercer une influence sur le changement.

Dans un article publié dans la revue *BMC Health Services Research*,¹¹¹ Olivier de Sardan (2015) du LASDEL a reflété sur la collaboration avec les décideurs lors des travaux de recherche antérieurs concernant les subventions et l'exemption de frais. Les représentants du gouvernement du Niger ont d'abord réagi avec réticence, et ont fait part de critiques et de scepticisme par rapport aux données probantes du LASDEL concernant les lacunes des politiques. Les chercheurs du LASDEL ont continué de créer des relations d'ouverture et de confiance. Selon eux, leur rôle était de « recueillir les discours privés et de les transmettre à la sphère publique par leurs analyses afin de fournir un récit sérieux d'une réalité » ainsi que de créer « des conditions propices à un débat

entre experts et un débat public ». (Olivier de Sardan, 2015 : 1). Une conférence nationale historique sur l'exemption des frais a été tenue vers la fin du projet et a été considérée comme un énorme succès. Cette conférence, à laquelle ont pris part des parties prenantes à l'échelle du système de santé, a permis aux professionnels de la santé de parler « pour la première fois en public au sujet des nombreux problèmes associés à la politique d'exemption des frais, et ils ont largement confirmés les résultats [de la recherche], et ont même ajouté à ceux-ci ».

La Collaboration for Health Systems Analysis and Innovation (CHESAI),¹¹² une initiative appuyée par l'UCT et l'Université de Western Cape, a délibérément créé un espace pour l'échange d'information et le dialogue entre chercheurs, praticiens et décideurs dans la province du Cap-Oriental, en Afrique du Sud. Des clubs de revue mensuels ont rassemblé jusqu'à 100 personnes à la fois, y compris des chercheurs, des praticiens d'expérience et des dirigeants du ministère provincial de la Santé. Le club a créé un espace pour la réflexion, de nouvelles façons de penser, et des discussions, avec les collègues dans un milieu sûr, et pour examiner les résultats des travaux de recherche pour discuter de leurs répercussions sur les politiques et les pratiques locales. Pendant les évaluations, de nombreux membres ont parlé du besoin d'un tel forum, et de la valeur de combler le fossé qui sépare ces acteurs principaux. Ils ont également noté que les débats du club avaient directement éclairé l'élaboration de politiques provinciales en matière de santé.

Ces exemples illustrent la vision des chercheurs financés par le CRDI au fil des années. Il s'agit vraiment en quoi consiste la gouvernance pour l'équité dans les systèmes de santé.

Une dernière réflexion pertinente partagée par la D^{re} Irene Agyepong¹¹³ du service de santé du Ghana :

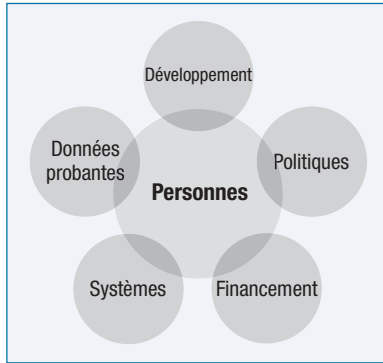
Nous avons besoin de compétences diplomatiques, de savoir comment mobiliser des fonds et faire valoir nos idées. La recherche en politiques et en pratiques n'est pas seulement un atelier isolé de diffusion de données. Il s'agit plus de participer au débat – ce qui signifie surtout écouter, observer et discuter. Il y a des éléments de base entre pays et entre enjeux qui doivent être compris; le contexte est donc important. Les chercheurs doivent prendre part aux réunions et connaître leur secteur de la santé afin de connaître les préoccupations principales soulevées dans les réunions. Cette participation aidera à cerner les questions de recherche et aidera à renforcer le processus de transformer la recherche en politiques et en pratiques. Un facteur essentiel est l'établissement de relation avec de nombreux différents acteurs – il faut créer de la confiance, de la crédibilité et de la réactivité. En effet, si le chercheur se livre à l'élaboration de politiques, les décideurs pourraient être plus enclins à écouter. Ce genre d'engagement demande divers secteurs de compétence.

Leçons tirées et perspectives d'avenir

Ce livre a présenté des données probantes produites pendant une période de presque 15 ans concernant la façon d'améliorer l'équité, la gouvernance et les systèmes de santé afin qu'ils prennent en charge de manière plus efficace les groupes vulnérables, comme les femmes, les enfants et les adolescents. Nous avons également tiré des leçons de la recherche et de l'expérience appuyées à l'échelle internationale afin qu'elles puissent éclairer et inspirer une nouvelle génération de dirigeants et de chercheurs en matière de santé, tout en échangeant avec d'autres dans le domaine de la santé mondiale, y compris les organismes subventionnaires, des réflexions critiques sur les défis qu'il reste à relever.

Les données probantes dans ce livre suggèrent six leçons fondamentales au sujet du développement, des personnes, de la politique, des systèmes, des données probantes et du financement. Elles sont toutes importantes – à part entière, et par leurs interactions comme réseau d'influence intégré.

Figure 3. Toile interactive des leçons pour améliorer l'équité, la gouvernance et les systèmes de santé



Source: Auteur

Importance du développement

Améliorer les résultats de santé des femmes, des enfants et des adolescents est essentiellement un défi de développement.

Les travaux de recherche ont recueilli les données probantes – par exemple, par l'établissement des déterminants sociaux du réseau de savoir sur la santé, le projet NEHSI au Nigeria, le projet INSTRUCT au Botswana, et les initiatives dans les communautés rurales dans l'État du Karnataka, et dans les communautés autochtones au Guatemala – démontrant qu'un grand nombre des causes profondes des mauvaises conditions de santé sont liées à des facteurs plus généraux, comme les attitudes sexistes et les rôles sexospécifiques, la pauvreté, le manque d'éducation, l'appartenance ethnique, la race, et la marginalisation sociale. Comme il est indiqué dans la partie 1, les grossesses précoces associées à une proportion élevée des décès maternels et infantiles évitables sont enracinées dans la pauvreté et les pratiques sociales sexospécifiques, comme les mariages précoces, la violence faite aux femmes, et des niveaux de scolarité moins élevés chez les filles. Si ces attributs d'exclusion ne sont pas éliminés, les efforts en vue d'améliorer les conditions de santé seront

inévitavelmente axés sur les symptômes – et le nombre de personnes n'ayant pas accès à de bonnes conditions de santé continuera d'augmenter.

Travailler sur les causes profondes des mauvaises conditions de santé, avec ceux dont les vies sont directement touchées, est un processus à long terme qui exige de confronter les disparités ancrées afin d'avoir des répercussions durables pour les personnes et les établissements. En ce qui concerne le décès tragique de Sylvia Nalubowa en Ouganda, une simple trousse d'accouchement n'allait pas remédier aux causes de son décès. Elle n'a pas obtenu ce qu'elle était en droit d'avoir à plusieurs niveaux, en raison d'un système qui a continué à chercher une solution rapide à la mortalité maternelle et infantile – comme établir des services obstétricaux d'urgence et distribuer des trousseaux d'accouchement aux femmes enceintes. Ces interventions sont à l'extrémité proximale du système de santé – elles tentent de réagir aux symptômes immédiats. Une approche de développement est axée sur l'extrémité distale (Sen et Iyer, 2012; Sen, Iyer et Mukherjee, 2009) et s'attaque aux causes profondes dans les collectivités vulnérables et dans les systèmes dysfonctionnels. Les données probantes s'accumulent sur la façon de prévenir les décès inutiles liés à l'accouchement, c'est-à-dire en luttant contre les causes sous-jacentes et les facteurs de mauvaise santé – par exemple, améliorer les soins prénataux dans l'État de Karnataka, en Inde, y compris des analyses régulières et le traitement de l'anémie endémique et de l'hypertension; mobiliser le soutien de la communauté pour les femmes enceintes en Inde et au Nigeria, réorienter tous les programmes de développement au Botswana afin qu'ils soient accessibles à ceux qui sont le plus vulnérables à l'infection par le VIH; renforcer la gouvernance dans les communautés ougandaises afin que les comités de santé locaux puissent négocier la mise en place de travailleurs de la santé supplémentaires dans les cliniques du village.

Trouver des solutions durables exige de fournir du soutien et des processus connexes au fil du temps : le changement est un processus cumulatif qui s'effectue étape par étape, et non une série d'interventions ponctuelles et isolées.

Importance des personnes

Il serait difficile d'améliorer les résultats de santé sans la pleine participation de tous ceux qui ont eu un rôle à jouer dans la réalisation des changements. Les responsabilités commencent à l'échelle familiale et individuelle, et s'étendent à l'échelle communautaire, à l'échelle du district, de la nation ou de la région, et à l'échelle mondiale. Comme le réseau EQUINET l'a montré en Afrique de l'Est et en Afrique australe, cela signifie mettre les membres communautaires, particulièrement les personnes vulnérables, au centre des processus pour qu'ils puissent jouer un rôle actif comme citoyens engagés. Cela signifie comprendre les défis auxquels sont confrontés les fournisseurs de soins de santé locaux, et travailler avec eux pour obtenir le soutien nécessaire pour bien fournir des services de qualité. Cela signifie travailler avec les décideurs, comme l'équipe du projet NEHSI l'a fait avec les autorités de l'État et les autorités locales au Nigeria, afin qu'elles puissent apprendre à se servir des données probantes, et travailler avec les défenseurs afin qu'ils sachent comment profiter des conjonctures favorables, et comment apporter des changements complexes. Les chefs de file visionnaires dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé explorent de plus en plus des stratégies pour renforcer les [systèmes de santé axés sur les populations](#)¹¹⁴ et ont fait part de leurs réflexions et de leurs données probantes dans un numéro de revue spécial financé par le CRDI.

Importance de la politique

La santé est une question de politique : la qualité des services, l'étendue de l'accès et l'équité offerte dépendent de qui oriente le processus. Qui décide pour qui ? Comment les décisions sont-elles prises ? Comment le pouvoir est-il exercé ? Cela vaut également à l'échelle mondiale et pour les pays à l'origine du financement : quels programmes de développement et de financement sont fixés ? Par qui ? Dans l'intérêt de qui ?

Des élections nationales récentes dans le monde permettent de bien comprendre ce point. La santé a également été utilisée par les politiciens pour remporter des votes, et pourtant, une fois au pouvoir, de nombreux politiciens commencent à miner les droits des personnes aux soins de la santé. Reconnaître la nature politique de la santé façonne des solutions qui abordent les iniquités sous-jacentes.

Les chercheurs financés par le CRDI ont travaillé à partir du niveau communautaire jusqu'au niveau mondial pour s'attaquer aux problèmes de politique et de pouvoir qui nuisent à la mise en place de systèmes de santé équitables. Les chercheurs dans les régions rurales de l'Ouganda et du Cap ont renforcé l'engagement des citoyens des communautés afin de demander des services et d'influer sur les politiques de manière efficace. Les chercheurs au Niger sont devenus des défenseurs pour affronter le ministère de la Santé et ajouter les défis liés à la mise en oeuvre des subventions de santé au programme national. La recherche d'EQUINET a consigné le pouvoir en jeu au sein de la santé mondiale qui a des répercussions dramatiques sur l'offre de médicaments, de travailleurs de la santé et de financement sur les services de santé nationaux. Les chercheurs en finance de la santé ont travaillé au sein des pays (Inde), à l'échelle régionale en Asie, en Afrique et en Amérique latine, ainsi qu'à l'échelle mondiale (GNHE) pour consigner les effets catastrophiques et appauvrissant des frais de soins de santé. Ils ont également travaillé afin de veiller à ce que des indicateurs équitables pour la couverture sanitaire universelle

soient intégrés au cadre de suivi des objectifs de développement durable. Comprendre le pouvoir et les politiques a façonné leurs stratégies d'engagement.

Importance des systèmes

Les systèmes de santé doivent être compris et traités globalement. Aborder les composantes individuelles – qu'il s'agisse des chaînes d'approvisionnement, du financement, des systèmes d'information sanitaire ou des travailleurs en santé – ou des maladies, des services ou des groupes de populations individuels de manière isolée ne fera que diviser davantage les efforts. Dans la partie 1, nous nous sommes penchés sur comment les programmes nationaux et mondiaux ont eu tendance à accorder la priorité à des enjeux isolés, comme le traitement du VIH/sida et la vaccination, ce qui a inévitablement dirigé les ressources vers des interventions considérées comme prioritaires, et les a éloignés des besoins du système dans son ensemble. On a souligné l'importance de toujours mettre les femmes, les enfants et les adolescents vulnérables au centre de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques en matière de la couverture sanitaire universelle, plutôt que de les traiter de manière isolée afin de garantir que leurs besoins précis soient satisfaits. De plus, comme il a été reconnu pendant l'écllosion du virus Ebola, il est important de mettre à profit les occasions et les ressources pour intégrer ces priorités individuelles dans des investissements qui renforcent le système dans son ensemble en vue de prévenir et de gérer les urgences en matière de santé.¹¹⁵

Importance des données probantes

Des méthodologies rigoureuses sont nécessaires pour générer des données et des preuves fiables pour guider les changements en pratiques et en politiques. Les méthodologies qui analysent l'exclusion et l'équité, et qui peuvent donner lieu à des constatations concrètes sont particulièrement importantes.

Les méthodologies pertinentes dépendent de la question de recherche – comme il a été discuté dans la partie 3, des essais contrôlés randomisés nous ont aidés à établir les fondements probants des facteurs du VIH/sida en Afrique australe. Des méthodes de recherche qualitatives et participatives, comme celles appliqués à Karnataka, en Inde, en Afrique de l'Ouest et au Guatemala se sont révélées essentielles pour creuser sous la surface et mettre en relief les perspectives de ceux qui ne sont pas habituellement entendus, ainsi que pour exposer les rouages invisibles du pouvoir et de l'exclusion. La recherche sur la mise en oeuvre, comme celle effectuée dans les États de Bauchi et de Cross River au Niger, a permis aux parties prenantes d'« apprendre par la pratique » et de déterminer ce qui fonctionne dans un contexte précis.

Il est tout aussi important de déterminer qui pose les questions auxquels on répond. Si la recherche n'est pas motivée par les besoins de la communauté et des parties prenantes cherchant à s'informer et à susciter des changements, il est peu probable qu'elle soit pertinente. Ces méthodologies permettent aux groupes de parties prenantes de s'approprier de la recherche et de s'en servir comme fondement à la prise de mesures.

Pour qu'elles soient utiles, les données probantes doivent être communiquées à toutes les parties prenantes dans des formats utilisables. Les formats seront différents selon les rôles et les responsabilités précis des parties prenantes. Afin d'encourager le changement, il est indispensable que ceux qui utiliseront les données probantes participent à l'analyse et à l'interprétation des données; en effet, les processus linéaires dans le cadre desquels les chercheurs tentent de répondre à leurs propres questions et présentent les solutions seulement dans des exposés de politique sont insuffisants et inefficaces pour essayer de régler des problèmes de santé complexes et ancrés.

Importance du financement

Comme en témoignent les objectifs de développement durable ainsi que les importants travaux des chercheurs en finances de la santé, il y a un consensus en plein essor sur l'importance de la couverture sanitaire universelle comme stratégie pour offrir des soins de qualité qui sont accessibles et abordables. Des méthodologies ont été élaborées pour améliorer l'analyse des mécanismes de financement nationaux et les efforts de mise en oeuvre de la couverture sanitaire universelle. La partie 3 a présenté des données probantes découlant d'efforts de mise en oeuvre de régimes d'assurance-maladie en Inde, au Ghana, en Tanzanie et en Afrique du Sud. Les recherches actuelles sur le VIH/sida au Botswana sont favorables à la réorientation par le gouvernement de ses propres programmes nationaux afin de garantir qu'ils soient accessibles aux adolescentes et aux jeunes femmes vulnérables.

Parallèlement, les recherches ont démontré l'influence continue des programmes et des priorités des bailleurs de fonds sur les stratégies nationales et sur l'affectation des ressources, comme on l'a expliqué dans le cas de l'imposition et ensuite l'abolition sélectionnée subséquente des frais pour les services de santé à l'échelle de l'Afrique de l'Ouest. Plus récemment, des chercheurs écrivant sur les efforts de renforcement des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest¹¹⁶ ont souligné les effets biaisés continus de l'aide au développement qui détournent les efforts vers des priorités déterminées à l'externe.

En raison de ce rôle puissant de l'aide internationale et de l'assistance du milieu de la santé mondiale, certaines des réflexions et des leçons suivantes découlant du travail du CRDI pourraient être utiles et pertinentes.

D'abord et avant tout, nous devons écouter les parties prenantes et les chercheurs des pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire et mettre leurs connaissances au centre des processus de recherche-développement. Ceux ancrés dans les contextes

sociaux, politiques et économiques pertinents doivent diriger la recherche et se servir des résultats pour favoriser des changements durables. Les bailleurs de fonds peuvent exercer un rôle important en permettant l'espace pour la créativité, la vision et l'établissement de relation, plutôt que de forcer des approches normatives, et d'essayer ensuite d'assurer l'adhésion. Fournir des subventions de planifications initiales plus courtes peut aider les acteurs principaux à combler notamment des fossés linguistiques et disciplinaires et à instaurer les relations de confiance nécessaires pour élaborer de bonnes propositions de recherche pertinentes au contexte. Intégrer du soutien pour permettre des dialogues et de la réflexion continus à l'échelle des groupes de parties prenantes peut contribuer à l'identification des questions de recherche pertinentes et au développement de stratégies pour orienter les politiques et les pratiques.

Le changement ne se produit pas du jour au lendemain, et nous devons fournir des fenêtres de soutien à long terme par l'entremise de financement pluriannuel. Les paramètres de succès sont également importants. Est-il logique de se concentrer sur des indicateurs vastes comme la réduction des taux de mortalité maternelle ? De nombreux débats ont eu lieu par rapport à cet indicateur particulier relatif aux objectifs du Millénaire pour le développement (Yamin et Boulanger, 2014), et les scientifiques ont soutenu qu'il n'était pas faisable ou réaliste de le mesurer ou de l'atteindre. Quelles sont les mesures intermédiaires importantes qui doivent être en place pour contribuer à un changement aussi large, et comment peut-on les mesurer ? Comme nous l'avons noté, l'équité et la gouvernance reposent sur les relations de pouvoir, et sur ceux qui contrôlent les ressources et les prises de décisions à tous les niveaux. Comment les changements et les progrès par rapport à ces aspects peuvent-ils être rendus visibles, et être mesurés ?

L'avenir : Tirer parti des possibilités qui se présentent

Les femmes, les enfants et les adolescents font partie des groupes les plus vulnérables dans la plupart des sociétés. À l'échelle mondiale, de nombreux efforts sont en cours pour renforcer les systèmes de santé et améliorer la santé reproductive, maternelle et infantile. Toutefois, comme il est souligné à maintes reprises dans ce livre, se concentrer sur un seul groupe de population ou sur seulement des besoins médicaux restreints liés à la grossesse et à l'accouchement n'est pas suffisant pour améliorer à long terme les conditions de vie des populations. Trop souvent, les organismes et les particuliers concernés oeuvrent de manière séparée : il est important de combler le fossé qui fragmente les efforts. Il faut absolument appuyer des approches exhaustives qui abordent les facteurs structurels des mauvaises conditions de santé et renforcer les systèmes de santé pour tous les groupes vulnérables, y compris les femmes, les enfants et les adolescents.

Jusqu'en 2030, les objectifs de développement durable offrent une conjoncture favorable stratégique pour faire progresser les résultats de santé. Le troisième objectif concernant la santé et le bien-être adopte une perspective portant sur toute la durée de la vie qui met l'accent sur la santé reproductive, ainsi que sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il intègre des con-

naissances et des données probantes au sujet des déterminants sociaux de la santé et recommande des interventions intégrées, globales et multisectorielles. Il préconise la couverture sanitaire universelle afin d'assurer l'accès à des services de qualité pour tous ainsi que de veiller à la protection financière afin d'éviter des dépenses catastrophiques qui enfonceront les familles dans une pauvreté encore plus grande.

Appuyer le développement de méthodologies pertinentes, la production et l'utilisation de données probantes rigoureuses, et la mobilisation des parties prenantes pour parvenir à une compréhension et à un consensus à l'égard des priorités nationales qui contribueront à l'atteinte de cet objectif, et qui renforceront la prise de décisions, l'affectation de ressources et la gouvernance nécessaire pour donner suite aux engagements.

De tels efforts exhaustifs renforceront les systèmes qui amélioreront la santé reproductive ainsi que la santé des femmes, des enfants et des adolescents, et qui contribueront à la prévention d'éventuelles urgences sanitaires, comme le virus Ebola, et à la gestion nécessaire, le cas échéant. Il peut s'agir d'une doublure argentée de l'épidémie du virus Ebola tragique – elle a considérablement démontré le niveau d'interdépendance mondial accru, et a contribué à l'atteinte d'un consensus global et de la mobilisation par rapport au besoin d'appuyer des approches globales et intégrales pour régler les problèmes de santé et de développement ancrés. Elle a illustré graphiquement que nous devons comprendre les politiques et le contexte des mauvaises conditions de santé; aborder les causes proximales et distales des mauvaises conditions de santé; jeter des ponts entre des interventions isolées et fragmentées et des groupes de parties prenantes fragmentées en vue de créer des systèmes de santé équitables et solides.

Les objectifs de développement durable fournissent un cadre mondial solide pour la prise de mesures, mais nous devons éviter la complaisance et tirer des leçons de la richesse de notre expérience collective. Les paroles d'Amartya Sen, écrites en 2004, sont aussi pertinentes aujourd'hui qu'elles l'étaient il y a plus de dix ans :

Aujourd'hui, la crise des systèmes de santé dans le monde impose une nouvelle réflexion et de nouvelles façons d'agir. L'utilisation et le développement des connaissances scientifiques, notamment les sciences sociales, seront un point de départ incontournable. Bien évidemment, pour surmonter cette crise il faudra une action appropriée, mais il faudra aussi avoir confiance dans la capacité innée de l'homme à triompher de l'adversité, même démesurée. Cependant, pour que l'action soit adaptée aux besoins, cette démarche devra s'appuyer sur la connaissance (...) (Ahrweiler, H. et al., 2004 : 38)¹¹⁷

Glossaire des termes et des abréviations

CEHURD – Center for Health, Human Rights and Development

CHESAI – Collaboration for Health Systems Analysis and Innovation

CRDI – Centre de recherches pour le développement international

EQUINET – Regional Network on Equity in Health in East and Southern Africa

EQUITAP – Equity in Asia-Pacific Health Systems

GNHE – Global Network for Health Equity

IIMB – Indian Institute of Management Bangalore

INSTRUCT – Inter-ministerial National Structural Intervention Trial

LAnet-EHS – Latin American Research Network on Equity and Health Systems

LASDEL – Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local

OMS – Organisation mondiale de la Santé

PFR-PRI – Pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire

PHFI – Public Health Foundation of India

Projet NEHSI – Projet Données probantes et systèmes de santé au Nigeria

RAP – Recherche-action participative

SHIELD – Strategies for Health Insurance for Equity in Less Developed Countries

SSR – Santé sexuelle et reproductive

SSRD – Santé sexuelle et reproductive, et droits connexes

UCT – School of Public Health and Family Medicine de l'Université du Cap

UE – Union européenne

Notes

- ¹ http://www.who.int/topics/international_health_regulations/fr/
[Consulté le 9 mai].
- ² <http://www.unfpa.org/fr/node/9061> [Consulté le 9 mai 2017].
- ³ http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- ⁴ <http://www.un.org/fr/millenniumgoals>
[Consulté le 9 mai 2017].
- ⁵ <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>
[Consulté le 9 mai 2017].
- ⁶ Le cyberlivre est disponible à www.crdi.ca/vie-saine. Nous sommes conscients que les liens peuvent changer avec le temps; cependant, nous espérons que les informations fournissent suffisamment de détails pour suivre les références au besoin.
- ⁷ <http://www.cehurd.org/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Press-Release-Maternal-Health-Uganda.pdf>
[Consulté le 9 mai 2017].
- ⁸ <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>
[Consulté le 9 mai 2017].
- ⁹ Plus précisément l'objectif 4 était de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015, et l'objectif 5 était a) de réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 et b) d'atteindre l'accès universel aux soins de santé procréative au plus tard en 2015.

- Source : Objectifs du Millénaire de l'ONU
<http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 10 <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 11 <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 12 <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 13 <http://www.prb.org/pdf16/prb-wpds2016-web-2016.pdf>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 14 Version abrégée de l'annexe 7 de l'OMS et al., 2015 : Estimations du taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes), nombre de décès maternels, risque à vie, pourcentage de décès maternels indirectement liés au sida et proportions de décès parmi les femmes en âge de procréer qui sont attribuables à des causes maternelles, par pays, 2015.
- 15 Extraits du tableau de l'annexe 7. Remarque : Les estimations ont été calculées de manière à garantir la comparabilité à l'échelle des pays, et ne sont donc pas nécessairement les mêmes que les statistiques officielles des pays, qui peuvent utiliser d'autres méthodes rigoureuses.
- 16 http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/ [Consulté le 9 mai 2017].
- 17 http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf [Consulté le 9 mai 2017].
- 18 http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/ [Consulté le 9 mai 2017].]

- 19 http://www.who.int/social_determinants/fr/
[Consulté le 9 mai 2017].
- 20 http://www.who.int/social_determinants/fr/
[Consulté le 9 mai 2017].
- 21 http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ [Consulté le 9 mai 2017].
- 22 <http://www.who.int/whr/2008/fr/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 23 <http://www.who.int/whr/2000/fr/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 24 Le supplément complet se trouve :
<https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-9-supplement-1> [Consulté le 9 mai 2017].
- 25 http://www.who.int/healthsystems/publications/MPS_academic_case_studies_Book_01.pdf [Consulté le 9 mai 2017].
- 26 <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=UG> [Consulté le 9 mai 2017].
- 27 http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf
[Consulté le 9 mai 2017]. (REMARQUE: cette page ne s'ouvre que si vous ajoutez manuellement le lien à votre navigateur.)
- 28 http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/AfGH_Intranet/AFGH/Publications/PolicyBriefing1_Final1_LoRes.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 29 http://www.wpro.who.int/laos/topics/universal_health_coverage/en/ [Consulté le 9 mai 2017].
- 30 http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/ [Consulté le 9 mai 2017].
- 31 <http://www.who.int/whr/fr/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 32 <http://universalhealthcoverageday.org/welcome/>
[Consulté le 9 mai 2017].

- 33 <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 34 La deuxième phase du programme Gouvernance, équité et santé du Centre de recherches pour le développement international (de 2006 à 2011) a appuyé 97 projets; le financement octroyé par le Centre à ces projets s'est élevé à 21,5 millions CAD, et sept bailleurs de fonds partenaires y ont contribué une somme additionnelle de 54,84 millions CAD. (Source : Singh et al., 2010) La troisième phase (de 2011 à 2016) a appuyé 68 projets, grâce à un investissement total de 95,3 millions CAD, y compris 36,2 millions CAD provenant de bailleurs de fonds externes (Source : CRDI, 2015).
- 35 <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/GESS-Sante-maternelle.pdf> [Consulté le 9 mai 2017].
- 36 Laboratoire d'étude et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL)
<http://www.lasdel.net/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 37 <http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf> [Consulté le 9 mai 2017].
- 38 Global Network for Health Equity <http://gnhe.org/blog/>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 39 CIET <http://instruct.cietresearch.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 40 <http://www.issp.bf>; <https://www.idrc.ca/fr/project/renforcement-des-capacites-en-analyse-des-politiques-et-systemes-de-sante-en-afrique> [Consulté le 9 mai 2017].
- 41 <https://www.idrc.ca/fr/article/renforcer-les-capacites-de-recherche-en-sante-en-afrique> [Consulté le 9 mai 2017].
- 42 <http://www.chesai.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 43 <http://www.sochara.org/> [Consulté le 9 mai 2017].

- 44 <http://www.comcahpss.org/2017/01/12/welcome-to-comcahpss/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 45 Utilisation de données probantes pour consolider les systèmes de santé en Afrique et au Moyen-Orient (profil de projet) <https://www.idrc.ca/fr/project/utilisation-de-donnees-probantes-pour-consolider-les-systemes-de-sante-en-afrique-et-au> [Consulté le 9 mai 2017].
- 46 <http://iimb.ac.in/> [Consulté le 10 mars 2017]. (REMARQUE: cette page ne s'ouvre que si vous ajoutez manuellement le lien à votre navigateur.)
- 47 <http://cietresearch.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 48 <http://instruct.cietresearch.org/choice-disability/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 49 Résumés : <https://www.idrc.ca/fr/project/reduction-du-risque-dinfection-par-le-vih-au-botswana-essais-cliniques-aleatoires-en-0> [Consulté le 9 mai 2017]; <http://instruct.cietresearch.org/trial-design/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 50 <http://instruct.cietresearch.org/trial-design/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 51 <http://hiv.cietresearch.org/choice-disability-interventions/beyond-victims-and-villains/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 52 <https://www.idrc.ca/fr/article/recourir-aux-donnees-probantes-pour-reduire-la-mortalite-maternelle-au-nigeria> [Consulté le 9 mai 2017].
- 53 <http://nigeria.cietresearch.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 54 <http://www.ciet.org/en/project/nigeria-a-health-information-and-planning-system-for-bauchi-and/> [Consulté le 9 mai 2017].

- 55 Le [documentaire sur les méthodes par CIET](#) offre un aperçu détaillé du processus. Des renseignements sur [la mise en oeuvre complète du projet NEHSI](#) sont disponibles sur le site Web du CIET. On y met en lumière le premier cycle axé sur la [santé maternelle](#) et le deuxième cycle sur la [santé infantile](#) [Consulté le 9 mai 2017].
- 56 <http://www.ciet.org/en/theme/social-audits/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 57 Vidéo du CIET sur l'audit social du projet NEHSI <https://www.youtube.com/watch?v=0CyYa8eJNww> [Consulté le 9 mai 2017].
- 58 <http://nigeria.cietresearch.org/social-audits/demo-social-audit/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 59 <http://www.ciet.org/en/method/sepa-communication/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 60 Voir: <https://www.youtube.com/watch?v=ahHpwqhndg8>; <https://www.youtube.com/watch?v=bdvN-mIdO58>; <https://www.youtube.com/watch?v=clielk88I9I> [Consulté le 9 mai 2017]. Pour plus de vidéos, rechercher les vidéos du projet NEHSI sur www.youtube.com.
- 61 <http://nigeria.cietresearch.org/most-significant-change/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 62 Pour plus de renseignements sur le documentaire des méthodes <https://www.youtube.com/watch?v=0CyYa8eJNww> [Consulté le 9 mai 2017].
- 63 <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/NEHSI-process-document.pdf> [Consulté le 9 mai 2017].
- 64 https://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf [Consulté le 9 mai 2017].
- 65 <http://www.lasdel.net/> [Consulté le 9 mai 2017].

- ⁶⁶ Des résultats récents sur les politiques d'exemption des frais d'utilisation au Burkina Faso, au Mali et au Niger sont présentés dans un supplément spécial de 2016 évalué par les pairs de la revue *BMC Health Services Research* 15(suppl 3), disponible : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-15-supplement-3> [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁶⁷ Le pourcentage de variation du taux de mortalité maternelle est fondé sur des chiffres arrondis. (OMS et al., 2015: 77).
- ⁶⁸ Les progrès accomplis à l'égard de l'objectif du Millénaire pour le développement 5A (c.-à-d. réduire le taux de mortalité maternelle de 75 % entre 1990 et 2015) ont été évalués pour les 95 pays ayant un taux de mortalité maternelle supérieur à 100 en 1990. Voir la section 4.1 et la case 5 pour obtenir des détails supplémentaires sur le rapport complet : Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), groupe de la Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015*. Genève : OMS, 2015
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/fr/> (OMS et al., 2015: 77) [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁶⁹ https://www.youtube.com/watch?v=UIr_EJM7JbQ [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁷⁰ Pour obtenir plus de renseignements, consultez le site Web <http://uhc-india.org/index.php>, y compris le rapport final du groupe de haut niveau. [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁷¹ Pour de plus amples renseignements : <https://www.idrc.ca/fr/project/preparation-des-etats-de-linde-la-mise-en-place-de-la-couverture-sante-universelle> [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁷² http://www.phfi.org/images/home/essential_health_package_for_india.pdf [Consulté le 9 mai 2017].

- ⁷³ <http://www.equitap.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁷⁴ <https://www.idrc.ca/fr/book/financing-health-latin-america-household-spending-and-impoverishment> [Consulté le 22 septembre 2017]
- ⁷⁵ https://academic.oup.com/heapol/issue/27/suppl_1 [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁷⁶ <http://gnhe.org/blog/> [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁷⁷ <http://gnhe.org/blog/2016/01/01/measuring-progress-towards-uhc/> [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁷⁸ On considère généralement que la couverture universelle comprend trois dimensions : proportion de la population couverte, proportion des services de santé couverts, et le niveau de protection contre les risques financiers. Source : OMS http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/ [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁷⁹ <http://gnhe.org/blog/2015/05/11/gnhes-consensus-statement-on-universal-health-coverage-2/> [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁸⁰ Cible 3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/> [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁸¹ <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/> [Consulté le 9 mai 2017].
- ⁸² <https://www.uhc2030.org/fr/nouvelles-et-evenements/nouvelles-uhc2030/article/uhc-indicators-for-sdg-monitoring-framework-agreed-398330/> [Consulté le 22 septembre 2017].
- ⁸³ <http://gnhe.org/blog/uhc-assessments/> [Consulté le 9 mai 2017].

- 84 <http://gnhe.org/blog/uhc-assessments/>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 85 <http://unsdsn.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 86 <http://idris.idrc.ca/app/Search?request=directAccess&project-Number=107399&language=en> [Consulté le 9 mai 2017].
- 87 <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf> [Consulté le 9 mai 2017].
- 88 <https://www.idrc.ca/fr/project/vers-une-couverture-sante-universelle-equitable-etudes-de-cas-nationales-en-ethiopie-en>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 89 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/185069/1/9789242507157_fre.pdf [Consulté le 9 mai 2017].
- 90 <http://www.tandfonline.com/toc/rgph20/10/2>
[Consulté le 10 mai 2017].
- 91 <http://cegss.org.gt/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 92 <https://www.idrc.ca/fr/project/accroissement-de-la-participation-des-peuples-autochtones-en-vue-de-sattaquer-la>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 93 Une courte vidéo documentaire (<http://www.copasah.net/centro-de-estudios-para-la-equidad-y-gobernanza-en-los-sistemas-de-salud.html>) décrit bien la stratégie et le processus utilisés. [Consulté le 9 mai 2017].
- 94 <http://www.cehurd.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 95 <http://www.publichealth.uct.ac.za/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 96 <http://salearningnetwork.weebly.com/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 97 <https://www.equinet africa.org/> [Consulté le 9 mai 2017].

- 98 http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Zambia_EW_Aug_2011_web.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 99 http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Zimbabwe_EW_2014.pdf [Consulté le 9 mai 2017].
- 100 http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Uganda_EW_Nov2011_lfs.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 101 http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Kenya_EW_Dec2011_lfs.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 102 http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Tanzania_EW_January2013.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 103 http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Moz_EW_Eng_Oct2010.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 104 <http://www.ecsahc.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 105 http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Regional_EW_2012_Part_2w.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 106 http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Regional_EW_2012_Part_1w.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 107 Publié dans un numéro spécial *Journal of Health Diplomacy*
<https://www.journalofhealthdiplomacy.org/v1i3>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 108 <http://www.equinafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/GHD%20Gov%20Diss%20Paper%20102.pdf>
[Consulté le 9 mai 2017].

- 109 http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/GHD_Meds_Diss_Paper_104.pdf
[Consulté le 9 mai 2017].
- 110 <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/GHD%20Code%20Final%20rep%20Diss103%20June2014.pdf> [Consulté le 9 mai 2017].
- 111 <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-15-S3-S4> [Consulté le 9 mai 2017].
- 112 <http://www.chesai.org/> [Consulté le 9 mai 2017].
- 113 Commentaire entendu à un atelier sur l'élaboration de propositions organisé par l'Organisation ouest africaine de la santé, à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) en octobre 2012.
- 114 https://academic.oup.com/heapol/issue/29/suppl_2
[Consulté le 9 mai 2017].
- 115 Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, consultez le numéro spécial de 2012 de la revue *Health Policy and Planning*. Systems thinking for health systems strengthening in LMICs: Seizing the opportunity. <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/hppsupplementsystemsthinking/en/>
[Consulté le 9 mai 2017].
- 116 People and research: improved health systems for West Africans par le réseau West Africans (2017). *Health Research Policy and Systems* 15(Supp 1)
<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-15-supplement-1>
[Consulté le 21 juillet 2017].
- 117 http://institut.veolia.org/sites/g/files/dvc1121/f/assets/documents/2016/08/Knowledge_systems_for_sustainable_development.pdf [Consulté le 9 mai 2017].

Sources et ressources

Aberese Ako, M.; van Dijk, H.; Gerrits, T.; Arhinful, D.K. et 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-ii28 octobre 2014 ISSN 0268-1080. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czu068> [Consulté le 15 mai 2017].

Action for Global Health (2010). *Spending in Uganda: the impact of current aid structures and aid effectiveness*. <http://www.actionforglobalhealth.eu/> [Consulté le 15 mai 2017].

Ahrweiler, H.; Caplan, K.; Charpak, G. et al. (2004). *Knowledge Systems for Sustainable Development*. Paris : Institut Veolia Environnement and Institut Pasteur. http://institut.veolia.org/sites/g/files/dvc1121/f/assets/documents/2016/08/Knowledge_systems_for_sustainable_development.pdf [Consulté le 15 mai 2017].

Andersson, N. (2011a). Building the community voice into planning: 25 years of methods development in social audit. *BMC Health Services Research* 2011, 11(suppl 2): S1. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/S2/S1> [Consulté le 10 avril 2017].

Andersson, N. (2011b). Proof of impact and pipeline planning: directions and challenges for social audit in the health sector.

BMC Health Services Research 2011, 11(suppl 2): S16.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/S2/S16>

[Consulté le 10 avril 2017].

Andersson, N.; Omer, K.; Caldwell, D.; Dambam, M.M.; Miakudi, A.Y.; Effiong, B.; Ikpi, E.; Udofia, E.; Khan, A.; Ansari, U.;

Ansari, N. et Hamel, C. (2011). Male responsibility and maternal morbidity: a cross-sectional study in two Nigerian states. *BMC Health Services Research* 2011, 11(suppl 2): S7.

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/S2/S7>

[Consulté le 10 avril 2017].

Andersson, N. et Cockcroft, A. (2012). Choice-Disability and HIV Infection: A Cross Sectional Study of HIV Status in Botswana,

Namibia and Swaziland. *AIDS Behav*, 16: 189–198. DOI: 10.1007/s10461-011-9912-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3254870/> [Consulté le 10 avril 2017].

Barbiero, V.K. (2014). It's not Ebola ... It's the systems. *Global Health: Science and Practice*, 2(4): 374-375.

<http://www.ghspjournal.org/content/2/4/374.full>

[Consulté le 10 avril 2017].

Bergkvist, S.; Wagstaff, A.; Katyal, A.; Singh, P.V.; Samarth, A. et Rao, M. (2014). *What a Difference a State Makes: Health Reform in Andhra Pradesh*. Washington : The World Bank. Development

Research Group. Human Development and Public Services Team. DOI: <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-6883> [Consulté le 10 avril 2017].

Bhatt, P.; Madge, V.; Mor, N.; Singh, A.; Jain, N. et Balasubramaniam, P. (s.d.). *Developing and Costing State-Flexible Essential Health Package (EHP) for India*. New Delhi : PHFI.

http://www.phfi.org/images/home/essential_health_package_for_india.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Brearley, L., Mohamed, S.; Eriyagama, V.; Elwalagedara, R. et Rannan-Eliya, R.P. (2012). *Impact of maternal and child health private expenditure on poverty and inequity: Review of the literature on the extent and mechanisms by which maternal, newborn and child healthcare expenditures exacerbate poverty with focus on evidence from Asia and the Pacific*. Mandaluyong City, Philippines : Asian Development Bank. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/30156/impact-maternal-child-health-private-expenditure.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

Carden, F. (2009). *Des connaissances aux politiques: Tirer le meilleur parti possible de la recherche en développement*. Ottawa et New Delhi : CRDI et Sage Publications. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/39878/IDL-39878.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consulté le 10 avril 2017].

Center for Health, Human Rights and Development (2011). *Advocating for the Right to Reproductive HealthCare in Uganda: The Import of Constitutional Petition No.16 of 2011*. <http://www.cehurd.org/wp-content/uploads/downloads/2012/01/Petition-16-Study.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

Center for Health, Human Rights and Development (2015). Communiqué de presse, le 30 octobre 2015. <http://www.cehurd.org/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Press-Release-Maternal-Health-Uganda.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

Centre de recherches pour le développement international (2014). Des constatations de recherche mènent au déploiement à l'échelle nationale de programmes de prévention du VIH au Botswana. <https://www.idrc.ca/fr/article/des-constatations-de-recherche-menent-au-dploiement-lechelle-nationale-de-programmes-de> [Consulté le 10 avril 2017].

Centre de recherches pour le développement international (2015). *Final Prospectus Report on Governance for Equity in Health Systems* <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/55338?localeattribute=fr> [Consulté le 9 mai 2017]

Centre de recherches pour le développement international (s.d.). Santé maternelle : Des systèmes de santé efficaces pour la mère et l'enfant. Ottawa : IDRC. <https://www.idrc.ca/sites/default/files/sp/Documents%20EN/GESS-Sante-maternelle.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

CIET Trust (2006). *Demonstration social audit (multi stakeholder surveillance): Cross River State 2006*. Summary Report. <http://nigeria.cietresearch.org/files/2013/01/demo-audit-crossriver-summary.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

Cockcroft, A.; Usman, M.U.; Nyamucherera, O.F.; Emori, H.; Duke, B.; Umar, N.A. et Andersson, N. (2014). Why children are not vaccinated against measles: A cross-sectional study in two Nigerian States. *Archives of Public Health* 2014, 72: 48. <http://www.archpublichealth.com/content/72/1/48> [Consulté le 15 mai 2017].

Desai, M.; Phillips-Howard, P.A.; Odhiambo, F.O.; Katana, A.; Ouma, P.; Hamel, M.J.; Omoto, J.; Macharia, S.; van Eijk, A.; Ogwang, S.; Slutsker, L. et Laserson, K.F. (2013). An Analysis of Pregnancy-Related Mortality in the KEMRI/CDC Health and Demographic Surveillance System in Western Kenya. *Plos One*, 8(7): e68733. <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0068733.PDF> [Consulté le 10 avril 2017].

Diarra, A. et Ousseini, A. 2015. The coping strategies of front-line health workers in the context of user fee exemptions in Niger. *BMC Health Services Research* 2015, 15(suppl 3): S1. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/S3/S1> [Consulté le 10 avril 2017].

Dugger, C.W. 2011. Maternal Deaths Focus Harsh Light on Uganda. *The New York Times*, le 29 juillet 2011. <http://www.nytimes.com/2011/07/30/world/africa/30uganda.html> [Consulté le 10 avril 2017].

Ekirapa-Kiracho, E.; Namazzi, G.; Tetui, M.; Mutebi, A.; Waiswa, P.; Htet, O.; Peters, D.H. et George, A. (2016). Unlocking community capabilities for improving maternal and newborn health: participatory action research to improve birth preparedness, health facility access, and newborn care in rural Uganda. *BMC Health Services Research* 2016, 16(suppl 7): 638. DOI: 10.1186/s12913-016-1864-x. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1864-x> [Consulté le 10 avril 2017].

EQUINET (2012a). *Regional Equity Watch 2012: Assessing progress towards equity in health - East and Southern Africa*. Harare: EQUINET. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Regional_EW_2012_Part_1w.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

EQUINET (2012b). Challenging inequities through redistributive health systems. Harare: EQUINET. <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Regional%20EW%202012%20Part%20w.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

Every Woman Every Child (UN facilitated working group) (2015). *Survivre, s'épanouir, transformer : La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Full_FR_2017_web.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Fan, V.Y.; Karan, A. et Mahal, A. (2012). State health insurance and out-of-pocket health expenditures in Andhra Pradesh, India. *Int J Health Care Finance Econ* 12(3): 189-215. DOI: 10.1007/s10754-012-9110-5. <https://scholar.harvard.edu/vfan/publications/state-health-insurance-and-out-pocket-health-expenditures-andhra-pradesh-india> [Consulté le 10 avril 2017].

Fidler, D.P. (2009). Background paper on Developing a Research Agenda for the Bellagio Meeting #1, 23-26 mars 2009. *Globalization, Trade and Health Working Papers Series*, Genève : OMS.

Flores, W.; Ruano, A.L. et Funchal, D.P. (2009). Social participation within a context of political violence: Implications for the promotion and exercise of the right to health in Guatemala. *Health and Human Rights*, 11(1). <https://www.hhrjournal.org/2013/09/social-participation-within-a-context-of-political-violence-implications-for-the-promotion-and-exercise-of-the-right-to-health-in-guatemala/> [Consulté le 10 avril 2017].

Gates, B. (2015). The next epidemic – lessons from Ebola. *The New England Journal of Medicine*, 372: 1381-1384. DOI: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1502918> [Consulté le 10 avril 2017].

Germain, A.; Sen, G.; Garcia-Moreno, C. et Shankar, M. (2015). Advancing sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries: Implications for the post-2015 global development agenda. *Global Public Health*, 10:2, 137-148. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318089/pdf/rgph-10-137.pdf> [Consulté le 15 mai 2017].

Global summit to end sexual violence in conflict (2014). <https://www.gov.uk/government/collections/2014-global-summit-to-end-sexual-violence-in-conflict> [Consulté le 29 avril 2017].

Gostin, L. et Friedman, E. (2015). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet*, 385(9980): 1902-1909. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60644-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60644-4/abstract) [Consulté le 10 avril 2017].

Goudge, J.; Akazili, J.; Ataguba, J.; Kuwawenaruwa, A.; Borghi, J.; Harris, B. et Mills, A. (2012). Social solidarity and willingness to tolerate risk- and income-related cross-subsidies within health insurance: experiences from Ghana, Tanzania and South Africa. *Health Policy Plan*, 27(suppl 1): i55-i63. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs008> [Consulté le 10 avril 2017].

Gouvernement de l'Inde. Ministry of Health and Family Welfare. National Commission on Macroeconomics and Health (2005). *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*. New Delhi : Ministry. <http://www.who.int/macrohealth/action/Report%20of%20the%20National%20Commission.pdf?ua=1> [Consulté le 10 avril 2017].

Gouvernement du Mozambique. Ministry of Health, TARSC/EQUINET (2010). *Equity Watch 2010: Assessing Progress towards Equity in Health in Mozambique*. Maputo et Harare. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Moz_EW_Eng_Oct2010.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Gouvernement du Nigeria (2013). *Nigeria Millennium Development Goals 2013 Report*. http://www.ng.undp.org/content/dam/nigeria/docs/MDGs/UNDP_NG_MDGsReport2013.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Gouvernement du Nigeria (2014). Building a culture of evidence-based planning: a process document. The Nigeria evidence-based health system initiative (NEHSI) approach in Bauchi and Cross Rivers States. Ottawa : Centre de recherches pour le développement international et le Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement Canada, Gouvernement du Canada. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/53553/IDL-53553.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consulté le 10 avril 2017].

Green, A. (2016). West African countries focus on post-Ebola recovery plans. *www.thelancet.com*, 388: 2463-2465.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32219-X/fulltext?rss%3Dyes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32219-X/fulltext?rss%3Dyes) [Consulté le 10 avril 2017].

Heymann, D.L.; Chen, L.; Takemi, K. et al. (2015). Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *The Lancet*, 385(9980): 1884-1901.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60858-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60858-3/abstract) [Consulté le 15 mai 2017].

Horton, R. (2014). Offline: The third revolution in global health. *The Lancet*, 383(9929): 1620. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60769-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60769-8). [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60769-8/fulltext?rss%3Dyes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60769-8/fulltext?rss%3Dyes) [Consulté le 10 avril 2017].

Ifakara Health Institute, Ministry of Health and Social Welfare, Training and Research Support Centre (2012). *Equity Watch 2012: Assessing progress towards equity in health in Tanzania*. Dar es Salaam et Harare: EQUINET. http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/Tanzania_EW_January2013.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2016). *Financing Global Health 2015: Development assistance steady on the path to new Global Goals*. Seattle, WA : IHME.
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/FGH/2016/IHME_PolicyReport_FGH_2015.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

International Center for Research on Women (2016a). Child Marriage Around the World. <http://www.icrw.org/child-marriage-facts-and-figures/> [Consulté le 10 avril 2017].

International Center for Research on Women (2016b). Sexual and Reproductive Health and Rights. <https://www.icrw.org/issues/reproductive-health/> [Consulté le 29 avril 2017].

Irwin, R. et Loewenson, R. (2015). Health diplomacy: perspectives from east and southern Africa. *Journal of Health Diplomacy*, 1(3): 1-3. https://media.wix.com/ugd/35c673_c85577fa97964c7b8c66304a2499.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Iyer, A.; Sen, G. et Ostlin, P. (2008). « The intersections of gender and class in health status and health care », dans Sen, G. et Ostlin, P. (éd.) *Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It*, *Global Public Health*, 3(2): suppl 1. DOI: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441690801892174> [Consulté le 10 avril 2017].

Iyer, A.; Sen, G. et Sreevathsa, A. (2013). Deciphering Rashomon: An approach to verbal autopsies of maternal death. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 8 (4): 389-404. DOI: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2013.772219> [Consulté le 10 avril 2017].

Iyer, A; Sen, G.; Sreevathsa, A. et Varadan, V. (2012). Verbal autopsies of maternal deaths in Koppal, Karnataka: Lessons from the grave. *BMC Proceedings*, 6 (suppl 1): P2. <http://www.biomedcentral.com/1753-6561/6/S1/P2> [Consulté le 10 avril 2017].

KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Mustang Management Consultants, Ministry of Public Health and Sanitation, Training and Research Support Centre (2011). *Equity Watch 2011: Assessing Progress towards Equity in Health in Kenya*. Nairobi et Harare: KEMRI et EQUINET. http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/Kenya_EW_Dec2011_lfs.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Kieny, M-P; Evans, D.; Schmets, G. et Kadandale, S. (2014). Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bull World Health Organ*, 92: 850. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.149278> [Consulté le 10 avril 2017].

Knaul, F.M.; Wong, R. et Arreola-Ornelas, H. (2012). Household Spending and Impoverishment. *Financing Health in Latin America*, volume 1. Cambridge, MA : Harvard Global Equity Initiative, avec le Mexican Health Foundation et le Centre de recherches pour le développement international. <https://www.idrc.ca/fr/book/financing-health-latin-america-household-spending-and-impoverishment> [Consulté le 10 avril 2017].

Kucharski, A.J. et Piot, P. (2014). Containing Ebola virus infection in West Africa. *Euro Surveill.* 2014; 19(36): pii=20899. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES2014.19.36.20899>. [Consulté le 10 avril 2017].

Ledogar, R. et Andersson, N. (2002). Social Audits: Fostering Accountability to Local Constituencies. *Capacity.org*, 15, le 22 octobre 2002. http://www.ciet.org/_documents/200794114231.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Lee, K. et Smith, R. (2011). What is 'global health diplomacy'? A conceptual review. *Global Health Governance*, V(1). http://www.ghd-net.org/sites/default/files/Lee-and-Smith_What-is-Global-Health-Diplomacy_Fall-2011_0.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Loaiza, E. et Liang, M. (2013). Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence. New York : UNFPA. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Loewenson, R.; Laurell, A.C.; Hogstedt, C.; D'Ambruso, L. et Shroff, Z. (2014). Participatory action research in health systems: A methods reader. Harare : TARSC, AHPSR, OMS, Centre de recherches pour le développement international, EQUINET. <http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

London, L. et Mulumba, M. (2013). Project Title: Health System Governance: Community Participation as a key strategy for realising the Right to Health. Cape Town et Kampala.

http://salearningnetwork.weebly.com/uploads/6/5/0/1/6501954/idrc_first_report_feb_2013.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Maine, D. et Rosenfield, A. (1999). The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? *American Journal of Public Health*, 89: 480-482.

Maximizing Positive Synergies Academic Consortium (2009). Interactions between global health initiatives and health systems: evidence from countries. juin 2009.

http://www.who.int/healthsystems/publications/MPS_academic_case_studies_Book_01.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

McIntyre, D. et Mills, A. (2012). Research to support universal coverage reforms in Africa: the SHIELD project. *Health Policy and Planning* 2012, 27(suppl 1) : i1-i3. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czs017> [Consulté le 10 avril 2017].

McIntyre, D. et Kutzin, J. (2016). Diagnostic sur le financement de la santé d'un pays : un fondement de la stratégie nationale de développement. Genève : OMS. http://www.who.int/health_financing/tools/diagnostic/fr/ [Consulté le 10 avril 2017].

Mhatre, S. et Schryer-Roy, A.-M. (2009). The fallacy of coverage: uncovering disparities to improve immunization rates through evidence. Results from the Canadian International Immunization Initiative Phase 2 - Operational Research Grants. *BMC International Health and Human Rights* 2009, 9(suppl 1): S1. DOI: 10.1186/1472-698X-9-S1-S1. <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/9/S1/S1> [Consulté le 10 avril 2017].

Mills A (2012). Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods. *Health Policy and Planning*, 27(1):1-7.

Mulumba, M. (2016). How the death of two Ugandan mothers is helping entrench the right to health care.

http://www.huffingtonpost.com/the-conversation-africa/how-the-death-of-two-ugan_b_9287790.html [Consulté le 10 avril 2017].

Narasimhan, H.; Boddu, V.; Singh, P.; Katyal, A.; Bergkvist, S. et Rao, M. (2014). The Best Laid Plans: Access to the Rajiv Aarogyasri community health insurance scheme of Andhra Pradesh. *Health, Culture and Society*, 6(1): 85-97. DOI: 10.5195/hcs.2014.163.

<http://hcs.pitt.edu> [Consulté le 10 avril 2017].

Odu, B.P.; Mitchell, S.; Isa, H.; Ugot, I.; Yusuf, R.; Cockcroft, A. et Andersson, N. (2015). Equity and seeking treatment for young children with fever in Nigeria: a cross-sectional study in Cross River and Bauchi States. *Infectious Diseases of Poverty*, 3: 1.

<https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2049-9957-4-1>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322819/> [Consulté le 10 avril 2017].

Olivier de Sardan, J.P. (2003). L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants. *Études et Travaux*, n. 13. <http://www.lasdel.net/index.php/nos-activites/etudes-travaux/70-n-13-l-enquete-socioanthropologique-de-terrain-synthese-methodologique-et-recommandations-a-usage-des-etudiants-par-j-p-olivier-de-sardan-2003> [Consulté le 5 mai 2017].

Olivier de Sardan, J.P. (2015). Health fee exemptions: controversies and misunderstandings around a research programme. Researchers and the public debate. *BMC Health Services Research*, 15(suppl 3): S4. DOI: 10.1186/1472-6963-15-S3-S4.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-15-S3-S4> [Consulté le 10 avril 2017].

Olivier de Sardan, J.P. et Ridde, V. (2015). Public policies and health systems in Sahelian Africa: Theoretical context and empirical specificity. *BMC Health Services Research* 2015, 15(suppl 3): S3. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/S3/S3> [Consulté le 10 avril 2017].

Omer, K.; Afi, N.J.; Baba, M.C.; Adamu, M.; Malami, S.A.; Oyo-Ita, A.; Cockcroft, A. et Andersson, N. (2014). Seeking evidence to support efforts to increase use of antenatal care: a cross-sectional study in two states of Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014, 14: 380. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/380> [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé (1978). Déclaration d'Alma-Ata. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS. <http://www.who.int/whr/2000/fr/> [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 - Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais*. Genève : OMS. http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf?ua=1 [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé (2010). *Rapport sur la santé dans le monde 2010 - Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Genève : OMS. http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_fr.pdf?ua=1 [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé (2013). *Rapport sur la santé dans le monde 2013 - La recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Genève : OMS. <http://www.who.int/whr/2013/report/fr/> [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé (2014). *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l’OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable*. Genève : OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/185069/1/9789242507157_fre.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé (2016a). *La grossesse chez les adolescents : Aide-mémoire*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/> [Consulté le 10 avril 2017]

Organisation mondiale de la Santé (2016b). *Mortalité maternelle : Aide-mémoire*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/> [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé. Regional Office for Africa (2017). African Health Observatory. Analytical Summary – Health Financing System: Uganda. http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Uganda:Analytical_summary_-_Health_financing_system [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé et Commission on Social Determinants of Health (2008). *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l’équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Genève : OMS. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/ [Consulté le 10 avril 2017].

Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies (2015). *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 – Estimations de l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204113/1/WHO_RHR_15.23_fre.pdf?ua=1 [Consulté le 10 avril 2017].

Patton, M.Q. (2011). *Developmental Evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. New York : The Guilford Press.

Planning Commission of India (2011). *High Level Expert Group Report on Universal Health Coverage for India*. New Delhi. http://planningcommission.nic.in/reports/genrep/rep_uhc0812.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

People and research: improved health systems for West Africans by West Africans (2017). *Health Research Policy and Systems* 15 (suppl 1). <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-15-supplement-1> [Consulté le 31 juillet 2017].

Pothapregada, S. et Atun, R. (2009). Interactions between health systems and Global Fund-supported TB and HIV programmes. In: Maximizing Positive Synergies Academic Consortium. *Interactions between global health initiatives and health systems: evidence from countries*. juin 2009; pp. 65-73.

Rannan-Eliya, R.P.; Anuranga, C.; Chandrasiri, J.; Hafez, R.; Kasthuri, G.; Wickramasinghe, R. et Jayanthan, J. (2012). *Impact of out-of-pocket expenditures on families and barriers to use of maternal and child health services in Asia and the Pacific: Evidence from national household surveys of healthcare use and expenditures - Summary technical report*. Mandaluyong City, Philippines : Asian Development Bank. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/30345/impact-oop-expenditures-mnch-services-asia-pacific.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

Rao, M.; Katal, A.; Singh, P.V.; Samarth, A.; Bergkvist, S.; Kancharla, M.; Wagstaff, A.; Netuveli, G. et Renton, A. (2014). Changes in addressing inequalities in access to hospital care in Andhra Pradesh and Maharashtra states of India: A difference-in-differences study using repeated crosssectional surveys. *BMJ Open* 2014;4:e004471. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004471. <http://bmjopen.bmj.com/content/4/6/e004471.short> [Consulté le 10 avril 2017].

Rosenfield, A. et Maine, D. (1985). Maternal mortality - a neglected tragedy. Where is the 'M' in MCH? *The Lancet*, 326 (8446): 83-85.

Save the Children (2015). *A wake-up call: lessons from Ebola for the world's health systems*. London : Save the Children.

<http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/wake-call-0> [Accesé April 10, 2017].

Say, L.; Chou, D.; Gemmill, A.; Tunçalp, Ö.; Moller, A-B.; Daniels, J.; Gülmezoglu, A.M.; Temmerman, M. et Alkema, L. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6): e323-e333.

[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext) [Consulté le 10 avril 2017].

Sen, G.; Germain, A. et Chen, L. (1994). *Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*. Boston : Harvard Center for Population and Development Studies.

Sen, G. et Govender, V. (2015) Sexual and reproductive health and rights in changing health systems. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 10(2): 228-242 [Consulté le 10 mai 2017].

Sen, G. et Iyer, A. (2012). Who gains, who loses and how: Leveraging gender and class intersections to secure health entitlements. *Social Science & Medicine*, 72: 1802-1811.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611003236> [Consulté le 10 avril 2017].

Sen, G. et Iyer, A. (2016). The mechanisms of intersecting social inequalities in health, *BMJ Global Health* 2016, 1(suppl 1): A35-A36. http://gh.bmj.com/content/1/Suppl_1/A35 [Consulté le 10 avril 2017].

Sen, G.; Iyer, A. et Mukherjee, C. (2009). A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(3): 397-415. DOI:

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19452820903048894?scroll=top&needAccess=true>

[Consulté le 10 avril 2017].

Sidibé, M. (2016). Universal health coverage: political courage to leave no one behind. *www.thelancet.com/lancetgh*, 4: e355-e356. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(16\)30072-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(16)30072-9.pdf) [Consulté le 10 avril 2017].

Singh, S.; Habte, D. et Brown, G. (2010). External review of the Governance Equity and Health Program: findings brief. Ottawa : CRDI. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/47167> [Consulté le 9 mai 2017]

Thematic Group on Health for All of the Sustainable Development Solutions Network (2014). *Health in the framework of sustainable development: Technical report for the post 2015 development agenda*. Paris et New York : Sustainable Development Solutions Network. <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf> [Consulté le 10 avril 2017].

Training and Research Support Centre et Ministry of Health and Child Care, Zimbabwe (2014). *Zimbabwe Equity Watch 2014: Assessing Progress toward Equity in Health - Zimbabwe*. Harare: TARSC, MoHCC, EQUINET. http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/Zimbabwe_EW_2014.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

UNAIDS (2016). Fact Sheet. November 2016. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

UNICEF (1987). *Annual report 1987* [Online]. New York : UNICEF. http://www.unicef.org/about/history/files/unicef_annual_report_1987.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

United Nations Population Fund (2004). Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Le Caire, 5-13 septembre 1994. http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf [Consulté le 10 mai 2017].

University of Zambia Department of Economics, Ministry of Health Zambia, TARSC, EQUINET (2011). *Equity Watch 2011: Assessing Progress towards Equity in Health - Zambia*, EQUINET: Lusaka et Harare. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Zambia_EW_Aug_2011_web.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

Wigmore, R. (2015). Contextualising Ebola rumours from a political, historical and social perspective to understand people's perceptions of Ebola and the responses to it. Ebola Response Anthropology Platform. http://www.ebola-anthropology.net/key_messages/contextualising-ebola-rumours-from-a-political-historical-and-social-perspective-to-understand-peoples-perceptions-of-ebola-and-the-responses-to-it/ [Consulté le 10 avril 2017].

Wilkinson, A. et Leach, M. (2014). Briefing: Ebola - Myths, Realities, and Structural Violence. *African Affairs*, 114(454): 136-148. DOI: 10.1093/afraf/adu080. <https://academic.oup.com/afraf/article-lookup/doi/10.1093/afraf/adu080> [Consulté le 10 avril 2017].

Wilson, N. (2015). Safe delivery: How one organization is using the law to improve maternal and child health in Uganda. *Canadian Geographic*. <http://idrc.canadiangeographic.ca/blog/improving-maternal-child-care-uganda.asp?platform=hootsuite> [Consulté le 10 avril 2017].

Woog, V.; Singh, S.; Browne, A. et Philbin, J. (2015). Adolescent Women's Need for and Use of Sexual and Reproductive Health Services in Developing Countries. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adolescent-womens-need-and-use-sexual-and-reproductive-health-services-developing-countries> [Consulté le 10 avril 2017].

Wurie H. (2014). Ebola's collision with the Sierra Leone post-conflict health system, Blog post, Health Systems Global, le 30 septembre 2014. <http://healthsystemsglobal.org/blog/14/Ebola-s-collision-with-the-Sierra-Leone-post-conflicthealthsystem.html> [Consulté le 10 avril 2017].

Yamin, A. et Boulanger, V. (2014). Why Global Goals and Indicators Matter: The Experience of Sexual and Reproductive Health and Rights in the Millennium Development Goals. *Journal of Human Development and Capabilities*, 15(2-3): 218-231.

Zikusooka, C.M.; Loewenson, R.; Tumwine, M. et Mulumba, M. (2010). *Equity Watch 2011: Assessing progress towards equity in health - Uganda*. Kampala et Harare: EQUINET. http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Uganda_EW_Nov2011_lfs.pdf [Consulté le 10 avril 2017].

L'éditeur

Le Centre de recherches pour le développement international (CRDI), organisme canadien, finance des travaux de recherche appliquée dans les pays en développement afin d'y accroître la prospérité et la sécurité et d'y favoriser la démocratie et la primauté du droit, contribuant ainsi à l'action du Canada en matière de développement international. Le CRDI favorise la croissance et le développement et veille à promouvoir la diffusion des connaissances auprès de responsables des politiques, de chercheurs et de collectivités de par le monde. Il en résulte des solutions novatrices et durables, porteuses de changement pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Les Éditions du CRDI publient les résultats de travaux de recherche et d'études sur des questions mondiales et régionales intéressant de développement durable et équitable. Les Éditions du CRDI enrichissent les connaissances sur ces questions et favorisent ainsi une meilleure compréhension et une plus grande équité dans le monde. Le catalogue des Éditions du CRDI contient la liste de tous les titres offert (voir www.crdi.ca).