



Guide thématique

Ne laisser personne de côté dans la pratique:

Santé

By Erica Nelson, Institute of Development Studies (IDS)



Que savons-nous des personnes marginalisées dans le secteur de la santé?

Depuis la publication du Rapport sur le développement dans le monde 2004, il est de plus en plus manifeste que les décennies d'investissement et d'action en faveur de la santé globale n'ont pas abouti à des progrès équitables en matière de santé (Banque mondiale, 2003). En 2018, le 40^e anniversaire de la déclaration d'Alma Ata sur « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » a suscité un regain d'intérêt pour le renforcement des soins de santé primaires et l'expansion des services de santé de base, susceptibles de générer une plus grande équité dans le domaine de la santé¹. Le nouveau directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), [Tedros Adhanom Ghebreyesus](#), appelle de ses vœux l'émergence d'un mouvement mondial en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU) d'ici à 2030 (cible ODD 3.8). La mise en place d'une CSU remet en question les pratiques établies en matière de financement de la santé globale, de gouvernance et de processus nationaux d'élaboration des politiques, qui ont longtemps privilégié les interventions sanitaires biomédicales et à contrôle vertical.

Une approche destinée à « ne laisser personne de côté » (approche NLPC) vise essentiellement à comprendre pourquoi les résultats de certains groupes en matière de santé ont stagné, voire décliné (Labonté et al. 2007 ; Marmot, 2007 ; Commission on the Social Determinants of Health, 2008 ; Yazbeck 2009 ; Organisation mondiale de la santé, 2015a). Selon les données de l'Observatoire mondial de la santé, 35 % des enfants de moins de cinq ans issus des quintiles les plus pauvres souffrent d'un retard de croissance, contre 16 % des enfants des quintiles les plus riches. Ces données concernent 85 pays. Dans 54 pays, 37 % des femmes sans éducation peuvent satisfaire leurs besoins en matière de planning familial contre 53 % des femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur².



Dans les systèmes de santé, les individus et les groupes marginalisés et vulnérables sont pris dans un cercle vicieux. Par définition, la marginalisation est à la fois la cause et le résultat d'une mauvaise santé ; autrement dit, le fait d'être en mauvaise santé peut entraîner l'exclusion sociale, les difficultés économiques et la marginalisation politique, tandis que l'exclusion sociale, les difficultés économiques et la marginalisation politique sont des facteurs qui contribuent à la mauvaise santé. Les systèmes de santé sont des systèmes sociaux très politisés. Quels que soient les échelons et les activités d'un système de santé, les règles et normes sociales déterminent différents degrés d'exposition à la maladie ou de vulnérabilité aux problèmes de santé, ainsi que différents niveaux d'accès à des services de base pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement, de la réadaptation et des soins palliatifs. Les formes croisées d'inégalités sociales, telles que le statut économique, la situation géographique, le genre, la religion, l'appartenance ethnique, la race, le handicap, l'âge, l'état de santé et le niveau d'éducation, permettent de déterminer la capacité des individus et des groupes à conserver leur santé et leur bien-être, et à prévenir ou traiter leurs problèmes de santé.

Il existe moins de données disponibles sur *la manière dont* les expériences de marginalisation et d'exclusion *se recourent* et minent encore davantage le potentiel de santé et de bien-être (Bates, Hankivsky, Springer, 2009). Nous savons qu'il existe de grands écarts entre les ménages les plus pauvres et les plus riches, et entre les zones rurales et urbaines en ce qui concerne les résultats de santé (Nations Unies, 2015). Nous savons que les femmes sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que les hommes, et qu'elles ont moins de possibilités de s'exprimer sur les processus de politique publique qui ont un impact sur leur bien-être (op. cit). Nous savons que les populations autochtones courent un risque élevé de tomber malades/d'être en mauvaise santé physique, comme le démontre toute une gamme d'indicateurs (Hernandez et al., 2017). Cependant, il s'agit là d'inégalités prédominantes en termes de santé. Les modèles d'inégalité varient d'un pays à l'autre, de sorte qu'une approche « uniforme » pour renforcer le système de santé est insuffisante dans le cas d'un programme NLPC. En pratique, cela signifie que les résultats de santé d'une femme autochtone et vivant en zone rurale se distingue de celui d'une femme autochtone et citadine, par exemple, ou d'une femme vivant en zone rurale et appartenant à un groupe ethnique majoritaire³. Pour les besoins de ce guide thématique, nous avons énuméré ci-dessous des catégories génériques de marginalisation. Lors de la planification et de la programmation, il est indispensable de réfléchir attentivement à la manière dont ces catégories de marginalisation interagissent en termes d'accès aux services de santé.

1. Marginalisation géographique

L'accès aux soins de santé primaires ou à tout niveau supérieur de soins de santé dépend largement de l'endroit où l'on vit. Dans les zones rurales, urbaines et périurbaines, les obstacles à surmonter peuvent être importants, en raison d'un manque d'infrastructures sanitaires, de l'absence de moyens de transport, d'un manque de personnel de santé formé et disponible, et d'un manque de volonté politique d'allouer en priorité des ressources aux communautés marginalisées du fait de schémas d'exclusion politiques et historiques, ou de conflits et violences contemporains. Régler un aspect de la marginalisation géographique ne résoudra pas le problème au sens large : par exemple, il est illusoire de construire de nouvelles cliniques sans investir parallèlement dans la formation et l'embauche d'agents de santé locaux pour doter les cliniques en personnel.

2. Genre et orientation sexuelle

La façon dont le genre et la sexualité influencent les résultats de santé est visible dans tout le secteur de la santé, et pas seulement dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs, où la question du genre a tendance à être cloisonnée (Bates, Hankivsky et Springer, 2009). Si l'on examine les principaux indicateurs de santé globale, il est clair que les différences entre les genres en termes de comportements et de risques peuvent avoir un impact négatif sur la santé des femmes et des hommes, des filles et des garçons (Hawkes et Buse 2013). À cela s'ajoute le fait que la stigmatisation de l'orientation sexuelle et des identités de genre joue un rôle déterminant dans les comportements et les risques en matière de santé, et dans l'accès individuel et collectif aux services de santé. La façon dont les normes de genre se répercutent sur la santé varie considérablement selon les cultures et les contextes, ce qui nécessite une analyse au cas par cas.



3. **État de santé et/ou handicap**

En dépit des cadres juridiques et des engagements mondiaux qui garantissent l'accès de tous les citoyens aux services de santé de base dans un contexte national donné, le fait est que la stigmatisation d'un large éventail de troubles physiques et mentaux peut restreindre l'accès aux services de santé et à l'alphabétisation sanitaire (voir ci-dessous). La façon dont la stigmatisation se manifeste varie considérablement selon le contexte socioculturel et la politisation de certaines questions de santé. Le handicap peut restreindre l'accès aux informations de santé (p. ex., si elles ne sont pas produites ou communiquées sous une forme accessible), aux infrastructures des services de santé et au droit à la santé, lorsque les mécanismes de redevabilité sont faibles ou absents.

4. **Ethnicité, race, religion et origine**

L'ethnicité, la race, la religion et l'origine sont des marqueurs de la différence sociale. Selon le contexte d'une intervention sanitaire donnée, certains groupes peuvent être privés des avantages du système de santé publique, totalement ou partiellement, en raison de pratiques discriminatoires et de schémas d'exclusion qui façonnent les établissements de santé au fil du temps. Par exemple, dans les pays où les populations autochtones ou les minorités religieuses ont été les cibles directes des violences commanditées par l'État, il peut y avoir un manque de confiance important entre ces communautés et les représentants du système de santé publique, notamment les médecins, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les agents de santé communautaires. L'origine est un autre marqueur d'exclusion, qui affecte souvent les migrants dont l'accès aux services de santé peut être restreint par des facteurs structurels, économiques, sociaux ou culturels et dont l'exclusion peut être d'autant plus forte s'ils sont en situation irrégulière.

5. **Éducation et alphabétisation sanitaire**

Les marchés de la santé, c'est-à-dire l'achat et la vente de connaissances, fournitures et services médicaux, reposent, par nature, sur des « asymétries d'information » (Bloom et Standing, 2008). Le patient, ou le consommateur, est pénalisé lors des échanges, en raison de la nature hautement spécialisée des connaissances et des pratiques médicales. Le fait est que les membres les plus faibles de la société sont ceux qui ont le plus de mal à manœuvrer dans le système de santé pour répondre à leurs besoins, et ce quels que soient les pays et les cultures. Cela est d'autant plus flagrant lorsqu'il existe des disparités importantes entre le niveau d'éducation du prestataire de services de santé et celui de l'individu ou du groupe qui utilise ces services.

Comment établir un bon diagnostic de la marginalisation dans le secteur de la santé

Dès lors, la difficulté consiste à établir un diagnostic qui tienne suffisamment compte du fait que les schémas d'exclusion se chevauchent et se recoupent et ont une incidence sur les résultats de santé. En outre, il est capital que ce diagnostic prenne en considération les effets de la marginalisation aux différents niveaux d'un système de santé, p. ex. au niveau de l'accès aux services de santé de base, de l'allocation des ressources et de la fixation des priorités à l'échelon régional, ainsi que de la protection juridique et de l'action politique à l'échelon national et transnational. Il n'existe pas d'outil idéal pour établir ce type de diagnostic, car l'analyse intersectionnelle de la marginalisation dans les systèmes de santé est un domaine de recherche encore récent (voir Waldman, Morgan et Theobald, 2018). Toutefois, une combinaison des quatre outils et approches proposés ci-dessous permettra de mieux comprendre les schémas d'exclusion et les obstacles empêchant de réaliser des progrès en matière de santé, et de mettre en œuvre le principe NLPC dans le cadre des actions programmatiques.



1. Collecte de données désagrégées

La première chose à faire pour mieux comprendre l'étendue et la nature de la marginalisation consiste à développer la collecte de données désagrégées aux stades à la fois de la planification et de la mise en œuvre d'un projet donné. L'OMS met en place une base de données destinée au suivi des inégalités en matière de santé par pays, qui peut aider à mieux comprendre les schémas de marginalisation dans les systèmes de santé (OMS, 2017c). Toutefois, ces données ne sont pas suffisamment détaillées pour permettre d'identifier les formes croisées de marginalisation et d'exclusion aux niveaux infranational, régional ou local. Il ne sera pas possible d'examiner toute la gamme des marqueurs sociaux de différence, mais selon la nature de l'intervention, on pourrait commencer par choisir au moins deux ou trois catégories de marginalisation pertinentes pour l'action programmatique et analyser l'évolution de ces catégories au fil du temps. Concrètement, au lieu de simplement déterminer le nombre d'hommes et de femmes qui participent à des activités de projet, il serait intéressant de créer des sous-catégories pour ventiler la participation par âge, appartenance ethnique, religion et état de santé. Ce type de collecte de données donnera un tableau plus clair des bénéficiaires et des non-bénéficiaires des programmes de la DDC.

2. Analyse sexospécifique et intersectionnelle

Une analyse sexospécifique et intersectionnelle repose sur l'idée que les systèmes de santé ne sont pas neutres en termes de genre et qu'ils sont structurés par des relations de pouvoir inégales. Par conséquent, toute action visant à rendre les systèmes de santé plus équitables exige nécessairement une approche sexospécifique et intersectionnelle. Par genre, nous entendons ici « les rôles, comportements, activités et attributs socialement construits qu'une société donnée considère comme appropriés pour les hommes, les femmes et les autres sexes » et qui ont une incidence sur la façon dont les gens « vivent, travaillent et interagissent à tous les niveaux, y compris avec le système de santé » (Morgan et al, 2016 ; p. 1069). L'analyse sexospécifique, et l'analyse intersectionnelle effectuée en parallèle, peuvent être intégrées *au contenu, au processus et aux résultats* des programmes de santé (Morgan et al., 2016). Au niveau du contenu, la désagrégation des données basée sur le genre (mentionnée ci-dessus) et les cadres et questions relatifs à l'analyse genre peuvent aider à orienter la conception des programmes et la prise de décision vers une plus grande équité entre les sexes. En termes de processus, l'analyse genre permet une réflexion critique sur les relations de pouvoir et sur la manière dont elles déterminent la formulation des questions, le déroulement de l'analyse et l'élaboration des stratégies. Enfin, en termes de résultats, une approche sexospécifique et intersectionnelle permet de comprendre comment transformer les relations de pouvoir au sein des systèmes de santé afin de respecter l'engagement de ne laisser personne de côté (voir également Larson et al., 2016).

3. Analyse des parties prenantes et cartographie des redevabilités

La redevabilité est de plus en plus utilisée comme instrument pour améliorer les performances des systèmes de santé et les résultats en matière de santé. Comme c'est le cas avec la politique des preuves (Pankhurst, 2017), la politique du genre et d'autres formes d'exclusion sociale dans les systèmes de santé, la redevabilité s'applique aussi aux relations de pouvoir, car celles-ci interviennent de multiples façons, tant en ce qui concerne la fourniture des services de santé que la prise de décision. Pour comprendre comment les relations de pouvoir peuvent favoriser ou limiter les changements dans les systèmes de santé, il est nécessaire de cartographier les principales parties prenantes d'une intervention sanitaire donnée et les relations de redevabilité qui structurent leurs interactions (Hernandez et al., 2017). Par exemple, une méthode courante pour améliorer la performance du système de santé au niveau local consiste à utiliser une « fiche de notation communautaire » pour identifier, suivre et corriger les problèmes dus à des prestations de service médiocres ou inadéquates au niveau local. Une telle méthode risque cependant, à tort, d'exercer une pression accrue sur les acteurs les moins puissants d'un système de santé, tels que les agents de santé communautaires de première ligne ou les infirmières auxiliaires, qui ne peuvent contrôler les ressources qui leur sont allouées (fournitures médicales, médicaments) ou le soutien qui leur est apporté (formation, supervision) pour remplir leur rôle. Une cartographie des parties prenantes et de la redevabilité, sur le modèle de la matrice de Brinkerhoff (Brinkerhoff, 2004), peut aider à comprendre comment les relations de pouvoir fonctionnent dans un ensemble donné d'acteurs du système de santé et contribuent soit à aggraver, soit à atténuer la marginalisation et l'exclusion de certains groupes.



4. Recherche participative et approches de planification

Un moyen décisif d'orienter les activités de programme, l'action politique ou le travail de plaidoyer vers une plus grande équité en matière de santé consiste à impliquer directement les groupes les moins puissants et les plus marginalisés dans le processus. Il existe un large éventail d'approches participatives et socialement inclusives, dont bon nombre sont déjà utilisées dans les programmes de santé de la DDC. Lors du recrutement des participants au processus de diagnostic, il est important d'éviter les partenaires habituels, c'est-à-dire les dirigeants communautaires, les chefs religieux ou d'autres interlocuteurs locaux disposant d'un pouvoir formel ou informel important au niveau local. Une fois qu'un diagnostic sommaire de la marginalisation est établi grâce aux trois étapes précédentes, l'objectif de la recherche participative est de continuer à tester et à affiner les hypothèses sur lesquelles repose l'action sanitaire (Belle-Isle, Benoit et Pauly, 2014). Si le projet ou le programme ne prend pas systématiquement en compte les points de vue de ceux à qui il est destiné, il risque de renforcer involontairement les hiérarchies de pouvoir qu'il cherche à déstabiliser.

Points d'entrée vers une approche NLPC dans le secteur de la santé

Il n'existe pas de solution miracle pour traiter la marginalisation et l'exclusion dans les systèmes de santé et dans le secteur de la santé globale. L'important est de reconnaître que les schémas de marginalisation et d'exclusion *évoluent avec le temps*, et qu'une approche d'apprentissage adaptatif est une condition préalable à toute tentative de lutte contre les inégalités en matière de santé. C'est pourquoi il est impératif, lorsqu'on élabore un programme de santé, d'y intégrer un processus d'apprentissage qui favorise la participation des populations clés et l'action intersectorielle, afin de détecter régulièrement ceux qui ne profitent pas de ce programme et pourquoi.



La DDC et les organisations partenaires disposent déjà d'un important corpus de connaissances sur tout un ensemble de stratégies et d'outils pouvant être utilisés pour concevoir et mettre en œuvre des programmes de santé équitables (voir le cadre stratégique 2015-2019 de la DDC du programme global Santé de la DDC (en anglais), le manuel technique et le manuel du facilitateur Innov8 de l'OMS ainsi que le manuel sur le suivi des inégalités en santé à l'échelle nationale de l'OMS, tous cités ci-dessous).

Entre 2015 et 2016, l'IDS et la DDC ont organisé un parcours d'apprentissage sur le thème de l'équité et de l'inclusion en matière de santé. Grâce à ce parcours d'apprentissage, le groupe a identifié les points d'entrée suivants pour ne laisser personne de côté en matière de santé :

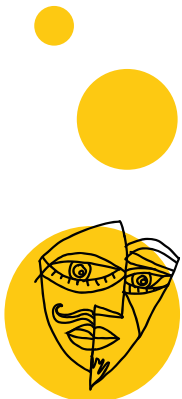
- Soutenir les études multidisciplinaires visant à documenter les modèles/facteurs de marginalisation et d'exclusion et leurs impacts sur les résultats de santé des groupes vulnérables ;
- Renforcer l'analyse politique et la planification stratégique afin de lever les obstacles à l'équité ;
- Renforcer les capacités de suivi et d'exécution des règlements existants et des droits établis en matière de santé ;
- Consolider la capacité des parties prenantes à recueillir des informations et à influencer le changement⁴.

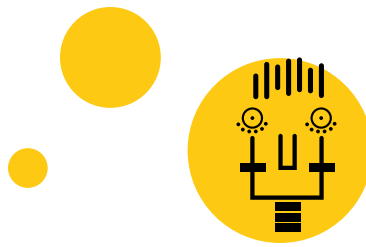


Parallèlement à l'élaboration, par la DDC, de protocoles et stratégies destinés à favoriser l'approche NLPC dans le secteur de la santé, l'OMS a développé « l'approche Innov8 », qui vise explicitement à soutenir les programmes nationaux en vue de la réalisation de l'ODD3 (OMS, document évolutif, version 2016). Le manuel Innov8 énonce des mesures concrètes pour diagnostiquer et traiter les inégalités en matière de santé au niveau national. Ses limites tiennent au fait qu'il cible les gestionnaires et le personnel de santé au niveau national, et donc les processus décisionnels en matière de santé arrêtés au niveau national (plutôt que de traiter les nuances d'exclusion et de marginalisation telles qu'elles se manifestent aux niveaux local et sous-régional). Il a toutefois son utilité, car il démontre combien il est important de remettre en question et de réviser les théories du changement et la conception des programmes dans le cadre d'un processus en plusieurs étapes.



Fig 1. L'approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté, Organisation mondiale de la santé (2016), p. 10. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)





Références

- Bates, L.M., Hankivsky, O. et Springer, K. (2009) « Gender and Health Inequities : A Comment on the Final Report on the WHO Commission on the Social Determinants of Health », *Social Science and Medicine* 69 : 1002-4
- Belle-Isle, L. ; Benoit, C. et Pauly, B. (2014) « Addressing Health Inequities Through Social Inclusion : The Role of Community Organizations », *Action Research* 12.2 : 177-93, <http://doi.org/10.1177/1476750314527324> (consulté le 18 décembre 2018)
- Bloom, G. ; Standing, H. et Lloyd, R. (2008) « Markets, Information Asymmetry and Health Care : Towards New Social Contracts », *Social Science and Medicine* 66.10 : 2076-87, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.034> (document consulté le 18 décembre 2018)
- Braveman, P. et Gruskin, S. (2003) « Poverty, Equity, Human Rights and Health », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 81.7: 539-45
- Brinkerhoff, D.W. (2004) « Accountability and Health Systems: Towards Conceptual Clarity and Policy Relevance », *Health Policy and Planning* 19.6: 371-79
- Commission des déterminants sociaux de la santé (2008) *Comblent le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Genève : Organisation mondiale de la santé, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69831/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf?sequence=1 (document consulté le 18 décembre 2018)
- Farrer, L.; Marinetti, C.; Cavaco, Y.K. et Costongs, C. (2015) « Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review », *Milbank Quarterly* 93.2: 392-437, <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12112> (document consulté le 18 décembre 2018)
- Hawkes, S. et Buse, K. (2013) « Gender and Global Health : Evidence, Policy, and Inconvenient Truths », *The Lancet* 381.9879: 1783-87, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6) (document consulté le 18 décembre 2018)
- Hernandez, A.; Ruano, A.L.; Marchal, B.; San Sebastián, M. et Flores, W. (2017) « Engaging with Complexity to Improve the Health of Indigenous People : A Call For the Use of Systems Thinking to Tackle Health Inequity », *International Journal of Equity in Health* 16.26
- Kawachi, I.; Subramanian, S.V. et Almeida-Filho, N. (2002) « A Glossary for Health Inequalities », *Journal of Epidemiology and Community Health* 56.9: 647-52, <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647> (document consulté le 18 décembre 2018)
- Labonté, R. et al. (2007) « Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution. Final Report to the Commission on Social Determinants of Health », Université d'Ottawa, Institut de santé publique et Organisation mondiale de la santé, www.who.int/social_determinants/resources/gkn_report_06_2007.pdf (document consulté le 18 décembre 2018)
- Larson, E., George, A., Morgan, R. et Poteat, T. (2016) « 10 Best Resources on... Intersectionality With An Emphasis on Low- and Middle-Income Countries », *Health Policy and Planning* 31.8: 964-969, <https://doi.org/10.1093/heapol/czw020> (document consulté le 18 décembre 2018)
- Marmot, M. (au nom de la Commission des déterminants sociaux de la santé) (2007) « Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes », *The Lancet* 370: 1153-63
- Morgan, R. et al. (2016) « How to Do (or Not to Do)... Gender Analysis in Health Systems Research », *Health Policy and Planning* 31.8: 1069-78, <https://doi.org/10.1093/heapol/czw037> (document consulté le 18 décembre 2018)
- Ottersen, O.P. et al. (2014) « The Political Origins of Health Inequity : Prospects for Change », *The Lancet* 383.9917: 630-67
- Parkhurst, J. (2017) *The Politics of Evidence: From Evidence-Based Policy to the Good Governance of Evidence*, Abingdon, Oxon: Routledge
- Rumbold, B. et al. (2017) « Universal Health Coverage, Priority Setting, and the Human Right to Health », *The Lancet* 390.10095: 712-14, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30931-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30931-5) (document consulté le 18 décembre 2018)
- DDC (2015) *Strategic Framework 2015-2019 : SDC Global Programme Health*, Berne : Direction du développement et de la coopération, www.shareweb.ch/site/Health/publiclibrary/Public%20Library/Strategic%20Framework%202015-2019%20SDC%20Global%20Programme%20Health.pdf (document consulté en avril 2018)



- Nations Unies (2015) Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2015, New York, Nations Unies, www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20Summary%20web_english.pdf (document consulté le 18 décembre 2018)
- Assemblée générale des Nations unies (2015) *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F (document consulté en janvier 2018)
- Waldman, L.; Theobald, S. et Morgan, R. (2018) « Key Considerations for Accountability and Gender in Health Systems in Low- and Middle-Income Countries », *IDS Bulletin* 49.2 : 81-94, <http://bulletin.ids.ac.uk/idsbo/article/view/2967> (document consulté le 18 décembre 2018)
- Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006) *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1*, Copenhague : OMS Europe
- Banque mondiale (2003) *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, Washington DC: World Bank Group, <http://documents.worldbank.org/curated/en/527371468166770790/World-Development-Report-2004-Making-services-work-for-poor-people-Overview> (document consulté le 8 avril 2018)
- Organisation mondiale de la santé (2017a) *Facilitators Manual for the Innov8 Approach for Reviewing National Health Programmes to Leave No One Behind*, Genève : Organisation mondiale de la santé, www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-facilitators-manual-july-2017.pdf?ua=1 (document consulté en avril 2018)
- Organisation mondiale de la santé (2017b) *World Health Statistics 2017 : Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Genève : Organisation mondiale de la santé, www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/EN_WHS2017_AnnexB.pdf?ua=1 (document consulté le 12 février 2018)
- Organisation mondiale de la santé (2017c) *National Health Inequality Monitoring, A Step-by-Step Manual*, Genève : Organisation mondiale de la santé, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255652/1/9789241512183-eng.pdf?ua=1> (document consulté en mai 2017)
- Organisation mondiale de la santé (2016) « Approche Innov8 pour passer en revue les programmes de santé nationaux et s'assurer qu'ils ne laissent personne de côté » (document évolutif), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250442/9789241511391-eng.pdf?sequence=1> (document consulté le 1er avril 2018)
- Organisation mondiale de la santé (2015a) *State of Inequality: Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*, Genève: Organisation mondiale de la santé, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164590/1/9789241564908-eng.pdf?ua=1&ua=1> (document consulté en juillet 2017)
- Organisation mondiale de la santé (2015b) *Integrating Equity, Gender, Human Rights and Social Determinants into the Work of the WHO, Roadmap for Action, 2014-2019*, Genève : Organisation mondiale de la santé, www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/web-roadmap.pdf?ua=1 (document consulté le 2 avril 2018)
- Organisation mondiale de la santé (2015c) « L'eau, l'assainissement et l'hygiène pour accélérer et pérenniser les progrès dans la lutte contre les maladies tropicales négligées Stratégie mondiale 2015-2020 », Genève : Organisation mondiale de la santé, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204451/WHO_FWC_WSH_15.12_fre.pdf?sequence=1 (document consulté en avril 2018)
- Organisation mondiale de la santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale (2017a) « Systèmes de santé pour une couverture santé universelle – une vision commune pour la santé de tous », Genève : OMS et BIRD/Banque mondiale, https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangements_docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_vision_paper_French_MAR18_WEB.pdf (document consulté en avril 2018)
- Organisation mondiale de la santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale (2017b) « Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle », Genève : OMS et BIRD/Banque mondiale <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310926/WHO-HIS-HGF-17.2-fre.pdf?ua=1> (document consulté le 18 décembre 2018)
- Yazbeck Abdo, S. (2009) *Attacking Inequality in the Health Sector: A Synthesis of Evidence and Tools*, Washington DC: Banque mondiale



Notes de fin de page

- 1 L'inégalité en matière de santé désigne ici « les inégalités jugées injustes ou découlant d'une forme d'injustice sociale » (Kawachi, Subramanian, Almeida-Filho, op. cit.), ainsi que les écarts de santé évitables et prévisibles, si l'on se place dans une optique de droit de l'homme à la santé (Whitehead et Dalgren, 2006 ; OMS, 2015a; Braveman et Gruskin, 2003 ; Farrer et al., 2015). Ainsi, toute action visant à réduire les inégalités de santé requiert au préalable un jugement moral sur ce qui est « juste, équitable ou acceptable » dans une société donnée (OMS, 2015a, p. 5)
- 2 Les données actualisées de l'Observatoire mondial de la santé (en anglais) peuvent être consultées ici : http://www.who.int/gho/health_equity/en/
- 3 L'inégalité en matière de santé désigne ici « les inégalités considérées comme injustes ou découlant d'une forme d'injustice sociale » (Kawachi, Subramanian, Almeida-Filho, op. cit.), ainsi que les écarts en matière de santé qu'il est possible d'« éviter » et de prévenir, si l'on se place dans une optique de droit de l'homme à la santé (Whitehead et Dalgren, 2006 ; OMS, 2015a ; Braveman et Gruskin, 2003 ; Farrer et al., 2015). Ainsi, toute action visant à réduire les inégalités de santé requiert au préalable un jugement moral sur ce qui est « juste, équitable ou acceptable » dans une société donnée (OMS, 2015a, p. 5)
- 4 Adapté des notes de réunion Tirana F2F, septembre 2016, et Erika Placella, présentation au siège de la DDC, octobre 2017

Impressum

Éditeur:

Département fédéral des affaires étrangères DFAE
Direction du développement et de la coopération DDC
3003 Berne
www.ddc.admin.ch

Mise en page:

Zoï Environment Network, Genève/Suisse

Contact spécialisé:

Section Assurance de qualité et Réduction de la pauvreté
Tél.: +41 58 465 92 77
E-mail: dezaqualitaetssicherung@eda.admin.ch

Berne, 2020 / © FDFA