

ÉDITORIAL

Surmonter les Défis de la Planification Familiale en Afrique: vers la Satisfaction des Besoins Non Satisfaits et L'augmentation de la Prestation des Services

DOI: 10.29063/ajrh2018/v22i1.1

Andrzej Kulczycki

Ministère de l'organisation et de la politique des soins de santé, Université d'Alabama à Birmingham (UAB)

*Pour la Correspondance: Email: andrzej@uab.edu

Augmenter l'accès à la planification familiale et répondre aux besoins non satisfaits en matière de la contraception sont des objectifs clés pour améliorer la santé de la reproduction. Un accès médiocre à la planification familiale est associé à des grossesses non désirées et à des résultats encore moins bons chez la mère et le nouveau-né, y compris la morbidité et la mortalité liées à l'avortement¹. Répondre aux besoins non satisfaits aide à accroître l'utilisation des contraceptifs et à réduire les grossesses non désirées, ce qui améliore les résultats pour la santé et offre de grands avantages sociaux et économiques aux femmes, à leurs familles et à la société. Les besoins non satisfaits reflètent les lacunes de la demande et de l'offre des services de contraception. Les défis posés sont plus importants dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM), en particulier en Afrique subsaharienne (ASS)². Les progrès visant à réduire les besoins non satisfaits restent lents et des moyens plus efficaces sont nécessaires pour élaborer les soins de planification familiale à plus grande échelle.

Besoin non satisfait de la planification familiale

Le besoin non satisfait fait référence au pourcentage des femmes sexuellement actives et fécondes qui ne veulent plus d'enfants ou qui retardent le prochain enfant, mais qui n'utilisent pas de contraception. Il s'agit d'un indicateur important utilisé pour suivre les progrès, mesuré à l'aide d'un algorithme basé sur un ensemble de questions d'enquête normalisées^{3, 4}. Les utilisateurs des méthodes traditionnelles tendent à avoir des taux d'échec élevés et sont considérés comme ayant un besoin non satisfait d'une méthode plus efficace, réduisant le pourcentage de la demande de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes de contraception.

Le besoin non satisfait est également une mesure importante pour le plaidoyer et la planification.

Entre 1990 et 2010, la prévalence mondiale de la contraception est passée de 55% à 63% et le besoin non satisfait de planification familiale est passé de 15% à 12%⁵. Cependant, le nombre de femmes en âge de procréer est encore important et en croissance dans de nombreuses régions. Dans les régions en développement, environ 214 millions de femmes en âge de procréer (15-49 ans) avaient un besoin non satisfait de contraception moderne en 2017, soit 84% de toutes les grossesses non désirées⁶. Les lacunes dans la satisfaction des besoins des femmes persistent surtout chez les pauvres, les jeunes, les personnes moins éduquées et mal desservies avec des préférences élevées en matière de fécondité. Le niveau de besoins non satisfaits est le plus élevé (21%) en Afrique subsaharienne et de 25% ou plus en Afrique Centrale et Occidentale, où les valeurs estimées pour 2010 étaient presque identiques à celles de 1990⁵.

Changements dans le contexte de la planification familiale en Afrique

Bien que l'évolution future de la transition de la fécondité en ASS soit incertaine, elle devient plus hétérogène à mesure que la demande de planification familiale augmente dans un plus grand nombre de régions⁷. Les programmes de planification familiale restent fragiles et nécessitent toujours un leadership politique favorable, en particulier dans les pays d'Afrique Centrale et Occidentale⁸. En Afrique de l'Est, le Rwanda, le Malawi et l'Éthiopie ont récemment accompli des progrès impressionnants, tout comme l'Afrique du Sud et le Mozambique auparavant. Au Rwanda et au Malawi, les taux de prévalence contraceptive dépassent maintenant 50% (plus du double de la moyenne pour l'ASS) et plus d'hommes que de femmes ne veulent plus d'enfants; ce qui démontre l'impact des efforts pour convaincre les hommes des avantages de la planification familiale. En

Afrique francophone, le Sénégal et le Burkina Faso ont enregistré des augmentations modestes de l'utilisation des contraceptifs, tout comme le Mozambique, le Kenya et l'Ouganda en Afrique de l'Est⁹. D'autres pays d'ASS peuvent connaître le même succès, malgré des problèmes de développement comparables.

Une grande partie de ces progrès récents est due au fait que les dirigeants politiques ont montré un engagement et un plaidoyer accrus en faveur de la planification familiale en tant que priorités en matière de santé et de développement¹⁰. Les champions locaux et internationaux ont compris des associations de planification familiale et des donateurs, encouragés par le Sommet de Londres 2012 qui a rassemblé plus de ressources pour financer les services de planification familiale. La forte participation de la communauté a favorisé l'expansion du service, améliorant la demande et l'offre de contraception. La fourniture communautaire de contraceptifs injectables a conduit à leur émergence rapide en tant que méthode la plus populaire de l'ASS¹¹. Des idéaux axés sur la taille des familles plus petites s'installent dans un plus grand nombre de pays, en particulier dans les villes, parallèlement à l'acceptabilité croissante des contraceptifs modernes. Il existe d'autres initiatives pour améliorer et élargir les services pour les groupes mal desservis tels que les adolescents, les femmes post-partum et post-avortement, bien qu'ils rencontrent souvent des résistances et que la planification familiale soit peu intégrée aux autres services de santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile.

Progrès limité en Afrique Centrale et Occidentale

Le Nigéria illustre les obstacles importants à surmonter pour répondre aux besoins non satisfaits. Le pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne reste au début de sa transition contraceptive. Les opinions patriarcales et pronatalistes dominent, la volonté politique de promouvoir la planification familiale fait défaut et les services de santé sont limités. En 2012, seulement 10% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisaient une contraception moderne et plus de 90% des non-utilisatrices ne parlaient pas de planification familiale avec un agent de santé¹²⁻¹³. Les réponses de l'Enquête sur la démographie et la santé à travers l'Afrique documentent les problèmes omniprésents de mauvaise communication entre époux; l'opposition familiale, communautaire et religieuse à utiliser, renforcée par la désinformation; une gamme de problèmes de santé et les effets secondaires redoutés; les contraintes à l'accès, y compris le choix limité de la méthode ainsi que la mauvaise orientation. L'Initiative nigériane pour la santé en matière de procréation en milieu urbain

(INSMPMU), programme à composantes multiples dans six grandes villes, a augmenté de 10% l'utilisation des méthodes modernes en 2010-14 et réduit les préférences en matière de fécondité¹⁴. Elle a utilisé des activités génératrices de demande (meilleurs messages, formation des prestataires nécessitant un changement de comportement, discussions avec les chefs religieux) et amélioré l'accès aux dispensaires et la prestation de services (minimisation des «mini-transformations» des établissements cliniques et des problèmes de chaîne logistique). Cependant, la durabilité des changements dans l'utilisation des contraceptifs et les désirs de fertilité est incertaine, avec des activités d'intensification qui ne sont pas clairement intégrées et une plus grande attention au renforcement des systèmes de santé souhaitable.

Renforcement des programmes de planification familiale et des systèmes de santé

Les programmes de planification familiale atteignent les cibles plus rapidement et plus efficacement s'ils comportent des composantes communautaires intégrées liées aux éléments constitutifs et aux fonctions fondamentales du système de santé^{15,16}. Ceci implique des activités telles que développer un leadership et des partenariats plus efficaces à tous les niveaux, développer des stratégies de financement plus réactives, changer les tâches et renforcer les équipes de travailleurs de santé communautaires, renforcer les systèmes d'approvisionnement, la recherche de mise en œuvre et l'équité qui visent à atteindre des groupes plus défavorisés. Ces activités et listes de souhaits sont difficiles à réaliser. Par exemple, les prestataires de soins réguliers, y compris certains cliniciens, se sentent souvent menacés en transférant des tâches à des travailleurs paramédicaux qualifiés¹⁷ qui, eux-mêmes, sont incapables de répondre à leurs demandes accrues, sauf si les responsables des programmes peuvent régler les problèmes de manque de personnel, élaborer des lignes directrices, des pratiques de surveillance, assurer des salaires équitables, des primes et des environnements de travail convenables¹⁸. Des tentatives bien gérées de renforcement des systèmes de santé communautaires peuvent surmonter ces obstacles. En Éthiopie, une volonté politique renouvelée a contribué à créer un programme de santé communautaire intégré dans le système de santé, avec des agents de vulgarisation sanitaire déployés dans tout le pays pour diffuser la planification familiale et assurer une couverture universelle des soins de santé primaires (SSP)^{10,19}. Le gouvernement et les partenaires de développement ont engagé des ressources financières et

techniques accrues, tandis qu'un plaidoyer soutenu a contribué à surmonter les obstacles contextuels et à renforcer les organismes et les fournisseurs de planification familiale. Plus tôt, le Ghana est devenu le deuxième pays d'Afrique subsaharienne à élaborer une politique démographique, mais celle-ci est restée inactive jusqu'au début du siècle. Le Ghana a ensuite réorienté les soins de santé primaires des centres de santé des sous-districts vers les sites communautaires grâce à son initiative de planification et de services de santé communautaire (PSSC), conçue pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires à l'échelle nationale. La PSSC était fondée sur l'expérience de Navrongo pour de meilleurs services de planification familiale et de santé infantile dans la région la plus pauvre et la plus reculée du pays²⁰. Cela a fourni des preuves essentielles produites localement montrant que des services simples et peu coûteux qui engageaient la communauté pouvaient réduire de manière significative la fécondité et la mortalité infantile, permettant une augmentation progressive de la population²¹.

Augmenter l'échelle de prestation des services de planification familiale

L'augmentation de l'aide internationale destinée à financer des programmes mondiaux de santé à grande échelle a suscité un intérêt pour l'amélioration de la mise à l'échelle des donateurs et des chercheurs dans le domaine de la santé mondiale²². Une recherche et un plaidoyer efficaces sont également nécessaires pour construire le cas localement en vue d'une mise à l'échelle, comme le prouvent les projections basées sur des simulations pour l'Afrique du Sud. En 2015-30, une augmentation annuelle estimée à 0,68% de la prévalence contraceptive entraînerait une réduction de 20% des grossesses non désirées, des avortements et des naissances, évitant ainsi 7 000 décès de nouveau-nés et d'enfants et 600 décès maternels. Ces gains coûteraient 7 dollars par an par utilisateur de contraception moderne (ou <0,5% du budget national de santé 2014), soulignant l'impact de l'intervention et la rentabilité²³.

Augmenter à l'échelle est devenue un terme largement utilisé, mais il est souvent utilisé de façon imprécise. Des conseils systématiques sont maintenant disponibles sur les pratiques d'intensification durable²⁴⁻²⁷. Le plus connu est peut-être le cadre ExpandNet-OMS, qui définit l'augmentation à l'échelle comme «des efforts délibérés pour accroître l'impact des innovations des services de santé, testées avec succès dans des projets pilotes ou expérimentaux, afin de bénéficier à plus de personnes et de favoriser le

développement de politiques et de programmes à base durable"²⁴. Cependant, l'augmentation à l'échelle ne suit pas un processus linéaire simple et n'est pas une science exacte; c'est aussi un métier²⁸. Il est spécifique au contexte avec des variables importantes y compris le rôle de la structure organisationnelle et les contraintes institutionnelles, politiques, économiques et socioculturelles.

Les appels pour l'augmentation à l'échelle pour développer une stratégie formulée à partir des meilleures pratiques et appliquée à l'échelle la plus efficace, et nécessite ensuite une adaptation innovations aux environnements différents. Les meilleures pratiques et études de cas internationales ne fournissent pas de plans opérationnels détaillés sur la manière de traduire l'accès aux services ou la qualité des soins dans un autre contexte, mais un examen de la documentation conceptuelle et des entretiens avec les experts de mise en œuvre indiquent des facteurs communs de réussite. Il s'agit notamment de choisir une intervention simple et techniquement valable largement reconnue, un leadership et une gouvernance solides, l'engagement actif d'une gamme d'exécutants locaux et d'autres parties prenantes, y compris de la communauté cible, adoptant une approche intégrée pour l'adapter aux besoins locaux et décentraliser la livraison.

Est-ce que nous y arrivons ?

L'exemple ghanéen montre le potentiel d'intensification des initiatives prometteuses dans les services de planification familiale à base communautaire, ainsi que les risques de déraillement et les opportunités de renouvellement. L'augmentation à l'échelle rapide initiale de la PSSC a ralenti de façon inattendue à l'échelle nationale alors que l'accent était mis sur la programmation axée sur les personnes et l'engagement communautaire, et que la capacité de gestion au niveau du district était négligée au profit des services cliniques. En 2007, l'accent a été mis sur le renforcement des systèmes de santé communautaires, avec des rôles élargis de personnel de santé communautaire et des compétences améliorées, une qualité de service améliorée, une recherche rigoureuse sur la mise en œuvre, le développement et le soutien du leadership. Un modèle de développement des systèmes par étapes a permis une meilleure mise à l'échelle³⁰. Cela comprenait une recherche formative pour développer une stratégie, une micro-mise en œuvre de la recherche pour montrer l'impact et la base pour une augmentation à l'échelle au niveau du district, et un travail de réplique sur une échelle progressivement plus grande³¹. Cela a contribué à renforcer la base

factuelle pour la planification familiale et les autres services de SSP au Ghana, bien que leur adoption par les décideurs et les politiciens n'ait pas été facile.

Il est clair que de multiples facteurs peuvent influencer le cours des efforts visant à étendre les soins de planification familiale de qualité à plus grande échelle en ASS. Malgré les conseils disponibles, il n'y a pas de plans et il y a peu de consensus sur la façon dont l'échelle devrait être mise en place, comment elle devrait être mesurée, et déterminer quels sont les moteurs de la réussite. Les pressions pour une intensification avant que l'efficacité ne soit clairement établie doivent être combattues, les préoccupations socio-politiques supplémentaires étant la volonté politique, les engagements politiques à tous les niveaux et l'appropriation par le pays, tout en prêtant attention au contexte plus large. Par exemple, le récit dominant sur les réalisations remarquées en Éthiopie et au Rwanda a été étroitement lié à la nature de leurs systèmes politiques qui ne conviendraient peut-être pas ailleurs³², appelant à des moyens différents de promouvoir le consensus social.

Certains défis à l'augmentation à l'échelle sont communs à la politique de santé et à la recherche sur les systèmes plus généralement. Ceux-ci comprennent la fragmentation du champ, la prédominance d'un modèle de recherche biomédicale nordique et celui des budgets domestiques d'ASS (et autres PRFI) favorisant les soins tertiaires spécialisés et hospitaliers par rapport aux SSP et l'absence de demande de politiques et de systèmes de santé³³. D'autre part, le plaidoyer mondial pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et pour une plus grande utilisation des données probantes dans les politiques et les décisions prend de l'ampleur. Cela comprend une planification familiale accessible, de qualité et axée sur l'équité.

La pression pour une meilleure compréhension et application des stratégies d'augmentation à l'échelle efficaces serait plus facile à réaliser si les projets et les programmes étaient conçus dès le départ avec une perspective d'extension. Cela fait appel à une concentration davantage sur ce que les sciences organisationnelles considèrent comme des systèmes ouverts (les interrelations entre les organisations et leur contexte sociopolitique et culturel plus large), ainsi que sur l'intégration de la recherche dans la mise en œuvre ou un processus d'apprentissage et de mise en œuvre. À l'heure actuelle, les pays d'ASS ont une faible capacité de mise en œuvre scientifique, de changement organisationnel et de recherche sur les systèmes. Le travail est souvent fragmenté, fragmentaire et descriptif. Cette situation fait appel à une modification de mentalité. La mise à l'échelle est un processus à long

terme, une réalité souvent négligée par les administrateurs et les bailleurs de fonds ayant des horizons à court terme.

Conclusions

La planification familiale a longtemps été négligée et mal appliquée en ASS, où l'échec à développer une compréhension totale de besoins non-satisfaits et un ensemble de mesures d'intervention multi-composantes pour y remédier, continuent de poser d'importants défis au niveau du développement, de la santé et des droits. De manière plus optimiste, la prise de conscience des raisons qui poussent les programmes de planification familiale à accorder une plus grande priorité aux systèmes de santé africains est en augmentation et plusieurs nouveaux succès régionaux et modèles de mise en œuvre sont apparus. Ils indiquent la possibilité de répondre aux besoins non satisfaits et d'intensifier la prestation des services de planification familiale malgré les complexités et le défi supplémentaire de la pérennisation de l'environnement économique mondial. Ceux-ci seraient plus faciles à surmonter si le programme de recherche mettait davantage l'accent sur la mise à l'échelle. En outre, les chercheurs devraient collaborer davantage avec les planificateurs de la santé pour aider à définir et à affiner les stratégies de mise en œuvre les plus réussies dans un contexte donné.

Références

1. Ahmed S, Li Q, Liu L et Tsui AO. Décès maternels avertis par l'utilisation de la contraception : une analyse de 172 pays. *Lancet* 2012; 380 (9837): 111-25.
2. Casterline JB et El-Zeini LO. Besoins non satisfaits et baisse de la fécondité: une perspective comparative des perspectives en Afrique subsaharienne. *Studies in Family Planning*, 45 (2): 227-245.
3. Bradley SEK et Casterline JB. Comprendre les besoins non satisfaits: histoire, théorie et mesure. *Studies in Family Planning*, 45 (2): 123-150.
4. Piste 20 [Internet]. Suivre les progrès de la planification familiale. Sources de données et méthodologie pour les indicateurs de base de FP2020 - 2013. Glastonbury, CT: *Avenir Health*; 2014. Disponible sur: http://www.track20.org/pages/data/data_sources_and_methodology [consulté le 14 janvier 2018].
5. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C et Biddlecom A. Taux et tendances nationaux, régionaux et mondiaux de la prévalence contraceptive et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale entre 1990 et 2015: Une analyse systématique et complète. *Lancet*, 381 (9878) (2013), pages 1642-1652.
6. Singh S, Darroch JE et Ashford LS. Adding it Up: Les coûts et les avantages de l'investissement dans la santé sexuelle et reproductive 2017. New York: Institut Guttmacher et UNFPA. Disponible à: <https://www.guttmacher.org/fact->

- sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, consulté le 14 janvier 2018.
7. Mbacke C. La persistance de la forte fécondité en Afrique subsaharienne: un commentaire. *Population and Development Review* 2017; 43 (Supplément): 330-337
 8. Mai JF. La politique des politiques et programmes de planification familiale en Afrique subsaharienne. *Population and Development Review* 2017; 43 (Supplément): 308-329.
 9. Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, Brown W et Alkema L. Usage contraceptif moderne, besoins non satisfaits et demande satisfaite chez les femmes en âge de procréer qui sont mariées ou en union dans les pays cibles de l'initiative Planification familiale 2020: une analyse systématique à l'aide de l'outil d'estimation de la planification familiale. *Lancet* 2018; 391 (10123): 870-882,
 10. Murunga V, RN de Musila, Oronje RN et Zulu EM. L'Afrique en mouvement! Le rôle de la volonté politique et de l'engagement pour améliorer l'accès à la planification familiale en Afrique. Washington (DC): Centre Woodrow Wilson; 2012. Disponible sur: <http://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/AFIDEP.pdf>, consulté le 16 janvier 2018.
 11. Stanback J et Miller R. Radical sens commun: Fourniture communautaire de contraception injectable en Afrique. Dans Kulczycki, A. *Problèmes critiques en matière de santé génésique*. Dordrecht et New York: Springer, 2014, pp. 307-327.
 12. Bamgboye EA et Ajayi I. Changement de modèles de besoins non satisfaits pour la planification familiale chez les femmes en âge de procréer au Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 2016; 20 (3): 127-135,
 13. Commission nationale de la population et ICF International. *Enquête Démographique et de Santé du Nigeria 2013*. Abuja et Rockville: NPC et ICF International, 2014.
 14. Projet de mesure, d'apprentissage et d'évaluation de l'équipe du Nigeria. Évaluation du programme de l'Initiative nigérienne pour la santé en matière de reproduction (NURHI). *Études en planification familiale* 2017; 48 (3): 253-268.
 15. OMS. L'affaire de tous: Renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats de santé. Le cadre d'action de l'OMS. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2007. Disponible sur: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (consulté le 20 février 2018). Organisation mondiale de la santé (16). Naimoli JF, Saxena S, Laurel E Hatt LE, Kristina M Yarrow KM, Whites TM v Ifafore-Calfée T. 2017. Renforcement du système de santé: perspectives et menaces pour sa durabilité sur l'agenda de la politique de santé mondiale. *Politique et planification de la santé*, 33, 2018, 85-98.
 17. Shelton JD, Angle MA et Jacobstein RA. Obstacles médicaux à l'accès à la planification familiale. *Lancet* 1992; 340 (8831): 1334-5,
 18. George A, Rodriguez DC, Rasanathan K, Brandes N et Bennett S. Analyse de la politique de l'ICCM: contributions stratégiques pour comprendre son caractère, sa conception et son expansion en Afrique subsaharienne. *Plan de politique de santé* 2015; 30 (suppl2): ii3-ii11.
 19. Admassie A, Seid NA, Mai JF, Megquier S et Moreland S. Le dividende démographique: une opportunité pour la transformation de l'Éthiopie. Washington, DC: Population Reference Bureau et Ethiopian Economics Association.
 20. Phillips JF, Bawah AA et Binka FN. Accélérer l'impact du programme de santé de la reproduction et infantile avec les services communautaires: l'expérience de Navrongo au Ghana. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 84 (12): 949-955.
 21. Nyongator FK, Akosa AB, Awoonor-Williams, JK, Phillips JF et Jones TC. Étendre le succès expérimental des projets avec l'Initiative de planification et de services de santé à base communautaire au Ghana. Dans Simmons R, Fajans P, Ghiron L, Eds. 2007. *Mise à niveau de la prestation de services de santé: des innovations pilotes aux politiques*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, pp. 89-110.
 22. Grollman C, Arregoces L, Martinez-Alvarez M, Pitt C, Moulins A et Borghi J. 11 ans d'aide au suivi de santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile: Estimations et analyses pour 2003-13 du compte à rebours jusqu'en 2015. *Lancet Glob Health* 2017 5 (1): e104-e114.
 23. Chola L, McGee S, Tugendhaft A, Buchmann E et Hofman K. ScalingUp Planification familiale pour réduire la mortalité maternelle et infantile: les coûts potentiels et les avantages de l'utilisation de contraceptifs modernes en Afrique du Sud. *PLoS One*. 2015 juin 15; 10 (6): e0130077
 24. OMS et ExpandNet. *Conseils pratiques pour l'extension des innovations des services de santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2009.
 25. OMS et ExpandNet. *En commençant par la fin: Planification de projets pilotes et d'autres recherches programmatiques pour une mise à l'échelle réussie*. Genève: OMS (Organisation mondiale de la santé); 2011.
 26. Cooley L et Linn JF. *Prendre les innovations à l'échelle: Méthodes, applications et leçons*. Washington DC: Résultats pour l'Institut de développement, 2014.
 27. Yamey G. Mettre à l'échelle les interventions sanitaires mondiales: un cadre proposé pour le succès. *PLoS Med* 2011; 8 (6): e1001049.
 28. Spicer N, Bhattacharya D, Dimka R, Fanta F, Mangham-Jefferies L, J Schellenberg, Tamire-Woldemariam A, Walt G et Wickremasinghe D. «La mise à l'échelle est un métier et non une science»: Catalyser la mise à l'échelle des innovations en santé en Éthiopie, en Inde et au Nigeria. *Sciences sociales et médecine* 2014; 121: 30-8.
 29. Awoonor-Williams JF, Bawah AA, Nyongator FK, Asuru R, Oduro A, Ofosu A et Phillips JF. Le programme d'interventions essentielles en santé du Ghana: Un essai de vraisemblance de l'impact du renforcement des systèmes de santé sur la survie de la mère et de l'enfant. *BMC Health Serv Res* 2013; 12 (Suppl2): S3.
 30. Awoonor-Williams JF, Phillips JF et Bawah AA. L'application de la science de la mise en œuvre intégrée au développement des soins de santé primaires communautaires au Ghana. *Learning Health Systems*, 2017. 67-81
 31. Phillips JF, Awoonor-Williams JF, Bawah AA, et al. Que faites-vous avec le succès? La science de l'intensification de certaines interventions de renforcement des systèmes de santé au Ghana. Manuscrit non publié, 2018.
 32. Ostebo MT, Cogburn MD et Mandani AS. Le silence du contexte politique dans la recherche en santé en Éthiopie: Pourquoi cela devrait-il être une préoccupation? *Politique de la santé et planification* 2018; 33: 258-270,
 33. OMS et Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. 2017. Rapport mondial sur la recherche en matière de politiques et de systèmes de santé. Organisation mondiale de la santé.

34. Peters DH, El-Saharty S et Janovsky K. De la preuve à l'apprentissage et à l'action. Dans: Peters D, S El-Saharty, Siadat B, Janovsky K, Vujicic M, éditeurs. *Améliorer la*

prestation des services de santé dans les pays en développement: de la preuve à l'action. Washington, DC: Banque mondiale. 2009; pp. 277-296..