



Les interventions de santé maternelle et infantile : vers une meilleure prise en compte des besoins des populations en Afrique

Lara Gautier, Mosa Moshabela, Manuela de Allegri

► To cite this version:

Lara Gautier, Mosa Moshabela, Manuela de Allegri. Les interventions de santé maternelle et infantile : vers une meilleure prise en compte des besoins des populations en Afrique. Hachimi Sanni Yaya. Risquer la mort pour donner la vie. Politiques et programmes de santé maternelle et infantile en Afrique, Presse de l'Université Laval, pp.61-74, 2017, 978-2-7637-3504-7. hal-01586439

HAL Id: hal-01586439

<https://hal.science/hal-01586439>

Submitted on 12 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CHAPITRE III

Les interventions de santé maternelle et infantile : vers une meilleure prise en compte des besoins des populations en Afrique

Lara Gautier

École de santé publique
Université de Montréal
Institut de recherche en santé publique
Université de Montréal
Centre d'études en sciences sociales sur les mondes africains, américains et asiatiques
Université Paris-Diderot

Mosa Moshabela

School of Nursing and Public Health
University of KwaZulu-Natal

Manuela De Allegri

Institute of Public Health
University of Heidelberg

Introduction

Aujourd'hui, il est fréquent de lire qu'en santé mondiale, la question n'est plus de savoir ce qui fonctionne bien, mais de comprendre comment et pourquoi les interventions réussissent ou se soldent par un échec (De Chesnay et Anderson, 2015). Ce chapitre, qui expose l'état des connaissances sur les interventions en santé maternelle, néonatale et infantile dans neuf pays d'Afrique subsaharienne révèle toute la pertinence de cette phrase.

En 2014, nous avons conduit une recension des écrits de type *scoping review* (en français, examen de la portée), afin de connaître la littérature disponible en anglais et en français (articles publiés dans des revues à comité de pairs et documents de littérature grise) des dix dernières années (de janvier 2004 à avril 2014) portant sur les interventions en santé maternelle, néonatale

et infantile en Éthiopie, au Ghana, au Mali, au Malawi, en Mozambique, au Nigéria, au Sénégal, au Soudan du Sud et en Tanzanie.

Pour les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), « les examens de la portée [*scoping reviews*] sont des projets exploratoires qui ratissent systématiquement la documentation disponible sur un sujet donné, en faisant ressortir les concepts-clés, les théories, les sources de données probantes et les lacunes de la recherche » (Gouvernement du Canada, 2010). Pour réaliser notre examen de la portée, nous avons adopté une méthode systématique de sélection de la littérature révisée par un comité de pairs (recherches par mots-clés sur Pubmed, Ebscohost, Science Direct, Web of Science, CAIRN, et Banque de données en santé publique) et une méthode à la fois systématique (recherches par mots-clés sur Google Scholar) et intentionnelle (contacts avec des experts des questions de santé maternelle, néonatale et infantile SMNI dans ces pays) pour la sélection de la littérature grise (non publiée dans une revue scientifique). Dans notre analyse, l'accent était mis sur la place occupée par les évaluations d'implantation (se focalisant sur les processus), par opposition aux évaluations d'impact (se focalisant sur les effets). Nous avons ainsi porté notre attention sur les articles qui fournissaient des réponses aux questions suivantes : qu'est-ce qui marche pour qui? Sous quelles conditions? À quel coût? En effet, dans les systèmes de santé d'aujourd'hui, il est essentiel de se focaliser sur des interventions de SMNI en science d'implantation.

Les thématiques spécifiques qui nous intéressaient dans cette recension étaient de deux ordres : les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) mises en place auprès des communautés, et les interventions mises en œuvre auprès des prestataires de soins de santé (professionnel et établissements de santé de niveaux primaire et secondaire uniquement) afin d'améliorer la SMNI. Cette distinction selon le cadre de mise en place nous a donné la possibilité de regrouper ensemble des interventions conceptuellement proches, nous permettant ainsi d'analyser les données de manière plus cohérente.

1. État des connaissances sur les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile dans neuf pays d'Afrique subsaharienne

Notre recension a permis de rassembler un total de 53 articles et documents appartenant à la première catégorie (interventions communautaires), et 127 articles et documents appartenant à la

seconde catégorie (interventions auprès des prestataires de soins aux niveaux primaire et secondaire).

Parmi l'ensemble des articles et documents recensés, les thèmes de santé majoritaires étaient ceux du paludisme (prévention, diagnostic et traitement), de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), de la santé reproductive et des soins du nouveau-né. La littérature portait aussi souvent sur les interventions de prévention de la transmission du VIH mère-enfant (PTME). Quant au contenu des interventions elles-mêmes, la plupart comportaient un volet renforcement des capacités (de la communauté ou des professionnels de santé). Nous avons également relevé la fréquence de l'approche « formation des formateurs » au sein de la littérature recensée.

1.1 Résultats des interventions mises en œuvre auprès des communautés

Les interventions en faveur de la réduction du fardeau du paludisme, et celles qui visent la santé de l'enfant (PCIME, vaccination, nutrition, infections respiratoires), y compris la santé du nouveau-né (par exemple, aide à la respiration des nouveau-nés et prévention des saignements à la naissance), étaient les plus nombreuses. En termes de stratégies utilisées, nous avons identifié une sollicitation fréquente des agents de santé communautaire (ASC). Ceux-ci animaient des activités de promotion et d'éducation à la santé (en groupe ou à travers des visites à domicile) – par exemple sur les maladies diarrhéiques (Touré *et al.*, 2011). Dans les études sélectionnées, les ASC réalisaient aussi des interventions cliniques (diagnostic ou traitement) remportant des succès réels – en santé de la reproduction notamment au Ghana (Kapungu *et al.*, 2013), en Éthiopie (Prata *et al.*, 2011) et au Nigéria (Prata *et al.*, 2012); en termes de diagnostic dans le cadre de la PCIME au Sénégal (Sylla *et al.*, 2004). Dans certains cas cependant, cette stratégie connaissait des résultats mitigés (p. ex. traitement dans le cadre de la PCIME au Sénégal, voir Camara *et al.*, 2008) : malgré la formation reçue, les ASC ne parvenaient pas toujours à fournir des soins de qualité.

En outre, plusieurs auteurs ont évalué des initiatives ciblant les membres de la communauté eux-mêmes (les mères, par exemple), afin de faciliter la réalisation des interventions. Nous avons également repéré l'utilisation d'approches innovantes, telles que l'échographie en stratégie avancée dans les communautés au Sénégal (Ndiaye *et al.*, 2007), ou la participation active de

groupes de femmes pour la prise en charge de la SMNI au Malawi (Colbourn *et al.*, 2013) et au Nigéria (Amoran, 2013 ; Fatungase *et al.*, 2012 ; Okeke, 2010).

Dans l'ensemble, on constate un important volume de recherches dans les neuf pays cibles, et des conclusions utiles sur la portée et la couverture des interventions incluses. En revanche, ces études examinent rarement l'impact pour les bénéficiaires dans les communautés. En fait, le champ d'application de la littérature existante sur ce thème des interventions communautaires relève plus des paradigmes de l'épidémiologie et du biomédical, et moins de la science d'implantation. Les lacunes mises en évidence dans cette étude exploratoire résident dans l'insuffisance de la littérature sur la manière de relier les domiciles des mères et des enfants aux établissements de santé, ainsi que les facteurs socioculturels tels que les croyances religieuses et traditionnelles.

1.2 Résultats des interventions mises en œuvre auprès des prestataires de soins de santé

Dans les études recensées, on constate que l'accent est mis sur l'accès et la disponibilité des services de SMNI dans les établissements de santé. La plupart des interventions mises en œuvre auprès des prestataires visaient à prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Celles-ci débouchaient d'ailleurs souvent sur une augmentation importante de la charge de travail pour les professionnels de santé (Simba *et al.*, 2010), menant parfois à une crise du système général de gestion des soins. Par ailleurs, de nombreuses interventions étaient mises en œuvre dans un contexte de gestion de crise. Nous avons aussi remarqué une certaine évolution de l'attention des chercheurs, passant de l'étude des ressources humaines en santé (formation et supervision) à l'étude des systèmes d'incitations (par exemple, stratégies de rétention du personnel) (Bradley et McAuliffe, 2009) et de paiement à la performance (Borghi *et al.*, 2013).

Globalement, dans l'évaluation des interventions en établissements de santé, nous estimons que des approches plus systémiques – visant le renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble – sont nécessaires. Actuellement, ces interventions sont mises en œuvre de façon décousue et cloisonnée, reflétant uniquement l'intérêt des chercheurs, intimement lié à celui des bailleurs, plus disposés à allouer des ressources en faveur de stratégies verticales. Nous n'avons pas repéré d'études analysant de façon plus systématique le système de santé et sa capacité à absorber de nouvelles interventions. En conséquence, nous avons constaté que plusieurs interventions bien intentionnées produisent des résultats négatifs en fin de course. En outre, la

plupart des évaluations d'intervention ont adopté le style de l'audit, qui permet d'identifier les goulots d'étranglement et propose des pistes pour les endiguer. Or, en l'absence d'adoption de cadres analytiques plus larges, l'identification de ces goulots d'étranglement apparaissait déconnectée du système dans lequel l'intervention était implantée. Par exemple, une évaluation de la mortalité maternelle a montré qu'une supervision appropriée au sein des établissements de santé constitue un facteur critique de succès au Malawi, en Mozambique et en Tanzanie (McAuliffe *et al.*, 2013). Mais comment interpréter cette conclusion si on ne s'intéresse pas, dès le départ, à la manière dont sont recrutés les responsables des structures de santé, tels que les médecins-chefs?

2. Synthèse

Parmi les thèmes identifiés dans l'analyse de ces études, nous relevons un sujet récurrent : l'évaluation d'interventions de SMNI à la fois complexes et multiformes. On constate notamment un manque d'informations sur les pratiques socioculturelles et la sensibilité culturelle, des problèmes dans la démonstration de l'efficacité (pas de prise en compte systématique des facteurs de confusion ou du phénomène de colinéarité entre les variables explicatives), dans l'appréhension de la qualité des soins et la façon d'évaluer l'amélioration de la qualité, et enfin, une insuffisance de prise en compte de la continuité des soins au sein et entre les établissements de santé.

3. Lacunes dans la littérature

Réflexions sur la place occupée par la science d'implantation

Cette recension des écrits consacre l'utilisation d'une science d'implantation appartenant au paradigme épidémiologique traditionnel. Pour les auteurs de ces études, la science d'implantation doit continuer à satisfaire les normes du paradigme épidémiologique traditionnel, qui favorise les « gold-standards », notamment l'utilisation d'essais randomisés contrôlés. On constate par exemple une certaine aspiration des chercheurs à orienter les résultats d'évaluation d'implantation vers la généralisation (Bhattacharyya *et al.*, 2009). Pourtant, ceux-ci ne devraient pas sous-estimer l'importance de la localité.

En effet, le contexte joue un rôle central en science d'implantation. Il représente les environnements à la fois sociaux, économiques, culturels, politiques, légaux et physiques, mais

aussi les acteurs, leurs caractéristiques démographiques et leurs interactions. Les interventions en SMNI devraient être adoptées dans des cadres systémiques évolutifs, et devraient pouvoir s'adapter aux contextes « réels » dans lesquels elles sont implantées. Toute intervention de SMNI a lieu dans le contexte d'environnements complexes, c.-à-d. la mesure de l'effet et les résultats font face à plusieurs facteurs de confusion potentiels et influences externes. Par exemple, Souares *et al.* (2005) ont admis que l'utilisation accrue des services de lutte contre le paludisme observée au Sénégal pourrait être attribuée à une saison des pluies particulièrement importante plutôt qu'à l'intervention faisant l'objet de l'évaluation (Souares *et al.*, 2005). Cet exemple souligne l'importance des effets catalyseurs de ce type d'interventions, d'où le défi d'attribuer la causalité en science d'implantation. Ainsi, nous faisons le constat que la plupart des facteurs d'influence ne peuvent être identifiés sans l'adoption d'un devis méthodologique mixte, comme cela a été le cas dans l'étude de Souares *et al.* (2005) L'adoption et l'intégration de nouveaux services de santé introduisent une certaine complexité (et incertitude) pour les études évaluatives : les chercheurs doivent se saisir de cette complexité plutôt que d'essayer de l'écarter. L'utilisation de devis mixtes, empruntant à la fois aux méthodes quantitatives et qualitatives, devrait pouvoir contribuer à prendre en compte cette complexité et enrichir la science d'implantation en SMNI.

Il ressort pourtant clairement de cette étude exploratoire que l'utilisation de ce type de devis de recherche est limitée, probablement en raison de la nécessité de se déplacer loin des « gold-standards » de la recherche épidémiologique traditionnelle (Peters *et al.*, 2013). Par exemple, l'implantation et la qualité des soins devraient être évaluées de pair, et non être considérées comme évoluant séparément – elles constituent les pièces mobiles d'un même système. Même s'il faut reconnaître que la science d'implantation a encore besoin de développer ses cadres théoriques et ses fondements (Bhattacharyya *et al.*, 2009), il est possible de tendre vers une nouvelle ère de la recherche en faveur du développement de cette « réflexion systémique » par les chercheurs en science d'implantation. Avant la mise en œuvre des interventions, la nécessité d'avoir une bonne compréhension de tous les facteurs en jeu (paramètres du « monde réel ») devrait primer sur toute autre considération.

Par conséquent, les chercheurs qui adoptent la science d'implantation doivent se réconcilier avec la réalité qui sous-tend ces interventions multiformes et complexes. Dans le cas où les méthodes appartenant au paradigme épidémiologique traditionnel doivent être utilisées, leurs règles de base doivent être respectées, de la définition des objectifs et de la conception du devis

d'étude, jusqu'aux mesures d'effets et à l'interprétation. De fait, toute aspiration à faire évoluer la science d'implantation vers une « science exacte », dénuée de complexité, peut déboucher sur une réduction de la valeur et de la crédibilité de ce nouveau champ de recherche et de pratiques d'évaluation, affaiblissant davantage sa place et son rôle, pourtant essentiels au 21^e siècle et au-delà (Richards et Hallberg, 2015).

Enfin, il convient de souligner le fait que la science d'implantation inclut non seulement des données probantes, mais aussi les utilisateurs de celles-ci comme élément central de la conception et de l'évaluation des interventions. Ces utilisateurs vont des décideurs aux prestataires, comme cela a été largement vu dans cette étude de cadrage.

4. Progresser dans l'analyse des perceptions et préférences des bénéficiaires des interventions de SMNI

Les facteurs socioculturels tels que les croyances religieuses et traditionnelles sont réputés comme faisant obstacle à l'utilisation des soins, mais aucune intervention n'est proposée par les auteurs pour répondre à ces contraintes. En outre, on constate aussi une insuffisance de prise en compte des facteurs sociostructurels et des obstacles socioéconomiques.

4.1 Tenir compte des bénéficiaires tant au plan communautaire...

Dans l'ensemble, la littérature analysant la situation actuelle (sans intervention) suggère des connaissances élevées en matière de problèmes de santé liés à la SMNI, tels que les symptômes du paludisme et les avantages liés à l'utilisation de moustiquaires. Cependant, les auteurs de ces articles identifient aussi la présence d'idées fausses autour des causes du paludisme et de la mortalité maternelle, des thérapies actuellement disponibles pour le traitement du paludisme, et des symptômes liés aux maladies infantiles. Par conséquent, parmi les stratégies à utiliser dans les interventions, il semblerait que le partage d'information, la sensibilisation et l'éducation en santé pourraient encore occuper une place importante.

En retour, la littérature qui évalue les interventions communautaires en SMNI tient compte de certains de ces facteurs (tels que la nécessité d'améliorer les connaissances autour du paludisme), mais les obstacles plus critiques n'ont pas été suffisamment analysés dans les évaluations des interventions, par exemple, les facteurs socioculturels liés aux croyances traditionnelles et religieuses. La mise en œuvre plus systématique d'interventions de SMNI s'attaquant aux obstacles socioéconomiques et structurels plus larges tels que l'éducation, les

revenus et les moyens de subsistance est nécessaire. On dispose en effet de suffisamment de données probantes pour suggérer que ces facteurs sont associés à de moins bons résultats en matière de SMNI.

Plus largement, il conviendrait de développer et d'implanter des interventions dépassant le simple objectif de la disponibilité des services. Au contraire, des interventions portant leur attention sur les facteurs de la demande, et cherchant délibérément à augmenter le pouvoir d'agir (*empowerment*) ou le pouvoir de décision sanitaire des utilisateurs (en particulier, les femmes enceintes) des soins de santé devraient être mises en œuvre (Samb *et al.*, 2013). Les approches de soutien et de mentorat pour les mères, utilisées par les agents de santé communautaire dans certaines études analysées dans cette recension, marquent un nouveau départ pour de meilleurs partenariats entre utilisateurs et prestataires de soins de santé.

De façon générale, les auteurs de ces études évaluent rarement les perceptions des bénéficiaires – et utilisateurs des interventions. Ainsi, la littérature évaluant les interventions de SMNI au niveau communautaire décrit fréquemment les résultats en termes de fardeau de la maladie, reflétant de façon évidente le paradigme épidémiologique traditionnel. À l'inverse, on dénombre très peu d'études qui s'intéressent aux perceptions de la mise en œuvre. Cette recension met notamment en évidence des lacunes sur la manière de relier le domicile des patients aux établissements de santé. Pourtant, les soins à domicile sont susceptibles d'être optimisés lorsqu'ils seront effectivement reliés aux services des établissements de santé les plus proches. Il y a en outre une insuffisance d'interventions au niveau du système de santé, telles que la mise en place d'un transport permettant aux mères et aux enfants d'accéder aux soins.

4.2 ... qu'au plan des prestataires de soins de santé

Dans une série du *Lancet* portant sur le sujet de la mortalité maternelle dans les établissements de santé (van Lerberghe *et al.*, 2014), on constate une omission des interventions socioculturelles. Les auteurs justifient ce choix par le fait qu'elles sont considérées comme soulevant des problèmes spécifiques au contexte, et donc complexes à appréhender. Il conviendrait pourtant de reconnaître que l'optimisation des soins et la traduction des données probantes disponibles en programmes à large échelle nécessitent un certain degré de concordance entre les services et les besoins et préférences des bénéficiaires. À l'avenir, il serait donc nécessaire d'inviter plus systématiquement les chercheurs à s'intéresser à l'impact socioculturel

local, de la même manière qu'ils s'intéressent à l'impact des politiques locales comme critères pour évaluer l'impact potentiel de la recherche. Sans pertinence socioculturelle, les interventions efficaces ont peu de chance de produire de forts impacts sur le long terme.

Pour examiner la portée des évaluations d'intervention au niveau des prestataires de soins, des normes de qualité doivent être développées afin de tenir compte de l'acceptabilité, non seulement des prestataires mais aussi des utilisateurs. Ceci constitue un domaine à renforcer à l'avenir dans la recherche sur ce type d'interventions. En lien avec l'acceptabilité, la sécurité doit être prise en compte, même lorsque les interventions sont réputées pour être dénuées de tout risque d'après la littérature précédente. Ainsi, les expériences d'effets indésirables ou d'inconfort vécues par les patients auront pour effet tout d'abord de décourager les prestataires de ces interventions, et se propageront aussi probablement par le bouche à oreille, repoussant d'autres utilisateurs potentiels. Une fois qu'une intervention est perçue négativement, il devient très difficile d'augmenter l'adoption. En conséquence, la dimension d'acceptabilité doit être considérée non seulement au moment de l'introduction de nouvelles interventions, mais aussi à toutes les étapes (expansion, décentralisation, délégation des tâches, intégration). Par conséquent, l'acceptabilité n'est pas un facteur que l'on mobilise « à la carte » dans l'analyse. L'acceptabilité constitue au contraire un processus continu, dont les praticiens comme les chercheurs doivent tenir compte de la conception à l'évaluation d'une intervention. Cela suppose toutefois que la prestation de soins centrés sur le patient soit considérée comme l'élément central de la qualité dans l'intervention de SMNI à l'étude.

5. Tendre vers des systèmes de santé centrés sur les populations

Le fait de savoir qu'une intervention donnée est efficace ne suffit pas à garantir la perception de l'efficacité par les utilisateurs potentiels. Il est nécessaire de démontrer activement que l'intervention fonctionne, et qu'elle fonctionne pour la population cible. En outre, on doit constamment veiller à ce que l'intervention soit fiable à la fois en termes d'offre et de couverture, et à ce que les résultats escomptés soient atteints moyennant des effets indésirables minimes pour les populations (y compris en termes socioculturels). Par exemple, les interventions de SMNI visant les prestataires de soins (personnel et établissement de santé) peuvent utiliser des approches centrées sur le patient lors de l'implantation, dépassant la perspective du prestataire pour intégrer celle de l'utilisateur. En somme, les chercheurs en science d'implantation doivent

s'assurer que les interventions efficaces soient perçues comme telles au sein de la population cible pour véritablement faire la différence au quotidien.

Un autre aspect à prendre en considération dans l'avenir est que la recherche en SMNI a l'avantage d'aller au-delà de l'impact pour l'utilisateur réel, incluant d'autres bénéficiaires liés à l'utilisateur (également touchés par l'intervention), ou l'effet d'entraînement des interventions. Cet aspect n'a pas été abordé dans les articles inclus dans cette recension. Enfin, nous constatons que les questions d'équité (c.-à-d. la prestation de services en fonction des besoins de la population), d'accessibilité financière et de coût-efficacité des interventions ont été rarement abordées dans les articles inclus dans cette étude de portée. Les recherches futures devront prendre la peine d'étudier ces lacunes, en particulier parce que l'impact et l'efficacité ne peuvent pas être démontrés de façon crédible sans aborder ces aspects.

Il conviendrait d'adopter une acception très large, couvrant l'intégralité des éléments précédemment abordés (perceptions favorables des bénéficiaires et de leurs proches, équité, accessibilité financière, coût-efficacité), lorsque l'on parle de « systèmes de santé centrés sur les populations ». Si l'on souhaite se diriger vers de tels systèmes, beaucoup de travail reste à faire pour optimiser le niveau de la recherche pour la mise en œuvre de la SMNI en Afrique subsaharienne.

Conclusion

Si l'on souhaite que ces interventions de SMNI mises en œuvre dans les communautés et les établissements de santé engendrent des niveaux élevés d'impact, leur mise en œuvre devra impliquer non seulement des épidémiologistes et des experts en science d'implantation, mais aussi des chercheurs en sciences sociales et des économistes de la santé, de manière à tenir compte de tous les potentiels facteurs d'influence – y compris le contexte. Compte tenu de la complexité inhérente à toute intervention en SMNI en Afrique subsaharienne, nous recommandons l'inclusion des chercheurs en sciences sociales et des anthropologues au sein des équipes de recherche convoquées pour évaluer ces interventions. En effet, ceux-ci peuvent générer une compréhension adéquate des questions contextuelles dans les pays cibles. Au-delà de l'ouverture disciplinaire, c'est un véritable changement de paradigme que nous devons susciter parmi les chercheurs, afin de concrétiser pleinement l'aspiration à des systèmes de santé centrés sur les populations.

En outre, les évaluations futures portant sur les interventions de SMNI gagneraient à relier les approches de prestation de services avec les approches cherchant à renforcer le pouvoir d’agir et de décision des utilisateurs. Des approches innovantes au niveau communautaire, telles que le mentorat des mères, peuvent mener à la création de meilleurs partenariats entre utilisateurs et prestataires de soins de santé. Les liens entre visites à domicile et services des établissements de santé les plus proches gagneraient eux aussi à se développer, car les approches intégrées sont celles qui sont le plus susceptibles de produire des résultats à fort impact.

Références bibliographiques

- AMORAN, O. E. (2013). « Impact of health education intervention on malaria prevention practices among nursing mothers in rural communities in Nigeria », dans *Nigerian Medical Journal : Journal of the Nigeria Medical Association*, vol. 54, n° 2, p. 115-122.
- BHATTACHARYYA, O. *et al.* (2009). « What is implementation research? Rationale, concepts and practices », dans *Research on Social Work Practice*, vol. 19, n° 5, p. 491-502.
- BORGHI, J. *et al.* (2013). « Protocol for the evaluation of a pay for performance programme in Pwani region in Tanzania : A controlled before and after study », dans *Implementation Science*, vol. 8 : 80.
- BRADLEY, S. et MCAULIFFE, E. (2009). « Mid-level providers in emergency obstetric and newborn health care : factors affecting their performance and retention within the Malawian health system », dans *Human Resources for Health*, vol. 7 : 14.
- CAMARA, B. *et al.* (2008). « Évaluation de la prise en charge intégrée des maladies de l’enfant dans un district du Sénégal après 3 ans de mise en place », dans *Médecine tropicale : revue du corps de santé colonial*, vol. 68, n° 2, p. 162-166.
- COLBOURN, T. *et al.* (2013). « Effects of quality improvement in health facilities and community mobilization through women’s groups on maternal, neonatal and perinatal mortality in three districts of Malawi : MaiKhanda, a cluster of randomized controlled effectiveness trial », dans *International Health*, vol. 5, n° 3, p. 180-195.
- DE CHESNAY, M. et ANDERSON, B. A. (2016). « Caring for the vulnerable : perspectives in nursing theory, practice, and research », Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning.
- FATUNGAS, K. O. *et al.* (2012). « The effect of health education intervention on the home management of malaria among the caregivers of children aged under 5 years in Ogun State, Nigeria », dans *European Journal of Medical Research*, vol. 17 : 11.
- GOUVERNEMENT DU CANADA, Instituts de recherche en santé du Canada (2010). « Guide sur la synthèse des connaissances – IRSC », <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41382.html>, consulté le 6 février 2016.
- HORTON, R. et DAS, P. (2015). « Universal health coverage : not why, what, or when – but how? », dans *The Lancet*, vol. 385, n° 9974, p. 1156-1157.
- KAPUNGU, C. T. *et al.* (2013). « A community-based continuum of care model for the prevention of postpartum hemorrhage in rural Ghana », dans *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organization of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 120, n° 2, p. 156-159.
- MCAULIFFE, E. *et al.* (2013). « The critical role of supervision in retaining staff in obstetric services : a three country study », dans *PloS One*, vol. 8, n° 3, p. e58415.
- NDIAYE, P. *et al.* (2007). « Bilan d’activité annuel de l’échographique en stratégie avancée dans la région de Ziguinchor (Sénégal), dans *Médecine tropicale*, vol. 67, n° 1, p. 38-41.

- OKEKE, T. A. (2010). « Improving malaria recognition, treatment and referral practices by training caretakers in rural Nigeria », dans *Journal of Biosocial Science*, vol. 42, n° 3, p. 325-339.
- PETERS, D. H. *et al.* (2013). « Implementation research : what it is and how to do it », dans *British Medical Journal*, vol. 347, n° f6753.
- PRATA, N. *et al.* (2011). « Provision of injectable contraceptives in Ethiopia through community-based reproductive health agents », dans *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, n° 8, p. 556-564.
- PRATA, N. *et al.* (2012). « Community mobilization to reduce postpartum hemorrhage in home births in northern Nigeria », dans *Social Science & Medicine (1982)*, vol. 74, n° 8, p. 1288-1296.
- RICHARDS, D. A. et HALLBERG, I. R. (2015). « Complex interventions in Health : An overview of research methods », Routledge.
- SAMB, O. M. *et al.* (2013). « Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants? », dans *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, n° 35, p. 34-43.
- SIMBA, D. *et al.* (2010). « The impact of scaling-up prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV infection on the human resource requirement : the need to go beyond numbers », dans *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 25, n° 1, p. 17-29.
- SOUARES, A. *et al.* (2005). « Effets de l'amélioration de l'offre de soins sur l'activité d'un poste de santé en zone rurale au Sénégal », dans *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 53, n° 2, p. 143-151.
- SYLLA, A. *et al.* (2004). « Formation d'agents de santé communautaire à la prise en charge des infections respiratoires aiguës de l'enfant », dans *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 52, n° 3, p. 243-247.
- SYLLA, A. *et al.* (2007). « La formation des agents de santé communautaire instruits : pour améliorer l'accès des enfants au traitement des infections respiratoires aiguës au Sénégal », dans *Archives de Pédiatrie*, vol. 14, n° 3, p. 244-248.
- TOURÉ, O. *et al.* (2011). « Improving microbiological food safety in peri-urban Mali ; an experimental study », dans *Food Control*, vol. 22, n° 10, p. 1565-1572.
- VAN LERBERGHE, W. *et al.* (2014). « Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality », dans *The Lancet*, vol. 384, n° 9949, p. 1215-1225.