

Garantir l'accès à des services de santé complets

Données factuelles, solutions, études de cas et recommandations d'orientation

APERÇU

Bien que, dans de nombreux pays, les obstacles qui se dressent face à l'accès des filles et des femmes aux services de santé semblent insurmontables, certaines stratégies éprouvées peuvent contribuer à les supprimer. Ce document présente certaines de ces approches, grâce auxquelles les communautés peuvent améliorer l'accès des filles et des femmes à une gamme complète de services de santé leur garantissant une santé physique et mentale satisfaisante. Ces différentes approches incluent les soins centrés sur la femme, l'intégration de la prestation de services, l'optimisation de la main d'œuvre en santé, l'innovation en matière de financement de la santé par le biais de la couverture sanitaire universelle, et la promotion active de la prévention des maladies non transmissibles (MNT). Il est important de souligner que les filles et les femmes doivent être impliquées dans la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et la redevabilité de ces politiques, programmes et services.

SECTION 1 : DÉFINITION DE LA QUESTION

Chaque année, un milliard de personnes ne reçoivent pas les services de santé dont elles ont besoin, alors que 150 millions font face à une catastrophe financière et 100 millions de personnes supplémentaires sont appauvries par les coûts des soins de santé^{1,2}. Alors que le traitement de certaines maladies devient plus accessible, il demeure, dans certaines régions géographiques, inabordable et inaccessible pour de nombreuses personnes. Les soins adéquats pour le traitement de maladies non transmissibles qui évoluent lentement dans le temps, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer, sont souvent hors de portée^{3,4}.

L'accès aux soins de santé mentale est tout aussi essentiel à la garantie du bien-être des filles et des femmes. La santé mentale mérite d'être en priorisée à l'échelle mondiale, notamment du fait que le suicide soit désormais la deuxième cause de décès chez les 15-29 ans⁵; et la première chez les adolescentes⁶. Dans les pays en développement, 15,9 % des femmes enceintes et 19,8 % des femmes qui viennent d'accoucher font face à un problème de santé mentale⁷. De plus, les problèmes de santé sexuelle et reproductive, tels que les grossesses non désirées, les violences basées sur le genre et la discrimination basée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, figurent parmi les facteurs qui peuvent contribuer à une mauvaise santé mentale⁸. L'effet inverse est également à noter : malgré le peu de recherches dans ce domaine, il a été prouvé que les problèmes en santé mentale, tels que les troubles dépressifs, jouent un rôle important dans le développement et les conséquences des maladies chroniques⁹.

Les dépenses de santé à la charge des patient-e-s sont, en plus des coûts indirects tels que le transport, un obstacle de taille pour de nombreuses personnes, mais particulièrement pour les filles et les femmes¹⁰. Dans certaines cultures, les femmes ont un accès limité aux ressources du foyer, leur mobilité est restreinte et il peut leur être impossible de prendre des décisions sur leur propre santé¹¹. De plus, les femmes qui ne bénéficient pas de soins prénatals et maternels, ni de services en santé reproductive au cours de leurs années fécondes risquent des complications, non seulement au niveau de leur propre santé, mais de celle de leur famille, de leur communauté et des générations futures¹².

➔ *Pour plus d'information, veuillez consulter le document intitulé « Respecter, protéger et assurer la santé et les droits sexuels ».*

Pour satisfaire aux besoins des filles et des femmes durant leur cycle de vie, les systèmes de santé doivent fournir des services centrés sur la femme tout au long du continuum de soins. En 2015, l'Organisation mondiale de la Santé appelait, par sa stratégie mondiale, à une modification de la conception des systèmes de santé afin qu'ils soient plus intégrés et centrés sur la personne¹³. En s'appuyant sur cette stratégie, les soins centrés sur la femme devraient prendre en compte les contextes et les besoins de santé des filles et des femmes, de la petite enfance au grand âge, en insistant sur l'autonomisation des patientes et les relations solides avec les prestataires de soins. En 2016, par exemple, un rapport de l'OMS décrit un cadre détaillé, des stratégies et des options de politiques visant à la mise en place de services de santé intégrés et centrés sur la personne¹⁴. Ce cadre présente un monde dans lequel « toute personne a accès sur un pied d'égalité à des services de santé de qualité qui sont coproduits de façon à répondre à ses besoins tout au long de la vie, qui sont coordonnés pour toute la gamme des soins et qui sont complets, sûrs, efficaces, fournis au moment voulu, efficaces et acceptables »¹⁵.



Garantir un accès à des soins de santé complets aux filles et aux femmes est en lien avec la réalisation de plusieurs cibles et objectifs de développement durable (ODD), dont les suivants :

ODD 1 : Éliminer toutes les formes de pauvreté dans le monde entier

- **1.3** Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient

ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

- **3.1** D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes
- **3.2** D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus
- **3.3** D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles
- **3.4** D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être
- **3.7** D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et reproductive, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte

Clause de non-responsabilité : Les points de vue et opinions exprimés dans le présent document technique sont ceux des auteur-e-s. Ils ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques officielles de l'ensemble des organisations partenaires.



SECTION 2 : SOLUTIONS ET INTERVENTIONS

Alors que les communautés et les pays continuent à affronter des obstacles uniques dans leur accès à des services de santé pour toutes les filles et les femmes, des stratégies éprouvées peuvent contribuer à atteindre cet objectif :

- Mettre en place des soins axés sur les personnes, en mettant l'accent sur les filles et les femmes
- Augmenter les investissements dans les services de santé intégrés, et ce particulièrement au niveau des soins primaires
- Optimiser les ressources de main d'œuvre en santé de manière à améliorer à la fois le continuum et la continuité des soins
- Innover dans le domaine du financement de la santé par le biais d'une couverture sanitaire universelle
- Conserver les informations de santé dans des dossiers médicaux individuels uniques tout au long de la vie, idéalement entre les mains des patient-e-s
- Garantir l'accessibilité et la sûreté des produits médicaux et des technologies
- Assurer la mise en place d'options de prévention, de dépistage et de choix de traitement des maladies non-transmissibles

Mettre en place des soins axés sur les personnes, en mettant l'accent sur les filles et les femmes¹

Les besoins des filles et des femmes doivent être priorités à tous les niveaux du système de santé, et elles doivent être impliquées dans ce processus afin de garantir que leurs points de vues et priorités soient prises en compte. Le tableau ci-après indique les principales caractéristiques des soins conventionnels, par rapport aux soins centrés sur la femme.

	SOINS CONVENTIONNELS	SOINS CENTRÉS SUR LA FEMME
Accent porté sur	Maladie et traitement	Besoins en santé, dont la prévention, les soins épisodiques et les soins chroniques
Lien entre les femmes et les prestataires/le système	Limité à la consultation	Durable tout au long du cycle de vie
Nature des soins	Épisodique, curative	Complète, continue et centrée sur les patientes
Responsabilité des prestataires/du système	Conseils efficaces et sûrs au cours de la consultation	La santé des femmes au sein de la communauté tout au long de leur vie ; prise en compte des déterminants sociaux de la santé
Rôle des femmes	Consommatrices de soins	Partenaires dans la gestion de leur propre santé et de la santé des membres de la communauté

[Ce tableau a été adapté du rapport de réunion de l'OMS du 5 mai 2010 sur les soins centrés sur la personne dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.]

¹ Tout au long du présent document d'orientation, les soins centrés sur la personne mettant l'accent sur les femmes seront dénommés soins centrés sur la femme.

Augmenter les investissements dans les services de santé intégrés, et ce particulièrement au niveau des soins primaires

Il existe plusieurs stratégies permettant d'intégrer la prestation de services de santé, et l'OMS en a compilé cinq dans un document-cadre²⁶ que voici : 1) l'implication et l'autonomisation des personnes et des communautés, 2) le renforcement de la gouvernance et de la redevabilité, 3) la réorientation du modèle de soins en formant des prestataires à plusieurs services et en proposant plusieurs services en un seul et même endroit, 4) la coordination des services dans, et entre les secteurs, grâce à un système de référencement, au besoin, entre prestataires, et 5) la création d'un environnement propice²⁷.

L'intégration ne signifie pas que tous les services possibles doivent être fournis en un seul lot. Elle doit, au contraire, être envisagée du point de vue du contexte épidémiologique local. Un début de diabète au cours de la grossesse étant, par exemple, associé à un large éventail de risques pour la santé maternelle et néonatale, l'intégration de la prestation des services et de la coordination des soins est essentielle, et particulièrement dans les pays où le diabète représente un lourd fardeau^{28,29}.

L'intégration prend également tout son sens du point de vue des patient-e-s. La possibilité de recevoir plusieurs services de la part d'un-e même prestataire, sur un même site, réduit les temps



de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux

- **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
- **3.b** Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce relatives à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments
- **3.c** Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement
- **3.d** Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux

ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

- **5.1** Mettre fin, dans le monde entier, à toutes les formes de



de déplacement et augmente la probabilité que les filles et les femmes cherchent à accéder à ces services³⁰. Et lorsque le traitement de maladies fortement stigmatisées, telles que le sida, est intégré à d'autres services, les inquiétudes relatives à la divulgation sont moindres^{31,32}. La prestation de soins intégrés a également contribué à la normalisation du dépistage du VIH³³.

Étude de cas : Le projet DREAMS rêve d'une génération sans sida

Le projet DREAMS rêve d'une génération sans sida. En Afrique subsaharienne, 71 % des nouvelles infections au VIH parmi la population adolescente concernent des filles et des jeunes femmes. Lancé en février 2016, le partenariat DREAMS (acronyme anglais pour déterminée, résiliente, autonomisée, exempte de sida, encadrée et en sécurité) vise à limiter la forte incidence des infections au VIH parmi les filles et jeunes femmes de dix pays (Afrique du Sud, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Ouganda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) par le biais d'efforts intégrés. L'approche intégrée de DREAMS inclut un ensemble de base composé d'éléments de santé et de questions hors du secteur de la santé, et s'attaque aux moteurs structurels qui impactent le risque d'exposition au VIH chez les filles, tels que la pauvreté, l'inégalité de genre, les violences sexuelles et l'éducation. Les six domaines suivants sont les principaux axes du projet : renforcer les capacités de prestation de services ; maintenir les filles à l'école secondaire ; inclure les hommes dans ces services ; soutenir la prophylaxie post-exposition ; fournir un tremplin vers l'emploi ; et mettre les données à profit pour améliorer l'impact du projet³⁴. À la fin de l'année 2017, DREAMS aura permis une réduction de 40 % de l'incidence du VIH parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 24 ans dans les zones les plus fortement concernées³⁵.

Optimiser les ressources de main d'œuvre en santé de manière à améliorer à la fois le continuum et la continuité des soins

Afin de garantir que les femmes, les jeunes et les adolescent-e-s bénéficient de soins complets et opportuns, il y a lieu de baser le continuum et la continuité des soins sur un système de référencement et de coordination entre prestataires communautaires, cliniques de soins primaires, hôpitaux de premier niveau et hôpitaux de référencement. Pour atteindre cet objectif, le manque de professionnel-le-s de santé compétent-e-s doit être comblé à tous les niveaux du système. L'efficacité opérationnelle, quant à elle, peut être optimisée grâce au partage et au transfert des tâches - par le biais duquel les prestataires moins diplômé-e-s sont formé-e-s à la prise en charge de tâches spécifiques - qui permettent de combler des lacunes en ressources humaines. De telles stratégies sont soutenues par l'OMS et mises en œuvre dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) pour la prestation de services en lien avec le VIH et d'interventions essentielles en santé maternelle et néonatale^{36,37}.

Le transfert et le partage de tâches peut impliquer une large gamme d'agent-e-s de santé de niveau intermédiaire ou non professionnel, dont des clinicien-ne-s non-praticien-ne-s, des infirmières, des sages-femmes et des agent-e-s de santé communautaire. Un examen systématique de 53 études a révélé que la qualité des soins relatifs aux maladies maternelles et infantiles transmissibles et non transmissibles dispensés par des professionnel-le-s de santé de niveau intermédiaire était similaire à celle de soins fournis par des professionnel-le-s de santé de niveau supérieur³⁸.

Des modèles spécifiques prennent en compte la main d'œuvre médicale locale, le fardeau des maladies et les lacunes existantes dans la prestation de services. De telles interventions innovantes face au manque de ressources humaines revêtent un réel potentiel d'amélioration de l'accès des femmes aux services de santé. Il a, de plus, été démontré que les agent-e-s de santé non-physicien-ne-s sont à même de parvenir à détecter et prendre en charge les MNT et autres maladies chroniques³⁹. L'examen d'études dans lesquelles des agent-e-s de santé communautaires réalisent de la prévention et de la détection de MNT dans des pays à revenu faible ou intermédiaire a révélé que l'implication des agent-e-s de santé communautaire avait permis d'améliorer la sensibilisation aux dangers du tabagisme, de réduire la tension artérielle et de mieux prendre en charge le diabète⁴⁰. Le nombre d'études à ce propos demeure cependant faible, ainsi que la qualité des données probantes actuellement disponibles ; de nouvelles recherches à ce propos sont ainsi nécessaires^{41,42,43}.

Les conséquences sanitaires des catastrophes et des urgences - lorsqu'elles surviennent - peuvent être accablantes, et entraîner des décès et des handicaps, dont les membres du corps médical sont également souvent victimes^{44,45}. La prestation de services de santé devient bien plus complexe dans des contextes d'urgence, mais il est absolument essentiel que le personnel de santé demeure présent afin de renforcer la résilience des populations, de participer au redressement après l'urgence elle-même et de réduire la vulnérabilité sanitaire⁴⁶. Il est nécessaire que davantage d'attention soit portée à la main d'œuvre sanitaire dans les situations d'urgence, et ce particulièrement en termes d'exigences de recrutement, de capacité d'intervention rapide, de formation et de préparation^{47,48}.

Étude de cas : Les soins intra-partum et néonataux essentiels de l'OMS aux Philippines

Le bureau national de l'OMS aux Philippines a contribué à l'élaboration d'un ensemble de Soins intra-partum et néonataux essentiels⁴⁹. Cette initiative a permis l'émergence du programme très réussi Unang Yakap, ou « première étreinte », en référence au contact peau-à-peau immédiat et ininterrompu entre les mères et leur nouveau-né qui contribue à un bon démarrage de l'allaitement⁵⁰. L'ensemble de soins préconisés repose sur diverses initiatives de réforme hospitalière, de modèles de centres d'excellence, de réformes éducatives et de marketing social⁵¹. En un an seulement, 16 000 médecins, infirmier-ère-s, sages-femmes et agent-e-s de santé



discrimination à l'égard des femmes et des filles

- **5.2** Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation
- **5.6** Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et reproductive et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de reproduction, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finaux des conférences d'examen qui ont suivi

Accords internationaux pertinents :

- Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires (1978)
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes (Articles 11 (1) (f), 12 et 14 (2) (b)) (1979)
- Convention relative aux droits de l'enfant (Article 24) (1989)
- Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale N° 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (2000)
- Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies de septembre 2011 sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
- Résolution en faveur de la couverture sanitaire universelle adoptée à l'ONU (2012)
- Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS (2013-2020)
- Plan d'action de l'OMS concernant la santé mentale (2013-2020)
- Objectifs de développement durable (ODD) (2015-2030)



ont été formé-e-s dans une cinquantaine de centres à l'occasion des initiatives de renforcement des capacités menées à l'échelle du pays⁵². Ce programme a pu se vanter de voir des nouveau-nés en meilleure santé, des mères plus satisfaites et des économies globales dans les établissements de santé⁵³.

Innover dans le domaine du financement de la santé par le biais d'une couverture sanitaire universelle

De plus en plus de pays participent à l'élan d'amélioration de l'accès à une couverture sanitaire universelle (CSU) visant à fournir des services de santé qualitatifs à la fois équitables et abordables pour tout le monde. Les données probantes validant la combinaison d'interventions cliniques et de sensibilisation en vue d'une meilleure appréhension de la notion de modes de vie sains se multiplient, et encouragent leur adoption^{54,55}.

La couverture sanitaire universelle vise à fournir des services à tout le monde, tout en protégeant les patient-e-s des difficultés économiques⁵⁶. Plus de 100 PRFI, abritant les trois quarts de la population du monde, ont ainsi pris des mesures en faveur de la mise en place de la CSU⁵⁷. Si tous les pays peuvent progresser dans la mise en œuvre de la CSU, même ceux dont les dépenses publiques de santé sont faibles (moins de 40 USD par personne)⁵⁸, il n'en demeure pas moins vrai qu'une augmentation des dépenses publiques dans ce secteur entraîne généralement une amélioration systématique de la performance du système de santé⁵⁹. Aucun modèle de réalisation n'est valable pour tous les pays, mais des principes directeurs essentiels, reposant sur l'expérience de chaque pays, incluent les suivants :

- **Augmenter les fonds** : Les gouvernements sont parvenus à rassembler des fonds de différentes sources ; les contributions obligatoires (provenant souvent des taxes à la consommation) étant le principal mécanisme en jeu dans l'augmentation du fonds commun^{60,61,62,63}.
- **Mutualiser les ressources à l'échelle de la population** : La mutualisation permet de redistribuer les ressources des personnes riches aux personnes pauvres et des personnes en bonne santé aux personnes malades^{64,65,66}. Les régimes de mutualisation devraient être intégrés et s'appliquer aux différents niveaux de revenus et groupes sociaux, dont notamment les femmes et les populations à faibles revenus. Les régimes qui ne sont pas fragmentés risquent de laisser les femmes de côté. Par exemple, les femmes pourraient être exclues d'une assurance-maladie sociale qui couvre la main d'œuvre formelle, car elle sont plus fortement impliquées dans l'économie informelle⁶⁷.
- **Concevoir des formules stratégiques de prise en charge** : Bien que différentes formules de prise en charge puissent exister, il est nécessaire qu'elles satisfassent aux besoins des femmes et des populations à faibles revenus.
- **Améliorer l'efficacité médicamenteuse** : Acheter au plus bas prix par le biais d'appels d'offres transparents et concurrentiels ; tester et garantir la qualité tout au long de la chaîne de distribution ; modifier les réglementations pour encourager l'utilisation des médicaments génériques ; et encourager l'utilisation rationnelle de tous les médicaments⁶⁸.
- **Procéder aux transferts de tâches** : Permettre aux agent-e-s de santé de niveaux inférieurs d'assurer davantage de responsabilités, selon les cas⁶⁹.
- **Évaluer la situation en cours et les plans de réforme** : Déterminer quelles sont les principales causes de l'inefficacité du système actuel et ce qui peut être modifié aux court, moyen et long termes⁷⁰. Élaborer une série d'indicateurs d'efficacité propres au pays, et investir dans des méthodes pour collecter de données d'indicateur et évaluer les progrès⁷¹.
- **Recourir à la planification intersectorielle pour atteindre l'équité en santé** : Inclure les déterminants sociaux de la santé dans la planification par le biais de l'implication d'autres secteurs de gouvernement dès le début, par la consultation de la communauté et la société civile et par l'étude des inégalités constatées⁷².

Des études ont révélé que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, des régimes de couverture sanitaire universelle incluant la gamme complète de services de santé sexuelle et reproductive ont un impact positif sur l'accès aux services de santé, et leur utilisation, ainsi que sur la protection financière (mesurée en termes de dépenses par les patient-e-s), et ce notamment dans le cas des populations à faible revenu^{73,74,75}. L'élimination des frais pour les services de santé maternelle, par exemple, a souvent entraîné une augmentation des accouchements en présence de personnel formé ainsi que des césariennes dans les établissements de santé publique^{76,77}. Des mesures adaptées doivent néanmoins être prises pour compenser la perte de revenu et répondre à la demande de services en hausse.

Étude de cas : l'Indonésie avance à grands pas vers la CSU

Au cours de ces 20 dernières années, l'Indonésie a procédé à de nombreuses améliorations de ses indicateurs clé de santé et a progressé vers l'instauration de la CSU⁷⁸. À la fin de l'année 2016, près de 172 millions de personnes, soit plus de 60 % de la population, étaient couvertes par le programme Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), l'un des plus importants régimes d'assurance-maladie sociale à payeur unique⁷⁹. Les objectifs nationaux visent à atteindre le reste de la population et à assurer une couverture sanitaire universelle d'ici à 2019⁸⁰. Les Indonésien-ne-s sont ainsi déjà en meilleure santé, d'après plusieurs des indicateurs clé de santé⁸¹. Le taux de mortalité des moins de cinq ans, par exemple, a chuté de 222 pour 1 000 naissances vivantes en 1960 à 27 pour 1 000 en 2015⁸². De même, l'espérance de vie est passée de 63 ans en 1990 à 69 ans en 2014⁸³. Mais puisqu'une portion plus importante du fardeau de la maladie concerne désormais les maladies non transmissibles, l'Indonésie va devoir faire face à une plus grande sollicitation de son système de santé et s'orienter vers des soins qui soient plus préventifs que curatifs⁸⁴.

Conservé les informations de santé dans des dossiers médicaux individuels uniques tout au long de la vie, idéalement entre les mains des patient-e-s

Les dossiers médicaux individuels sont les piliers des soins complets pour les filles et les femmes. Ce sont des outils importants pour la planification et la gestion de la coordination des soins, l'enregistrement des antécédents médicaux et le suivi de leur évolution qui, ensemble, permettent de comprendre les besoins en santé des filles et des femmes tout au long de leur vie. L'agrégation confidentielle de données obtenues dans les dossiers individuels fournit également des informations pouvant permettre d'orienter les prévisions, de planifier les approvisionnements, d'allouer les ressources et de procéder à des évaluations⁸⁵. Les dossiers individuels sont nécessaires pour assurer la transmission des informations au niveau des différents services du système de santé, dans la durée et peu importe la localisation. Ils sont également nécessaires à la rédaction de rapports précis⁸⁶.

Une autre stratégie innovante, initialement menée par les programmes sur le VIH et la tuberculose, est celle du recours aux systèmes de dossiers médicaux électroniques⁸⁷. L'Organisation mondiale de la Santé a publié un manuel de référence dans lequel elle énonce les éléments à prendre en compte au moment de l'introduction de tels systèmes, dont l'éducation du personnel, les connaissances en informatique, le financement des infrastructures, la sécurité des données et l'assurance de la qualité⁸⁸. L'un des avantages présumés de ces dossiers médicaux électroniques est qu'ils sont généralement plus efficaces ou précis que les systèmes sur papier lorsque le nombre de patient-e-s est élevé^{89,90}. Des études ont démontré que ces dossiers peuvent également contribuer à



la prise en charge clinique chronique des patient-e-s VIH et tuberculose⁹¹.

Garantir l'accessibilité et la sûreté des produits médicaux et des technologies

L'accès équitable à des services de santé complets est conditionné par la disponibilité des médicaments, des vaccins, ainsi que des technologies essentiels. Dans les faits, certains médicaments sont régulièrement indisponibles dans les PRFI car ils ne sont pas inscrits sur les listes nationales de médicaments essentiels⁹², parce que l'approvisionnement et les systèmes de distribution sont défectueux et à cause de prix inutilement élevés⁹³.

Les pays devraient suivre le cadre recommandé par l'OMS afin de garantir un accès équitable à des médicaments de haute qualité, sûrs et rentables⁹⁴. Le cadre est composé des éléments suivants :

- **Une sélection rationnelle des médicaments :** les pays doivent élaborer des processus d'achats actifs qui reposent sur les coûts et avantages de médicaments alternatifs⁹⁵.
- **Des prix abordables :** les gouvernements doivent garantir la transparence des processus d'achats et appels d'offres en supervisant et publiant les prix des médicaments⁹⁶. Les politiques relatives à l'achat des médicaments génériques (qui représentent la norme pour le VIH/sida) devraient être étendues aux MNT⁹⁷.
- **La suppression des taxes et droits :** les pays devraient utiliser leur pouvoir de négociation pour contrôler les majorations et maîtriser les taxes et droits excessifs sur les médicaments⁹⁸.
- **La couverture sanitaire universelle et le financement durable :** les gouvernements devraient trouver des partenaires du secteur privé disposés à adopter des modèles d'entrepreneuriat social, dans lesquels les entreprises œuvrent à maximiser le profit social, tout en faisant du profit financier afin de couvrir leurs coûts et de garantir un bon rendement à leurs propriétaires⁹⁹.
- **Des systèmes de santé et d'approvisionnement fiables :** les gouvernements doivent s'allier avec des partenaires commerciaux et mettre en pratique des techniques commerciales modernes dans le but d'optimiser l'efficacité et la fiabilité des systèmes de distribution des médicaments. Il s'agit d'élargir l'application de l'analyse de l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement, une technique communément utilisée par le secteur privé dans la gestion de la distribution¹⁰⁰.

En cas de situations d'urgence, les médicaments et dispositifs médicaux doivent être disponibles et standardisés afin d'assurer une utilisation à la fois efficace, efficiente et sûre, dès que le besoin apparaît¹⁰¹. Les systèmes de santé peuvent assurer la formation à l'utilisation de trousseaux standardisés de médicaments, fournitures, équipements essentiels et à d'autres informations, y compris les soins en santé mentale et propres à la spécificité des besoins de santé des enfants en cas de conflits et d'urgences¹⁰².

Étude de cas : Des initiatives d'entrepreneuriat social pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels au Kenya

Les gouvernements multiplient les partenariats avec les fabricants de médicaments pour un gain mutuel. Ces alliances, connues sous le nom d'interventions d'entrepreneuriat social, mettent en relation des partenaires commerciaux avec des gouvernements ou des organisations à but non lucratif. En 2012, le gouvernement du Kenya a conclu un partenariat avec l'entreprise pharmaceutique Novartis pour lancer le programme Familia Nawiri en vue d'améliorer l'accès à des médicaments essentiels pour des problèmes de santé qui n'étaient généralement pas soignés (dont l'hypertension et le diabète) dans les communautés les plus pauvres¹⁰³. Les équipes majoritairement féminines d'éducatrices communautaires à la santé ont joué un rôle crucial dans l'implication de la communauté et la liaison entre membres communautaires et prestataires de santé en matière de soins et d'accès aux médicaments¹⁰⁴.

Assurer la mise en place d'options de prévention, de dépistage et de choix de traitement des maladies non-transmissibles

L'amélioration des mécanismes de prévention, dépistage et traitement des MNT est indispensable pour parvenir à de meilleurs résultats de santé¹⁰⁵. Aborder le diabète gestationnel, par exemple, par le biais de la prévention, du dépistage précoce universel, du dépistage post-partum, du traitement et de la prise en charge permettra non seulement d'améliorer la santé maternelle et néonatale, mais également de contribuer à éviter le déclenchement du diabète de type 2 et autres MNT associées chez les femmes, chez leurs bébés et pour les générations suivantes¹⁰⁶. Du côté de la prévention, parvenir à limiter les quatre principaux facteurs de risques communs aux MNT les plus courantes - que sont le tabagisme, l'inactivité physique, l'abus d'alcool et le régime alimentaire malsain - est une des pierres angulaires du plan d'action mondial contre ces maladies¹⁰⁷. La malnutrition est également source de préoccupation. Les enfants de mères mal nourries, ou de mères ayant développé un diabète gestationnel, ou susceptibles de le développer, sont plus à risque d'avoir des maladies chroniques, telles que le diabète ou une maladie cardiovasculaire, en grandissant¹⁰⁸.

Il est prouvé qu'un meilleur accès aux tests de diagnostic aux points de service, qui permet de fournir des services au plus près des femmes, des enfants et des familles, améliore les soins des patient-e-s, et ce notamment dans les contextes où les infrastructures de laboratoire sont réduites et où la majeure partie de la population vit dans des zones rurales¹⁰⁹. Les tests de diagnostic de numération des CD4, permettant de superviser la fonction immunitaire des patient-e-s séropositif-ve-s, améliorent la mise en lien relative aux soins du VIH et la rapidité de l'initiation des traitements antirétroviraux¹¹⁰.

Lorsque des catastrophes et des urgences surviennent, la fourniture de services sanitaires se complexifie : suite à un coup d'État au Mali en 2012, le système de santé a ainsi été fortement impacté¹¹¹. L'ONG Santé Diabète a élaboré une intervention humanitaire à destination des patient-e-s diabétiques qui incluait l'évacuation des enfants, la fourniture de médicaments et d'outils de prise en charge du diabète, ainsi que le soutien aux personnes déplacées dans le pays¹¹². Les personnes atteintes de maladies non transmissibles devraient être considérées comme plus vulnérables dans les situations d'urgence, et ayant des besoins spécifiques¹¹³. Les interventions d'urgence devraient ainsi être adaptées au contexte donné des patient-e-s, tel que le fait que les personnes soient déplacées au sein du pays ou qu'elles soient restées dans les zones de conflit¹¹⁴.

Les gouvernements jouent un rôle important dans la promotion de comportements sains, par le biais de politiques et d'outils divers - et ce à la fois dans, et en dehors du secteur traditionnel de la santé^{115,116}. À cette fin, l'OMS et la Commission Lancet sur la recherche en santé recommandent la mise en place d'interventions hautement prioritaires, rentables et réalisables, telles que la taxation, la réglementation et la législation^{117,118}. Par exemple, de nombreuses études révèlent que la taxation du tabac induit une baisse de sa consommation et peut éviter des décès, tout en augmentant les recettes^{119,120}. La taxation des boissons alcoolisées et édulcorées peut entraîner des bénéfices semblables^{121,122,123}. La mise en œuvre de ces mesures demeure néanmoins inégale. Parmi les 178 pays ayant répondu au sondage de 2013 sur l'évaluation des capacités nationales face aux MNT, 85 % ont rapporté avoir taxé le tabac et 76 % l'alcool, alors que seuls 11 % avaient des politiques fiscales sur les aliments et les boissons non alcoolisées très sucrés¹²⁴.

Impliquer les filles et les femmes en tant que partenaires dans la prise en charge de leur santé, et en tant qu'actrices du changement au sein de leur communauté, est essentiel non seulement en termes d'efforts de prévention, de dépistage et de traitement, mais c'est également un aspect fondamental des soins centrés sur la femme. Les femmes prennent souvent des décisions qui influencent directement sur l'alimentation au sein de leur ménage. Elles sont ainsi



en position idéale pour contribuer à juguler la crise des MNT au sein de leur famille et de leur communauté¹²⁵. Les filles et les femmes doivent être dotées d'informations plus qualitatives à propos des facteurs de risque des MNT et des conséquences de leurs choix de mode de vie sur la santé. La participation des filles et des femmes dans le sport est un moyen de favoriser le bien-être et les comportements sains¹²⁶.

Étude de cas : AHSA – les femmes agentes de santé communautaire en Inde

Lancée en 2005, la mission sanitaire rurale d'Inde vise à fournir à chaque village du pays une agente de santé communautaire « activiste accréditée en santé sociale » (ASHA)¹²⁷. Les ASHA établissent le lien entre leur propre communauté et le système de santé publique. En tant qu'activistes communautaires de la santé, les ASHA dispensent une éducation à la prévention dans plusieurs domaines de la santé, dont la santé sexuelle et reproductive, les modes de vie sains et la nutrition, afin de contribuer à la prévention du diabète et autres MNT¹²⁸. Les ASHA conseillent également les femmes en matière de vaccination et perçoivent des incitations calculées sur leurs performances dans la promotion de la vaccination universelle, en connectant les membres des communautés aux services de vaccination des centres de santé¹²⁹.

Étude de cas : La promotion de l'activité physique parmi les femmes à Tonga

Le ministère de la Santé et le ministère des Affaires intérieures de Tonga ont parrainé une campagne de lutte contre la sédentarité et l'obésité parmi les filles et les femmes¹³⁰. En partenariat avec l'Association de netball de Tonga, et avec le soutien du programme de sensibilisation au sport australien¹³¹, la campagne – Kau Mai Tonga : Natipol (Allez, Tonga, jouons au netball !) – a utilisé le netball pour encourager l'activité physique¹³². Menée par la Stratégie nationale de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles de Tonga (2010-2015)¹³³, la campagne a recours à la mobilisation communautaire, aux publicités à grande échelle, à la communication et à l'éducation interpersonnelle¹³⁴. Depuis son lancement en 2012¹³⁵, la participation des femmes dans le sport a augmenté (avec plus de 560 clubs de netball enregistrés) et les participant-e-s en savent davantage sur les avantages de l'activité physique¹³⁶.

SECTION 3 : AVANTAGES DE L'INVESTISSEMENT

Les avantages à disposer de systèmes de santé plus forts qui permettent un continuum des soins pour les filles et les femmes sont nombreux. En tout premier lieu, des vies sont sauvées ; et de l'argent est ainsi économisé. Les retours sur investissements dans le domaine de la santé sont de 9 pour 1, et environ un quart de la croissance entre 2000 et 2011 dans les PRFI provient d'améliorations réalisées en santé¹³⁷. Généraliser l'offre complète d'interventions cliniques et de sensibilisation relatives aux MNT pour atteindre 80 % de la couverture totale dans 42 PRFI, qui connaissent 90 % du fardeau des MNT dans le monde, coûterait 11,4 milliards USD par an entre 2011 et 2025 – soit l'équivalent annuel de 1 USD par personne dans les pays à faible revenu, 1,50 USD dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et 3 USD dans les pays à revenu intermédiaire supérieur¹³⁸. Pour réaliser des progrès significatifs sur l'ODD 3 dans les PRFI d'ici à 2030, 371 milliards USD de dépenses supplémentaires en santé sont nécessaires chaque année, 75 % de ce coût allant dans le renforcement des systèmes de santé¹³⁹. Ceci permettrait de sauver 97 millions de vies et d'augmenter l'espérance de vie de 3 à 8 ans¹⁴⁰.

Intégrer la prévention et le contrôle des MNT dans d'autres domaines programmatiques, tels que le VIH, la santé maternelle, néonatale et infantile ou la santé sexuelle et reproductive, pourrait contribuer à améliorer les synergies et les liens, et améliorer l'efficacité de la prestation de services aux femmes et aux familles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹⁴¹. Prendre des mesures pour élargir et renforcer la main d'œuvre en santé entraîne également des avantages en termes de création d'emplois, de croissance économique, de bien-être social et d'autonomisation des sexes, en plus du renforcement du système de santé¹⁴².

Investir dans la prévention et le dépistage permet de limiter les risques sanitaires et les coûts. Il a été démontré que la vaccination des filles contre le virus du papillome humain (VPH) au cours des 10 prochaines années coûterait entre 10 et 25 USD par personne seulement, et permettrait d'éviter plus de 3 millions de décès dus au cancer du col de l'utérus dans 72 PRFI¹⁴³. De plus, trois tests de dépistage seulement du cancer du col de l'utérus chez des femmes vaccinées permettrait une réduction de la mortalité de 20 à 25 % supplémentaires¹⁴⁴.

Si les progrès visant à juguler l'épidémie du VIH sont importants, les groupes marginalisés, dont les filles et les femmes, sont toujours vulnérables dans de nombreuses communautés¹⁴⁵. Un effort complet à l'échelle mondiale relatif au VIH – incluant des trousse de prévention, la protection des droits humains et des tests et traitements accélérés – permettrait d'éviter 28 millions d'infections au VIH entre 2015 et 2030, soit 21 millions de décès en moins et 24 milliards USD d'économies en traitements du VIH¹⁴⁶. Au total, les pays récupéreraient 15 fois leurs investissements dans les soins du VIH¹⁴⁷.

En outre, les coûts moraux et économiques du manquement à investir dans les systèmes de soins intégrés sont exorbitants. En l'absence de nouvelles interventions, la perte économique cumulée dans les PRFI due aux quatre principales MNT – les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires et le diabète – est estimée à plus de 7 billions USD entre 2011 et 2025. En moyenne, le fardeau économique de ces MNT correspond à une perte annuelle de 25 USD par personne dans les pays à faible revenu, de 50 USD dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et de 139 USD dans les pays à revenu intermédiaire supérieur¹⁴⁸.

Non détectées et non traitées, les maladies non transmissibles, et notamment les maladies mentales, entraînent de graves complications, des handicaps et des décès prématurés. Elles peuvent, de plus, réduire la productivité, aggraver les difficultés financières, surcharger les systèmes de santé et freiner la croissance économique. Par exemple, réduire de 10 % la mortalité due aux cardiopathies ischémiques et aux AVC peut potentiellement faire baisser les pertes économiques de 2,5 milliards USD chaque année dans les PRFI¹⁴⁹. Une communauté internationale doit agir dès maintenant pour endiguer la crise des MNT, et particulièrement pour les filles et les femmes, qui souffrent d'inégalités d'accès aux services de santé dont elles ont besoin. World Health Organization, 2010. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf>.

³ Knaul, Felicia Marie, et al. "Achieving Effective Universal Health Coverage and Diagonal Approaches to Care for Chronic Illnesses." *Health Affairs* 34.9 (2015): 1514-1522. Web. <<http://content.honolulihi.org/content/34/9/1514.abstract>>.

SECTION 4 : APPELS À L'ACTION

⁴ "NONCOMMUNICABLE DISEASES: A PRIORITY FOR WOMEN'S HEALTH AND DEVELOPMENT." 2011. Web. <http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/2011_women_ncd_report.pdf>.

Les gouvernements sont les principaux responsables de la garantie que les filles et les femmes aient accès à des soins de santé complets, mais tout le monde a un rôle à jouer pour limiter les obstacles au service de santé. Les Nations unies ont lancé un appel à l'action pour le monde adolescent/second-décade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf>.

Pour continuer à progresser pour tout le monde, de nombreuses parties prenantes doivent collaborer : les gouvernements, la société civile, le monde universitaire, les médias, les populations concernées, les Nations unies et le secteur privé – de manière à mener les actions suivantes, en faveur des filles et des femmes.

⁵ Fisher, Cynthia. "Prevalence and determinants of common principal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review." *Bull World Health Organ* 90 (2012): 139G-49G. Web. <<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/11-091850/en/>>.

⁶ *Defining Sexual Health: Report of the High Level Panel of Experts*. 31 January 2002. Geneva: World Health Organization, 2002. Web. <http://www.who.int/reproductivehealth/defining_sexual_health/defining_sexual_health.pdf>.

⁷ Chapman, Daniel P., Geraldine S. Perry, and Tara W. Strine. "The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders." *Prev Chronic Dis* 2.1 (2005). Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/1/050101.htm>.

⁸ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexual-health>.

⁹ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexual-health>.

¹⁰ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexual-health>.

¹¹ <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexual-health>.

12 "Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges. UNFPA. 2016. Web. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf>

13 "WHO global strategy on people-centred and integrated health services." Interim Report. Geneva: World Health Organization, 2015. Web.

14 Framework on integrated, people-centred health services. World Health Organization, Apr. 2016. Web. <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1>.

15 Ibid.

16 "NCD mortality and morbidity." n.d. Web. 21 Aug. 2017. <http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/>.

17 "Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030." Jul. 2013. World Health Organization. Web. 22 Mar. 2016. <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/>.

18 Ferlay, J, et al. "GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11." GLOBOCAN. International Agency for Research on Cancer, 2014. Web. <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>.

19 Ferlay, J, et al. "GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11." GLOBOCAN. International Agency for Research on Cancer, 2014. Web. <<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>>.

20 Tsu, Vivien, and José Jerónimo. "Saving the World's Women from Cervical Cancer." *N Engl J Med* 374 (2016): 2509-511. Web. <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1604113#t=article>>.

21 "Latest world cancer statistics: Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012; Marked increase in breast cancers must be addressed." Press Release. International Agency for Research on Cancer (IARC). Geneva: World Health Organization, 2013. Web. 1 Mar. 2016. <http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf>.

22 "Estimates for 2000-2015." World Health Organization. Web. 21 Aug. 2017. <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html>.

23 The Growing Danger of Non-Communicable Diseases: Acting Now to Reverse Course. The World Bank Human Development Network, Sep. 2011. Web. <<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/WBDeepeningCrisis.pdf>>.

24 Ibid.

25 "People-centred care in low- and middle-income countries." Geneva: World Health Organization, 2010. Web. <<http://www.personcenteredmedicine.org/doc/genevathree/geneva2011i.pdf>>.

26 "Service delivery and safety." World Health Organization. N.d. Web. 21 Aug. 2017. <<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/strategies/en/>>.

27 "WHO Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services: Interim Report." World Health Organization. 2015. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015_6_eng.pdf?ua=1&ua=1>.

28 Gounder, C. R. and R. E. Chaisson. "A diagonal approach to building primary healthcare systems in resource-limited settings: women-centred integration of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, MCH and NCD initiatives." *Tropical Medicine & International Health* 17.12 (2012): 1426-1431. Web. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2012.03100.x/full>>.

29 Azenha, Gustavo S, et al. "Recommendations towards an integrated, life-course approach to women's health in the post-2015 agenda." *Bull World Health Organ* 91 (2013): 704-706. Web. 22 Mar. 2016. <<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/BLT.13.117622.pdf>>.

30 Winestone, Lena E., et al. "Acceptability and feasibility of integration of HIV care services into antenatal clinics in rural Kenya: A qualitative provider interview study." *Glob Public Health* 7.2 (2012): 149-163. Web. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3493571/>>.

31 Ibid.

32 van den Akker, T., et al. "HIV care need not hamper maternity care: a descriptive analysis of integration of services in rural Malawi." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119.4 (2012): 431-438. Web. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.03229.x/full>>.

33 Otiso, L, et al. "Decentralising and integrating HIV services in community-based health systems: a qualitative study of perceptions at macro, meso and micro levels of the health system." *BMJ Global Health* 2 (2017): e000107. Web. <<http://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/1/e000107.full.pdf>>.

34 "DREAMS innovation challenge: Innovating for an AIDS-free future for girls and women." 2016. Web. <<http://www.pepfar.gov/documents/organization/247602.pdf>>.

35 "DREAMS: PARTNERSHIP TO REDUCE HIV/AIDS IN ADOLESCENT GIRLS AND YOUNG WOMEN." USAID. 31 Jan. 2017. Web. <<https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/hiv-and-aids/technical-areas/dreams>>.

36 "Addis Ababa Declaration." Paper presented at the International Conference on Task Shifting. Geneva: World Health Organization, 2008. Web. <http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/Addis_Declaration_EN.pdf?ua=1>.

37 "WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting." Geneva: World Health Organization, 2012. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf>.

38 Lassi, Zohra, et al. "Quality of care provided by mid-level health workers: a systematic review and meta-analysis." *Bull World Health Organ* 91 (2013): 824-833I.

39 Joshi, R., et al. "Task Shifting for Non-Communicable Disease Management in Low and Middle Income Countries – A Systematic Review." *PLoS One* 9.8 (2014). Web. <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0103754>>.

40 Jeet, Gursimer, et al. "Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications." *PLOS One* (2017). Web. <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180640>>.

41 Jafar, Tazeen H., et al. "Community based lifestyle intervention for blood pressure reduction in children and young adults in developing country: cluster randomised controlled trial." *BMJ* 340 (2010). Web. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881949/>>.

42 Neupane, D., et al. "Community health workers for non-communicable diseases." *Lancet Glob Health* 2.10 (2014). Web. <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70303-1/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70303-1/fulltext?rss=yes)>.

43 Jeet, Gursimer, et al. "Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications." *PLOS One* (2017). Web. <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180640>>.

44 Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization, 2016. Web. <http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf>.

45 Roome, Edward, Joanna Raven, and Tim Martineau. "Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps." *Confl Health* 8.18 (2014). 2 Oct. 2014. Web. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4187016/>>.

46 Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization, 2016. Web. <http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf>.

47 Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization, 2016. Web. <http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf>.

48 Roome, Edward, Joanna Raven, and Tim Martineau. "Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps." *Confl Health* 8.18 (2014). 2 Oct. 2014. Web. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4187016/>>.

49 "The Work of the World Health Organization in the Philippines January – December 2011." REPORT OF THE WHO REPRESENTATIVE. Geneva: World Health Organization, 2012. Web. <http://www.wpro.who.int/philippines/about/who_philippines_2011_annual_report.pdf?ua=1>.

50 Ibid.

51 Ibid.

52 Ibid.

53 Ibid.

54 Jamison, Dean T., et al. "Global health 2035: a world converging within a generation." *The Lancet* 382.9908 (2013): 1898-1955. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62105-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext)>.

55 "Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?" Geneva: World Health Organization, 2011. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44706/1/9789241502313_eng.pdf>.

56 "Universal Health Coverage Day - GLOBAL PARTNERS." 2015. Web. <<http://universalhealthcoverageday.org/partners>>.

57 "Tracking universal health coverage: first global monitoring report." Geneva: World Health Organization, 2015. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1>.

58 Jowett, Matthew, et al. Spending targets for health: no magic number. Working paper. World Health Organization, 2016. Web. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250048/1/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.1-eng.pdf?ua=1>>.

59 Ibid.

60 Giedion, U., E. A. Alfonso, and Y. Díaz. "The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence." UNICO Studies Series No. 25. Washington: The World Bank, 2013. Web. <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/02/14/000333037_20130214125444/Rendered/PDF/753260NWPOBox30EwofExistingEvidence.pdf>.

61 Kutzin, Joseph. "Anything goes on the path to universal health coverage? No." *Bulletin of the World Health Organization* 90.11 (2012): 867-868. Web. <<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/>>.

62 Lagomarsino, Gina. "Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia." *The Lancet* 380.9845 (2012): 933-943. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61147-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61147-7/fulltext)>.

63 Evans, David B, Riku Elovainio, and Gary Humphreys. "Health systems financing: the path to universal coverage." *The World Health Report*. Geneva: World Health Organization, 2010. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf>.

64 Kutzin, Joseph. "Anything goes on the path to universal health coverage? No." *Bulletin of the World Health Organization* 90.11 (2012): 867-868. Web. <<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/>>.

65 Brearley, Lara, Robert Marten, and Thomas O'Connell. "Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap." London: Rockefeller Foundation, Save the Children, UNICEF, and the World Health Organization, 2013. Web. <http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Universal_health_coverage.pdf>.



- 66 Evans, David B, Riku Elovainio, and Gary Humphreys. "Health systems financing: the path to universal coverage." The World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2010. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf>.
- 67 Ravindran, TK Sundari. "Universal access: making health systems work for women." BMC Public Health 12 Suppl 1.S4 (2012). Web. <<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-S1-S4>>.
- 68 Second Annual UHC Financing Forum Greater Efficiency for Better Health and Financial Protection: Background Paper (Forum Edition). World Bank, 20 Apr. 2017. Web. <<http://pubdocs.worldbank.org/en/616561494511379987/UHC-Efficiency-Background-Paper-V10-170419-1100.pdf>>.
- 69 Ibid.
- 70 Ibid.
- 71 Ibid.
- 72 Blas, Erik, et al. "Intersectoral planning for health and health equity." Strategizing national health in the 21st century: a handbook. By Gerard Schmets, et al. Geneva: World Health Organization, 2016. Web. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250221/3/9789241549745-chapter12-eng.pdf?ua=1>>.
- 73 Giedion, U., E. A. Alfonso, and Y. Diaz. "The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence." UNICO Studies Series No. 25. Washington: The World Bank, 2013. Web. <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2013/02/14/000333037_20130214125444/Rendered/PDF/753260NWPOBox30ewofExistingEvidence.pdf>.
- 74 Moreno-Serra, R. and P. C. Smith. "Does progress toward universal health coverage improve population health?" The Lancet 380.9845 (2012): 917-923. Web. <https://www.ucdmc.ucdavis.edu/iph/Committees/MPAC/resources/UniversalHealthcareCoverageandPopulationHealth_Lancet_2012.pdf>.
- 75 "IPPF Calls for G7 leaders to prioritize the full range of sexual and reproductive health services in Universal Health Coverage." 2016. Web. <<http://www.ippf.org/news/IPPF-calls-G7-leaders-prioritize-full-range-sexual-and-reproductive-health-care-services-Univer>>.
- 76 McPake, B., et al. "Removing user fees: learning from international experience to support the process." Health Policy Plan. 26 Suppl 2 (2011): ii104-117. Web. <http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/suppl_2/ii104.full>.
- 77 Witter, Sophie, et al. "The national free delivery and caesarean policy in Senegal: evaluating process and outcomes." Health Policy Plan. 25.5 (2010): 384-392. Web. <<http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/5/384.long>>.
- 78 INDONESIA HEALTH FINANCING SYSTEM ASSESSMENT: SPEND MORE, RIGHT & BETTER. Policy brief. World Bank, 28 Oct. 2016. Web. <<http://pubdocs.worldbank.org/en/633911492102648134/112931-WP-Policy-Note-HFSA-Indonesia-Published.pdf>>.
- 79 Ibid.
- 80 Ibid.
- 81 Ibid.
- 82 Ibid.
- 83 Ibid.
- 84 Ibid.
- 85 Mate, Kedar S., et al. "Challenges for routine health system data management in a large public programme to prevent mother-to-child HIV transmission in South Africa." PLoS One 4.5 (2009). Web. <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0005483>>.
- 86 Ibid.
- 87 Fraser, H. S. F. and J. Blaya. "Implementing medical information systems in developing countries, what works and what doesn't." AMIA Annu Symp Proc. (2010): 232-236. Web. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041413/>>.
- 88 Electronic Health Records: Manual for Developing Countries. Geneva: World Health Organization, 2006. Web. <<http://www.wpro.who.int/publications/docs/EHRmanual.pdf>>.
- 89 Lewis, Trevor, et al. "E-health in low- and middle-income countries: findings from the Center for Health Market Innovations." Bulletin of the World Health Organization 90 (2012): 332-340. Web. 23 Feb. 2016. <<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/5/11-09820/en/>>.
- 90 Fraser, H. S. F. and J. Blaya. "Implementing medical information systems in developing countries, what works and what doesn't." AMIA Annu Symp Proc. (2010): 232-236. Web. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041413/>>.
- 91 Ibid.
- 92 "Essential medicines and basic health technologies for noncommunicable diseases: towards a set of actions to improve equitable access in Member States." WHO Discussion Paper. Geneva: World Health Organization, 2015. Web. <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/targets/Final_medicines_and_technologies_02_07_2015.pdf>.
- 93 Evans, David B, Riku Elovainio, and Gary Humphreys. "Health systems financing: the path to universal coverage." The World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2010. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf>.
- 94 Ibid.
- 95 Ibid.
- 96 Ibid.
- 97 Jarvis, Jordan. "JORDAN JARVIS, THE LANCET YOUTH COMMISSION ON ESSENTIAL MEDICINES POLICIES." 29 Feb. 2016. Web. 22 Mar. 2016. <<http://www.unsgaccessmeds.org/inbox/2016/2/29/Oc87t0dtsq8u5k6ccrci4ttc8d2sw7q>>.
- 98 Evans, David B, Riku Elovainio, and Gary Humphreys. "Health systems financing: the path to universal coverage." The World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2010. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf>.
- 99 Wagner, A. K., J. P. Thompson, and D. Ross-Degnan. "Social Business Interventions to Improve Access to Medicines." Maryam Bigdeli, David Peters, and Anita Wagner. AHPSPR Flagship Report 2014 - Medicines in Health Systems: Advancing access, affordability and appropriate use. Geneva: World Health Organization, 2014. Web. <http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR_Ch5_Annex4.pdf>.
- 100 Ibid.
- 101 The Interagency Emergency Health Kit 2011: Medicines and medical devices for 10 000 people for approximately three months. World Health Organization, Dec. 2015. Web. <<http://www.who.int/medicines/publications/emergencyhealthkit2011/en/>>.
- 102 The Interagency Emergency Health Kit 2011: Medicines and medical devices for 10 000 people for approximately three months. World Health Organization, Dec. 2015. Web. <<http://www.who.int/medicines/publications/emergencyhealthkit2011/en/>>.
- 103 Ibid.
- 104 Ibid.
- 105 "GLOBAL ACTION PLAN FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES 2013-2020." Geneva: World Health Organization, 2013. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf>.
- 106 Hod, M et al. "The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on Gestational Diabetes Mellitus: A Pragmatic Guide for Diagnosis, Management, and Care." International Journal of Gynecology and Obstetrics. 131(3) 2015. Web. <http://www.ijgo.org/pb/assets/raw/Health%20Advance/journals/ijg/FIGO_Initiative_on_GDM.pdf>
- 107 "GLOBAL ACTION PLAN FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES 2013-2020." Geneva: World Health Organization, 2013. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf>.
- 108 Fall, CH. "Fetal malnutrition and long-term outcomes." Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 74 (2013): 11-25. Web. 22 Mar. 2016. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.cul.columbia.edu/pubmed/23887100>>.
- 109 Fonjungo, Peter N., et al. "Access and Quality of HIV-Related Point-of-Care Diagnostic Testing in Global Health Programs." Clin Infect Dis 62.3 (2016): 369-374. Web. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26423384>>.
- 110 Vojnov, L, et al. "POC CD4 Testing Improves Linkage to HIV Care and Timeliness of ART Initiation in a Public Health Approach: A Systematic Review and Meta-Analysis." PLoS ONE 11.5 (2016): e0155256.
- 111 Besançon, Stéphanie, et al. "Diabetes in an emergency context: the Malian case study." Conflict and Health 9.15 (2015). BioMed Central. Web. <<https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-015-0042-9>>.
- 112 Ibid.
- 113 Ibid.
- 114 Ibid.
- 115 Jamison, Dean T., et al. "Global health 2035: a world converging within a generation." The Lancet 382.9908 (2013): 1898-1955. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62105-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext)>.
- 116 "Global status report on noncommunicable diseases 2014." Geneva: World Health Organization, 2014. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>.
- 117 Jamison, Dean T., et al. "Global health 2035: a world converging within a generation." The Lancet 382.9908 (2013): 1898-1955. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62105-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext)>.
- 118 "Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?" Geneva: World Health Organization, 2011. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44706/1/9789241502313_eng.pdf>.
- 119 Chaloupka, F., A. Yurekli, and G. Fong. "Tobacco taxes as a tobacco control strategy." Tob Control 21 (2012): 172-180. Web. <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/172.full>>.
- 120 "Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?" Geneva: World Health Organization, 2011. Web. <<http://apps.who.int/iris/>>



- bitstream/10665/44706/1/9789241502313_eng.pdf>.
- ¹²¹ Chaloupka, F., A. Yurekli, and G. Fong. "Tobacco taxes as a tobacco control strategy." *Tob Control* 21 (2012): 172-180. Web. <<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/172.full>>.
- ¹²² "Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?" Geneva: World Health Organization, 2011. Web. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44706/1/9789241502313_eng.pdf>.
- ¹²³ Escobar, Maria A Cabrera, et al. "Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis." *BMC Public Health* 13 (2013). Web. <<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1072>>.
- ¹²⁴ "Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases." Report of the 2013 Global Survey. Geneva: World Health Organization, 2014. Web. <http://www.who.int/chp/ncd_capacity/NCD_CCS_2013_report.pdf?ua=1>.
- ¹²⁵ "Women's Activities in the Food Chain; Influence on Family Nutrition. United Nations. Web. <<http://www.unsystem.org/scn/archives/npp04/ch10.htm>>
- ¹²⁶ "Sport and Gender: Empowering Girls and Women." United Nations. Web. <http://www.un.org/wcm/webdav/site/sport/shared/sport/SDP%20IWG/Chapter4_SportandGender.pdf>
- ¹²⁷ "About Accredited Social Health Activist (ASHA)." 2 Sep. 2014. Web. <<http://nrhm.gov.in/communitisation/asha/about-asha.html>>.
- ¹²⁸ Ibid.
- ¹²⁹ Ibid.
- ¹³⁰ "AUSTRALIAN PROGRAM WINS WORLD HEALTH ORGANISATION AWARD." 3 Jul. 2013. Web. 23 Feb. 2016. <<http://netball.com.au/australian-program-wins-world-health-organisation-award/>>.
- ¹³¹ Ibid.
- ¹³² "Improving health outcomes for women in Tonga through Netball." Australian Sports Commission. July 2015. Web. <http://www.ausport.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/637627/Improving_health_outcomes_for_women_in_Tonga_through_Netball.pdf>.
- ¹³³ "Path to Good Health: Tonga National Strategy to Prevent and Control Non Communicable Diseases (2010 - 2015)." Geneva: World Health Organization, n.d. Web. 23 Feb. 2016. <<https://www.mindbank.info/item/1168>>.
- ¹³⁴ "KAU MAI TONGA." n.d. Web. 23 Feb. 2016. <<http://netball.com.au/kau-mai-tonga/>>.
- ¹³⁵ Ibid.
- ¹³⁶ "Improving health outcomes for women in Tonga through Netball." Australian Sports Commission. July 2015. Web. <http://www.ausport.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/637627/Improving_health_outcomes_for_women_in_Tonga_through_Netball.pdf>.
- ¹³⁷ "UN Commission: New investments in global health workforce will create jobs and drive economic growth." World Health Organization. 20 Sep. 2016. Web. <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/global-health-workforce/en/>>.
- ¹³⁸ "From Burden to 'Best Buys': Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries." Geneva: World Health Organization and World Economic Forum, 2011. Web. <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18804en/s18804en.pdf>>.
- ¹³⁹ Stenberg, Karin, et al. "Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries." *The Lancet Global Health* 5.9 (2017): E875-887. 17 Jul. 2017. Web. <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30263-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/fulltext)>.
- ¹⁴⁰ Ibid.
- ¹⁴¹ Lamptey, P., et al. Discussion paper on how to promote the inclusion of the prevention and control of noncommunicable diseases within other programmatic areas. WHO GCM/NCD Working Group 3.1. 2016.
- ¹⁴² Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization, 2016. Web. <http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf>.
- ¹⁴³ Goldie, Sue J. and Steven Sweet. "Global Cervical Cancer Prevention: Health and Economic Benefits of HPV Vaccination and Screening." Summary of Prior Work. Boston: Harvard School of Public Health, 2013. Web. <<http://globalhealth2035.org/sites/default/files/working-papers/summary-1-cervical-cancer-prevention-cih.pdf>>.
- ¹⁴⁴ Ibid.
- ¹⁴⁵ Understanding Fast-Track: Accelerating Action to End the AIDS Epidemic by 2030. UNAIDS, Jun. 2015. Web. <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf>.
- ¹⁴⁶ Ibid.
- ¹⁴⁷ Ibid.
- ¹⁴⁸ "From Burden to 'Best Buys': Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries." Geneva: World Health Organization and World Economic Forum, 2011. Web. <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18804en/s18804en.pdf>>.
- ¹⁴⁹ Ibid.

