

La contribution des entités religieuses au secteur de la santé¹

Résumé général

Nous avons une présence et un impact unique au sein des communautés. Nous avons des structures et des programmes uniques qui sont déjà en place. Nous sommes disponibles. Nous sommes dignes de confiance. Et notre action est durable. Nous étions là longtemps avant que le SIDA n'apparaisse et nous serons toujours là quand le SIDA sera parti.²

1. Généralités

Tandis que la plupart des partenaires pourvoyeurs de services de santé en Afrique sub-saharienne conviennent que les entités religieuses jouent un rôle important dans la provision des services de santé, il y a peu de données complètes au sujet de la portée et de l'ampleur de leur contribution en dehors des données détenues par les entités religieuses elles mêmes au sujet de leur travail. En outre on sait très peu, au delà des réclamations et des rapports souvent répétitifs, au sujet de la manière dont le travail des confessions religieuses diffère de celui offert par les structures de la santé publique.

2. Buts et objectifs

Le but général de cette étude était de fournir une description de la contribution des organisations confessionnelles (FBOs), leurs établissements, et leurs réseaux au service de santé des populations vulnérables dans des régions de l'Afrique sub-saharienne (SSA) qui sont pauvres en ressources; et d'identifier les principaux secteurs d'investissement qui pourraient accélérer, augmenter et promouvoir de manière durable l'accès aux services efficaces, et/ou d'encourager une politique de santé adéquate et le lobbying de ressources parmi les pays africains et à l'intérieur même de ces pays.

Il y avait deux aspects principaux à ces objectifs:

- 1) Pour donner une vue d'ensemble concernant la portée, le rôle et les activités médicales à proprement parler des entités religieuses en Afrique sub-saharienne y compris les réseaux principaux et les relations que les entités religieuses entretiennent avec les secteurs publiques et privés, ainsi que leurs rapports entre elles-mêmes et avec le gouvernement en matière de provision de soins de santé.
- 2) Fournir une information plus détaillée par des études de cas de trois pays à savoir: le Mali, l'Ouganda et la Zambie. En couvrant aussi les aspects suivants:
 - a) décrire la capacité des organisations confessionnelles dans la provision des services de santé et leur impact sur le comportement des populations concernant la santé; l'assistance financière et/ou matérielle qu'elles reçoivent et comment ils sont perçus par d'autres acteurs du domaine de la santé;
 - b) identifier les réseaux confessionnels principaux et décrire comment ils opèrent;

¹ Schmid B, Thomas E, Olivier J and Cochrane JR. 2008. *The contribution of religious entities to health in sub-Saharan Africa*. Study funded by Bill & Melinda Gates Foundation. Unpublished report. ARHAP

²Canon Gideon Byamugisha sur la contribution des organisations confessionnelles en réponse au déficit du VIH et du SIDA dans : WHO, "Faith-based groups: Vital partners in the battle against AIDS". *The "3 x 5" Target Newsletter*, July/August 2004. P3.
http://www.who.int/3by5/mediacentre/en/3by5newsletter_0204.pdf

- c) décrire la *manière* dont les organisations confessionnelles collaborent les unes avec les autres et avec les gouvernements.

Sur base des informations recueillies, il fallait formuler des recommandations au sujet des secteurs principaux pour un investissement potentiel qui améliorerait les conditions de santé de la population.

3. Cadre de recherche

La recherche a été conduite sous les auspices du Programme religieux africain des partenaires de santé (ARHAP), un réseau des chercheurs visant à mieux comprendre la contribution des partenaires religieux du secteur de la santé publique en Afrique. L'équipe des chercheurs de l'ARHAP et de l'Université du Cap et du Conseil national pour la recherche médicale était assistée par un groupe multidisciplinaire international des chercheurs issus de différentes confessions ainsi qu'un autre groupe des chercheurs du pays.

La vue d'ensemble des pays d'Afrique sub-saharienne a exigé la collection et le passage en revue des bases de données existantes et de la littérature secondaire. Ceci a eu comme résultat, un résumé descriptif des questions à travers le découpage et le croisement de bases de données résumées de chacun des 10 pays.

Pour les études de cas des pays, 4 méthodes ont été employées en association:

- entretiens avec 10 informateurs principaux par pays, avec des représentants du secteur de santé publique, de quelques dirigeants religieux, des universitaires et de praticiens;
- 3 ou 4 discussions de groupes focaux de dix personnes chacun par pays, avec des représentants des confessions religieuses travaillant dans le domaine de la santé préalablement identifiés;
- environ 25 questionnaires par pays ont été distribués aux mêmes organisations confessionnelles;
- dans le cas du Mali, il n'y avait pas de groupes focaux et les questionnaires n'étaient pas employés car il y avait très peu de services de santé des organisations confessionnelles. A la place, trois études de cas locales ont été menées.

4. Contexte

L'Afrique détient 10% de la population du monde, mais 25% du fardeau mondial de la maladie et abrite presque un tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH et le SIDA; un certain nombre de pays en Afrique australe ont des taux de prévalence de VIH dépassant 20%. Nous trouvons également ici la plus grande incidence des maladies comme la malaria et la tuberculose sans oublier un taux très élevé de mortalité néonatale et infantile, mais aussi un taux élevé de malnutrition infantile sans oublier une santé maternelle et reproductive très précaires.

La pauvreté est l'une des causes déterminantes de la précarité des conditions de santé sur le continent. Les systèmes de santé sont surchargés et limités comparativement au fardeau énorme qu'est la maladie tout en relevant des défis structurels. Les systèmes de santé sont sous-équipés - la plupart du temps bien au-dessous de la norme recommandée de 15% du Produit intérieur brut - et doivent souvent dépendre largement des sources de financement incertaines ; ou des fonds qui sont destinés aux programmes verticaux plutôt qu'à la santé primaire. La crise de ressource humaine est grave car le personnel sanitaire quitte leurs pays d'origine et le continent à la recherche de meilleurs salaires et conditions de travail ailleurs. A cause de tous ces facteurs la situation dans les milieux ruraux est bien plus désespérée que dans les villes.

C'est dans ce contexte que les entités religieuses opèrent de vastes réseaux des centres de santé et des activités d'assistance à la santé. Bon nombre d'entre elles existent depuis des décennies ; et beaucoup d'autres ont été établies ces dernières années, souvent en réponse au VIH et à la pandémie du SIDA.

5. Résumé des conclusions principales et recommandations

En Afrique, la religion fait partie intégrante de la vie des gens et les entités religieuses sont profondément impliquées dans le secteur de la santé. Cette étude s'est engagée à élargir les connaissances souvent basées sur des données lacunaires au sujet de la participation religieuse, reposant souvent sur les études de cas entreprises au Mali, en Ouganda et en Zambie et les résultats de la revue de la littérature à ce sujet.

Conclusion numéro 1: Les entités religieuses (REs) apportent une contribution significative et unique aux services de santé.

a) On peut affirmer que les entités religieuses exécutent ces fonctions principales suivantes en matière de santé en Afrique sub-saharienne:

- La provision des services de santé d'hôpitaux conjointement avec les services de santé d'État à au niveau national ou de district (Ouganda, Zambie)³.
- Beaucoup d'hôpitaux des confessions religieuses sont également des **centres de formation** pour la main d'œuvre sanitaire; ceci peut produire jusqu'à 60% d'infirmiers (Ouganda).
- La provision de **services de santé en dehors de l'hôpital et à petite échelle** y compris comprenant les traitements traditionnels, les soins à domicile et la prévention du VIH ainsi que l'assistance et le traitement (Zambie).
- Les réseaux de santé des organisations confessionnelles comme CHAZ en Zambie et les bureaux médicaux en Ouganda offrent des services **de coordination**, de collecte de fonds, de renforcement des capacités, de supervision pour des services de santé affiliés et travaillent comme moyen de financement pour ces organisations.
- **Le lobby** à propos du rôle des centres médicaux des confessions religieuses dans la provision des services de santé auprès du gouvernement et des bailleurs de fonds (Ouganda, Zambie).
- **Promotion de la santé** et de l'éducation par les leaders dignes de confiance au niveau local (particulièrement Mali).

«Si vous trouvez que cette œuvre est importante pour le pays et que vous voulez lui offrir votre assistance ; alors faites-le d'une manière qui soit favorable à l'institution».

(de l'Ouganda)

b) Il y a **peu de données** sur la contribution des organisations confessionnelles à la santé et jusqu'ici aucune base de données complète sur les centres médicaux religieux en Afrique sub-saharienne n'existe, ni sur leurs bailleurs de fonds ni des exemples de bonne pratique; et on connaît même moins à propos des services de santé rendus en dehors des centres médicaux (revue de bureau).

c) L'évidence anecdotique montre que la **dévotion religieuse du personnel sanitaire** exerce une influence sur leur éthique professionnelle et la qualité de soin (Ouganda, Zambie, Mali). Ceci a été également identifié comme une ressource importante pour la qualité des services de santé.

«Assister est aussi un acte de piété. Ce qui importe c'est la vie humaine, assister les êtres humains» (du Mali)

³ Dans le cas où une conclusion est en relation avec une étude de cas spécifique, le pays ou le chapitre est indiqué de cette manière.

Sur base de ces observations cette étude recommande que

- I) Les entités religieuses du domaine de santé soient répertoriées et qu'une base de données contenant des informations à leur sujet soit établies.
- II) D'autres études soient menées pour vérifier les allégations à propos des meilleures qualités des soins administrés par les services de santé des organisations confessionnelles afin que toutes les leçons potentielles concernant la provision des soins dans les milieux pauvres soient tirées.

Conclusion numéro 2: Les organisations confessionnelles en Afrique subsaharienne sont très variées dans leurs types et leurs portées

- a) Le **type et la portée** des activités varient d'un pays à l'autre aussi bien que d'un lieu à un autre au sein d'un même pays; il est impossible de parler de la contribution des organisations à la santé en Afrique subsaharienne de manière générale (revue de la littérature).
- b) Il y a une très large variation entre les pays concernant le rôle des organisations confessionnelles dans la santé. Plusieurs facteurs y contribuent, notamment: **l'histoire coloniale**, le changement du paysage politique avec le temps et d'autres influences culturelles et religieuses.
- c) Les résultats des études de cas prouvent que la **contribution des organisations confessionnelles en termes de centres de santé** au niveau du pays varie de 2% au Mali environ à 30% en Ouganda et en Zambie avec un pourcentage encore plus élevé dans les milieux ruraux grâce aux hôpitaux et centres de santé ruraux.

«Il est vrai que nous avons besoin des Cliniques mais pourquoi doivent-elles être confessionnelles?»

(du Mali)

Sur base de ces observations cette étude recommande que

- III) D'autres recherches soient menées pour étendre les conclusions de cette étude c-à-d identifier les caractéristiques et les traits communs des organisations confessionnelles travaillant dans ce domaine pour combler les lacunes identifiées dans la revue de la littérature.

Conclusion numéro 3: Le Réseau national des organisations confessionnelles du domaine de la santé (NFBHNs) joue un rôle crucial en soutenant les services offerts au sein des centres médicaux dont la place dans le système de santé au niveau national est encore contestée

- a) Cette étude a stigmatisé l'impact que les organisations confessionnelles du secteur de la santé peuvent exercer de différentes manières au niveau national lorsque le **gouvernement considère ces organisations comme des partenaires sérieux** (Ouganda, Zambie).
- b) La majorité des hôpitaux et des cliniques confessionnelles (en Ouganda, Zambie) sont **coordonnés au niveau national par des agences** ayant un rapport officiel avec le ministère de la santé.

- c) Il a été démontré que le rôle d'avocat des FBHNs et sa participation dans le débat politique renforce davantage la capacité des organisations affiliées (Zambie).
- d) Parfois des **limitations claires sont imposées** sur des NFBHNs pour sa participation dans les questions politiques; par exemple limitation d'accès à l'information sanitaire concernant leurs établissements (Ouganda)
- e) Il y a une **similitude d'approche** entre les services sanitaires des organisations professionnelles et les services de santé publiques; tous suivent les directives du ministère de la santé, et sont supervisés par ses fonctionnaires (Ouganda, Zambie, Mali).
- f) Les services des organisations professionnelles complètent ceux du ministère de la santé et des ONG, mais les premières ont **une philosophie différente** des autres d'où la perception des groupes marginalisés selon laquelle les organisations professionnelles offrent des soins de meilleures qualités (Ouganda, Zambie, Mali).
- g) La contribution des organisations professionnelles à la santé sur le plan national est généralement reconnue par les ministères de santé des pays d'Afrique subsaharienne (Zambie, Ouganda). Pourtant **la politique** de certains pays ne **motive** pas suffisamment le rôle des organisations au niveau national.
- h) La collaboration entre les établissements de santé des organisations professionnelles et ceux du secteur public ainsi que les structures de gestion était plus difficile **au niveau des districts** où il y avait une plus grande concurrence directe pour les ressources limitées telles que les fonds et le personnel sanitaire (Ouganda).

«On n'accorde pas suffisamment d'espace aux organisations professionnelles de débattre et de participer... Ils sont donc relégués à l'échelon inférieur « Nous sommes comme des partenaires inégaux».

(de la Zambie)

D'où cette étude recommande que:

- IV) Les organisations professionnelles du secteur de la santé soit impliqués dans la planification et l'élaboration des politiques de santé au niveau national pour s'assurer que ces politiques soient favorables à leur travail, si nécessaire.**
- V) Les organisations professionnelles doivent être considérés comme parties intégrantes des activités du ministère de la santé au niveau du district.**
- VI) Les capacités en matière d'élaboration des politiques dans le secteur de la santé doivent être renforcées.**

Conclusion numéro 4: Au fil des années, il y a eu des changements significatifs dans la propriété/ le financement/ la responsabilité des établissements de santé des organisations professionnelles. L'ancien modèle de fonctionnement des hôpitaux de mission a fait place à un système de gestion et financement local, d'où des grandes disparités peuvent être remarquées.

- a) À l'origine la plupart d'établissements des organisations professionnelles **appartenaient aux missions qui les finançaient aussi**. Plusieurs de ces établissements sont en train de se délabrer maintenant (revue de la littérature, Ouganda, Zambie, Mali).

- b) Après l'indépendance, dans tous les pays de l'Afrique sub-saharienne, les services de santé sont passés sous **la responsabilité des gouvernements nationaux** qui sont assistés par les agences internationales.
- c) Et même les établissements de santé des organisations confessionnelles sont présentement, jusqu'à un certain degré financés par le gouvernement.
- d) Mais il n'y a **aucune égalité dans les conditions d'emploi** pour le personnel sanitaire des confessions religieuses et celui de l'État au sein des établissements de santé. Ceci pose des problèmes avec le recrutement et la rétention du personnel et peut également avoir comme conséquence la compromission de la qualité des soins (Ouganda).
- e) Les **missionnaires expatriés qui faisaient** partie du personnel sanitaire de carrière sont devenus monnaie rare ; peu de missionnaires médecins ou infirmiers servent maintenant en Afrique sub-saharienne (Zambie).
- f) Le financement provient **d'une variété de bailleurs de fonds** ayant des objectifs et des conditions différents. La plupart de ces types de financements est destiné à l'assistance des programmes verticaux. Les documents complexes de demande de fonds et les exigences concernant les rapports à soumettre excluent souvent les organisations confessionnelles désireuses d'accéder à ces fonds (Ouganda, Zambie).
- g) Les établissements médicaux des organisations confessionnelles dépendent fortement **des frais des utilisateurs**. Ceci soulève des dilemmes à propos de l'accès à ces services pour les pauvres (Ouganda, Zambie).

*« Les organisations confessionnelles ont 32% de membres du personnel requis donc il y a une carence de 70%. C'est clair que vous ne pouvez pas offrir un service de qualité dans des telles circonstances...Le gouvernement a 50% du personnel »
(Zambie)*

*“Tout ce que vous devez faire c'est le dépenser, le dépenser, le dépenser....en Afrique ça ne marche pas comme ça. Pour savoir l'heure en Afrique on se réfère au soleil »
(de la Zambie)*

D'où cette étude recommande ce qui suit:

- VII) Les bailleurs de fonds doivent s'engager à travailler plus étroitement avec les ministères de la santé pour renforcer les systèmes de santé au niveau national.**
- VIII) Les NFBHNs et leur contribution cruciale doivent être reconnues et en plus les NFBHNs doivent recevoir l'assistance financière directe.**
- IX) La politique et les consultations doivent s'assurer que la population ait un même type d'accès aux services de santé soit des organisations confessionnelles, soit du gouvernement.**

Conclusion numéro 5 : Les services de santé des confessions religieuses fonctionnent sous des contraintes graves, particulièrement concernant leur main d'œuvre.

- a) La qualité du service des établissements médicaux des organisations confessionnelles a été compromise car ils étaient souvent **sévèrement à court**

d'effectifs et beaucoup de membres du personnel sanitaire était sous-qualifiés (l'Ouganda, Zambie).

b) Adresser les problèmes du **manque des ressources humaines** était un élément important du renforcement du système de santé.

c) On doit penser à la possibilité de créer un poste **d'auxiliaire de santé** pour que les bacheliers relativement bien instruits soient formés pour exécuter certaines des fonctions de base (Zambie).

«Vous pouvez avoir tout sur le terrain: matériel, médicaments, tout. Mais si on ne fait pas suffisamment attention au personnel de santé et bien on n'ira pas très loin. Ce sont les ressources humaines qui rendent les autres ressources utiles» (de l'Ouganda)

d) **La carence de fonds** a entravé la provision des services de santé et ceci a eu comme conséquence le manque de médicaments et l'incapacité d'offrir un transport sûr et fiable pour les transferts (Ouganda, Zambie).

D'où cette étude recommande ce qui suit:

X) Les coûts du paiement du personnel, qui sont souvent exclus des fonds octroyés aux organisations confessionnelles, doivent être considérés comme étant très importants.

XI) Au niveau national, une attention particulière doit être dirigée vers l'élaboration des stratégies adéquates pour que les établissements médicaux des organisations confessionnelles et les institutions de formation se mobilisent pour juguler la carence en ressources humaines du système de santé.

Conclusion numéro 6: Les organisations confessionnelles rendent aussi une variété des services en dehors des hôpitaux en réponse aux besoins immédiats des populations locales, jouant ainsi un rôle très important sous des contraintes sérieuses

a) Les organisations confessionnelles offrent une **variété des services** en dehors des hôpitaux au niveau local, et répondant ainsi directement aux besoins des groupes vulnérables (Zambie).

b) Ces initiatives fonctionnent **officieusement, avec souplesse**, et en réponse aux fonds disponibles, donc il n'y a pratiquement aucun répertoire fiable de ce qui est fait et réalisé (revue de la littérature, Ouganda, Zambie).

c) Les initiatives de bases au niveau des districts sont **presqu'invisibles aux acteurs de santé publique** et même souvent aux NFBHNs (Ouganda, Zambie).

*“Chacun voudrait inclure tel ou tel autre. D'où il y a un jeu de nombre. Et ceci cause une compétition pour le personnel »
(Groupe focal de la Zambie)*

d) Les problèmes émergeaient quand il y avait **une collaboration insatisfaisante** entre les services exécutés en dehors des hôpitaux, tels que la duplication des services; la concurrence dans la recherche des fonds, le recrutement du personnel et des volontaires et la tentative d'attirer les clients; l'incapacité d'accéder aux services de transfert appropriés (Zambie).

e) Souvent, ces activités sont fortement dépendantes des **volontaires** qui eux-mêmes sont très pauvres, et se déplacent souvent localement d'un organisme à un autre à la recherche de meilleurs salaires.

- f) La **disponibilité des fonds pour des services de VIH** et les besoins énormes dans ce secteur - sont en grande partie la raison d'être d'une explosion d'activités dans ce domaine (Zambie).
- g) Ces initiatives ne sont souvent pas durable par manque de fonds continuels et de qualifications techniques, financières et administratives. Un défi majeur est le financement des coûts opérationnels, rarement couvert par les agences internationales (Zambie).
- h) Les **agences intermédiaires** ont émergé pour compléter la capacité technique, et fournir une assistance et une formation aux petits projets locaux ; mais le nombre de ces derniers est trop petit (la Zambie).

D'où cette étude recommande ce qui suit pour soutenir ce secteur:

XII) Des agences d'assistance technique et administrative doivent être mises en place pour aider les organisations confessionnelles dans leurs initiatives menées en dehors des hôpitaux.

Conclusion numéro 7: En Afrique sub-saharienne, le mélange des multiples thérapies curatives est (Traditionnels africains, biomédical, thérapies alternatives) une réalité commune mais la plupart du temps, les pourvoyeurs s'acceptent et collaborent difficilement.

- a) À travers l'Afrique sub-saharienne, les méthodes de guérison traditionnelle africaine sont employées par la majorité de personnes malades, souvent en combinaison avec d'autres possibilités offertes par des **systèmes pluridimensionnels de santé** (Ouganda, Zambie, Mali).
- b) Les **guérisseurs traditionnels africains** et les préposés traditionnels de naissance (TBAs) continuent de fournir des services de santé accessibles et sont de plus en plus ouverts à une certaine forme de collaboration avec les pourvoyeurs des services de santé biomédicaux (Ouganda, Zambie, Mali).
- c) Beaucoup de documents politiques se réfèrent à l'importance de thérapies traditionnelles et au besoin de collaboration. Néanmoins, le ministère de la santé ne reconnaît l'apport des guérisseurs traditionnels que de **façon symbolique** (Zambie, Ouganda) bien que le Mali ait pris des mesures plus déterminantes vers un partenariat véritable.

« Nous ne connaissons aucune barrière concernant l'assistance que nous devons apporter aux gens car. nous n'avons pas besoin des livres sterling, nous n'avons pas besoin de dollar, nous n'avons pas besoin d'euro pour importer ces médicaments »

(Guérisseur traditionnel en Zambie)

D'où cette étude recommande ce qui suit:

XIII) Un processus politique doit être développé pour intégrer les guérisseurs traditionnels dans le système de santé.

Conclusion numéro 8: Bien que le potentiel important des dirigeants religieux dans la promotion de la santé ait été canalisé vers des initiatives créatrices, il demeure toujours sous-exploité.

- a) Les chefs religieux ont le **potentiel** d'être des agents puissants dans la promotion des initiatives de santé publique. En rapport avec les résultats des études de cas du Mali, le dialogue interreligieux et la coordination au niveau national et local sont particulièrement bénéfiques.
- b) Quelques chefs religieux contribuent à la promotion de la santé et à l'éducation dans un certain nombre de secteurs (par exemple, la promotion de la planification familiale ou la lutte contre les mutilations génitales féminines) (Mali).
- c) Le **degré auquel ce potentiel est utilisé** dans différents pays varie considérablement selon le contexte.
- d) Le rôle des chefs religieux locaux dans la promotion de la santé diffère selon le niveau; **les dirigeants religieux nationaux** sont plus fortement impliqués que **les imams ruraux** (Mali).

«Les autorités religieuses jouent un rôle capital dans la communauté malienne. Il y a des milliers et des milliers de fideles qui est le écoutent et les suivent»
(du Mali)

D'où cette étude recommande ce qui suit:

- XIV) Les dirigeants religieux à tous les niveaux devraient être encouragés et formés pour participer activement aux activités de promotion de la santé qui sont culturellement appropriées.**
- XV) Il faut mener d'autres recherches pour développer la manière plus efficace d'encourager les dirigeants religieux à défier les pratiques religieuses ou traditionnelles qui sont préjudiciables à la santé.**
- XVI) Il faut encourager le dialogue interreligieux sur des questions de la santé.**

6. Structure du rapport

Ce rapport présente les données et les résultats de l'étude en huit chapitres:

- le chapitre 1 décrit le but de l'étude et ses objectifs;
- le chapitre 2 décrit la méthodologie suivie et présente les termes clés utilisés dans le rapport concernant les organisations confessionnelles travaillant dans le domaine de la santé;
- le chapitre 3 passe en revue des systèmes de santé de l'Afrique sub-saharienne et le rôle des entités religieuses, en attirant l'attention sur le rôle des histoires coloniales et des événements internationaux courants;
- le chapitre 4 donne les résultats de la revue de la littérature sur l'Afrique sub-saharienne, y compris dix feuilles de pays comme référence de la manière complexes dont les entités religieuses (REs) contribuent à la santé publique dans cette région;
- le chapitre 5 présente les études de cas de la Zambie, avec une vue d'ensemble du pays, la description des services de santé des organisations confessionnelles et les activités d'assistance ou de promotion de la santé, les réseaux et les initiatives de collaboration, les contraintes auxquelles ces services font face et les recommandations pour le financement et l'action;

- le chapitre 6, présente les études de cas de l'Ouganda en suivant la même structure;
- le chapitre 7 présente les études de cas du Mali en se basant sur 3 organisations confessionnelles pourvoyeuses de services ou travaillant dans la promotion de la santé;
- le chapitre 8 récapitule les résultats de l'étude et ses recommandations générales pour soutenir et faire avancer le rôle des organisations confessionnelles dans le domaine de la santé en Afrique sub-saharienne.

Les rapports et fiches techniques des pays sont disponibles sur le site Web de l'ARHAP:
www.arhap.uct.ac.za