

# Comment progresser vers la couverture sanitaire universelle en situation de crise : enseignements tirés de la recherche.

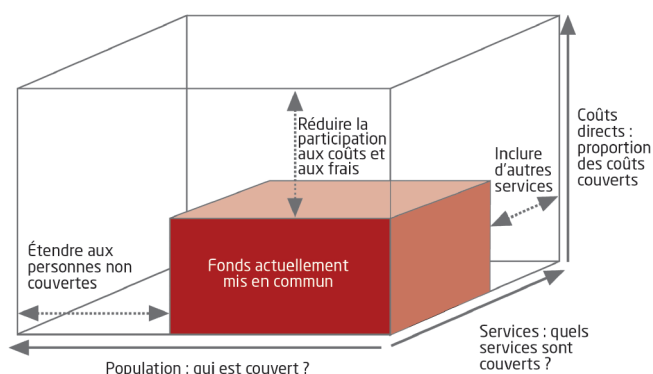
Document de synthèse préparé par **Sophie Witter** et **Benjamin Hunter**

juin 2017

Au cours des dix dernières années, la couverture sanitaire universelle (CSU) est devenue l'une des principales aspirations de la politique et de la recherche en matière de santé. En atteste son inclusion en tant que cible dans les objectifs de développement durable : « réaliser la couverture sanitaire universelle, y compris la protection contre les risques financiers, l'accès à des services de santé essentiels de qualité ainsi que l'accès à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un prix abordable pour tous ». Ce document de synthèse passe en revue la signification de la CSU et en résume les enseignements pour réaliser la CSU en situations de crise.

## Qu'est-ce que la Couverture sanitaire universelle ?

La CSU est généralement présentée comme la fourniture de soins de santé à l'ensemble de la société de façon à protéger les usagers de difficultés financières<sup>1</sup>. Les préoccupations vis-à-vis du coût des soins de santé ne sont que le reflet du rôle que les dépenses de santé peuvent avoir sur l'inaccessibilité aux soins, en particulier pour les groupes sociaux les plus pauvres, et sur la perpétuation de la pauvreté<sup>2</sup>. Les recommandations internationales pour la réalisation de la CSU se concentrent sur un « paquet minimum » de services de santé pouvant être dispensés universellement et gratuitement, puis étendus pour inclure un ensemble plus large de services (voir Figure 1)<sup>3</sup>.



**Figure 1. Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle** Source: World Health Organization, 2014. Disponible sur : <http://bit.ly/SHboRo>

## Messages clés

- La CSU est un objectif normatif pour les pays en situation de crise, de même que pour tous les autres ; en effet, son importance est d'autant plus grande dans les contextes où les besoins sont généralement plus élevés et où les disparités relatives à la couverture et à l'équité sont souvent plus extrêmes.
- Compte tenu des ressources limitées, la CSU présente des compromis particulièrement importants dans nombre de situations de crise, même s'il existe des fenêtres d'opportunités, notamment des « rentrées d'argent inattendues » provenant de ressources extérieures et d'une marge de manœuvre pour davantage de réformes structurelles.
- Lors de la gestion de crises, il est important d'élaborer un plan et une vision à plus long terme pour progresser vers la CSU, l'établir et l'adapter au niveau local.
- Les exemples de réussite soulignent l'importance d'une mutualisation accrue des risques, en particulier pour les groupes vulnérables ; d'une élaboration de paquets d'activités reflétant les services hautement prioritaires dans ces contextes (tels que le traitement des traumatismes, la prise en charge des besoins psychosociaux, les prestations destinées aux victimes de violences sexuelles et les soins de santé mentale) ; et de l'augmentation des capacités pour régler divers prestataires et systèmes de santé (voir le document connexe sur les différents types de prestataires en situations de crise).

Une expansion progressive basée sur une estimation du rapport coût-efficacité, de l'équité et de la protection contre les risques financiers pourrait assurer que les services les premiers à être étendus soient les plus prioritaires. Cela risque toutefois de donner priorité à des interventions faciles à définir, présentant des effets facilement mesurables, comme la vaccination, plutôt qu'à des problèmes multifactoriels plus complexes, comme la santé mentale.

L'ensemble des documents de synthèse de cette série est accessible sur : <http://bit.ly/2rUPRH9>

Cette série de documents d'information a été élaborée par le [ReBUILD Research Programme Consortium](http://rebuildconsortium.com) afin d'éclairer un certain nombre de questions essentielles concernant les systèmes de santé dans un contexte de crise ; il s'appuie à la fois sur le travail de ReBUILD et sur de nombreuses autres sources. Les problèmes ont été identifiés lors d'une **étude relative à l'établissement d'un programme de recherche** réalisée par le **Groupe de travail de Health Systems Global sur la thématique des systèmes de santé dans les états fragiles en proie à des conflits**.

## Comment progresser vers la couverture sanitaire universelle en situation de crise : enseignements tirés de la recherche.

Bien que faisant apparemment l'objet d'un consensus, chacun des trois termes qui définissent la CSU -- couverture, sanitaire et universel -- restent sujets à interprétation et à contestations<sup>4</sup>. À ce jour, les chercheurs et les politiciens travaillant à la réalisation de la couverture sanitaire universelle se sont essentiellement penchés sur l'expansion de l'accès aux soins de santé via des modèles d'assurance maladie sociale<sup>5,6</sup>. Cela correspond à la conceptualisation originale de la couverture sanitaire universelle approuvée par l'Organisation mondiale de la santé en 2005. Cependant, il est à craindre que privilégier l'expansion de la couverture d'assurance ne détourne l'attention loin des interventions préventives et autres interventions de santé publique<sup>7</sup>. L'importance accordée aux mécanismes de financement basés principalement sur l'assurance maladie sociale peut, par ailleurs, exclure de nombreux groupes parmi les plus pauvres qui exercent des emplois officieux et/ou ne peuvent pas se permettre de payer de cotisations d'assurance<sup>8</sup>. Qui plus est, « couverture » d'assurance ne signifie pas nécessairement protection financière - il est bien établi que, dans certains régimes, les utilisateurs sont exposés à débours des sommes à leur charge élevées, comme par exemple au Rwanda<sup>9</sup>.

### À quels problèmes particuliers se heurte la réalisation de la CSU en situations de crise ?

Les crises s'accompagnent souvent d'une baisse de l'emploi formel ; la capacité réduite des citoyens à payer les soins de santé est aggravée par la baisse des revenus des gouvernements et par la réduction des dépenses destinées à la santé de ces derniers. Les zones en situation de conflit, en particulier, peuvent être confrontées à la destruction d'établissements de santé, à la perturbation de processus de systèmes tels que l'approvisionnement et les informations relatives à la santé, ainsi qu'à l'émigration ou au décès d'agents de santé<sup>10,11</sup>. Toute destruction ou militarisation des infrastructures de transport ne fait qu'exacerber les problèmes liés à la couverture géographique des services de santé.

Tout en faisant face à la perte de ressources disponibles, les personnes vivant dans des situations de crise doivent également faire face à une rapide évolution de la charge que représente la maladie. Cela comprend les blessures et les maladies associées à la violence, la diminution de la disponibilité des produits alimentaires, la résurgence de maladies infectieuses, les problèmes de santé mentale qui accompagnent les crises, ainsi que l'impact croissant des maladies chroniques dans le monde entier<sup>12</sup>. Les gouvernements sont par conséquent censés faire plus avec moins, et ce sont les agents de santé qui subissent les conséquences de ces pressions.

Ces problèmes s'aggravent lorsque certains groupes sociaux perçoivent le gouvernement comme inefficace ou ne répondant pas aux attentes et entament par là-même sa légitimité (**voir le dossier connexe sur les systèmes de santé et le renforcement de l'État**)<sup>13</sup>. Cela peut davantage réduire la capacité de l'État à percevoir des impôts et des cotisations d'assurance pour financer le système de santé. De même, les crises peuvent saper la cohésion sociale et conduire à l'exclusion de certains groupes sociaux du système de santé en raison de leur appartenance ethnique ou de leur religion<sup>14</sup>.

## Gérer les compromis pour réaliser la CSU en situations de crise

### Les fenêtres d'opportunités

Les séquelles découlant des crises peuvent offrir des possibilités d'accélérer les progrès en matière de CSU, tout comme elles peuvent promouvoir la résilience des systèmes de santé (**voir le document connexe sur la résilience des systèmes de santé**). L'Allemagne, la France et certains pays d'Amérique latine sont des exemples couramment cités comme étant des pays qui ont saisi l'occasion d'une crise pour dynamiser la réalisation de la CSU<sup>15</sup>. Il faudra peut-être un certain temps avant que ces fenêtres d'opportunité ne se manifestent au cours de la reconstruction des capacités et la légitimité de l'État en matière de gouvernance du système de santé ; ces fenêtres s'inscrivent souvent dans une trajectoire de politique à long terme qui repose sur une volonté politique nationale d'introduire et de mettre en œuvre des réformes (**voir le document connexe sur l'économie politique de la réforme du système de santé**)<sup>16</sup>. Ce fut le cas en Sierra Leone, où il a fallu plusieurs années avant que l'environnement politique ne soit en mesure d'entamer les réformes sanitaires soutenues par le gouvernement et les donateurs, et qui ont conduit à l'Initiative de la gratuité des soins de santé<sup>17</sup> ; toutefois, cette dynamique de réformes s'est rapidement volatilisée<sup>18</sup>. Il est par ailleurs important de regarder au-delà des acteurs au niveau national, en formant par exemple des responsables au niveau des districts<sup>19</sup>, afin de garantir une meilleure mise en œuvre des politiques de la CSU.

### Les marges de manœuvre budgétaire et les mécanismes de financement de la santé

Les gouvernements des pays touchés par une crise disposent de capacités limitées pour étendre la couverture des soins de santé en raison de contraintes fiscales et de gouvernance, et devraient peut-être recourir au soutien de donateurs pour maintenir la couverture actuelle. Les pays post-conflit qui ont bien progressé dans la réalisation de la couverture universelle, au moins pour les services de base, l'ont fait en combinant plusieurs stratégies et en bénéficiant d'un financement important de la part de donateurs. Au Rwanda, l'assurance maladie communautaire (mutuelle de santé) a contribué à réduire les frais à la charge des usagers, les soins de santé primaires ont été renforcés et de nombreux systèmes mis en place pour la riposte au VIH ont été étendus pour inclure d'autres médicaments et informations<sup>20,21</sup>. Au Cambodge, la suppression des frais à la charge des utilisateurs a été renforcée grâce au remboursement des prestataires par des fonds d'équité en santé<sup>22,23</sup>. Dans les deux cas, les donateurs ont joué un rôle crucial dans le financement de la fourniture de soins de santé grâce à des fonds communs, ce qui soulève des questions distinctes sur la durabilité de la couverture dans ces environnements.

Il est important que les personnes soient protégées contre les difficultés financières lorsqu'elles ont besoin de soins de santé<sup>24</sup>. Les systèmes de financement à portée limitée, mal conçus ou mal gérés peuvent en réalité exacerber les dépenses à leur charge. Par exemple, l'Initiative pour la gratuité des soins de santé en Sierra Leone n'a pas permis de réduire les dépenses comme il l'était prévu parce que la disponibilité accrue de certains services a suscité l'utilisation

accrue d'autres services importants qui n'étaient pas gratuits<sup>25</sup>. Les lacunes dans la mise en œuvre sapent les politiques de gratuité des soins, telles que les problèmes de décaissement de fonds publics au Zimbabwe, qui ont entraîné la croissance des frais officieux à la charge des utilisateurs<sup>26</sup>. Dans de telles circonstances, la formalisation des frais à la charge des utilisateurs peut en réalité réduire les dépenses personnelles si les frais formels sont inférieurs aux frais officieux<sup>27</sup>.

## Le paquet de services

Compte tenu des contraintes affectant les ressources susmentionnées, les gouvernements sont confrontés à des décisions difficiles quant aux services à offrir gratuitement par le biais des systèmes de santé publique et, de là, sur la manière de passer à la CSU. Dans les zones touchées par un conflit, les programmes d'urgence portent généralement sur les interventions de soins de santé primaires en lien à la santé maternelle, néonatale et infantile, à la vaccination, à la nutrition, aux services de santé mentale, au diagnostic et au traitement de certaines maladies transmissibles et non transmissibles. Les services relatifs aux traumatismes et aux violences sexuelles et sexistes sont importants dans les zones touchées par le conflit. Par exemple, des services de conseil, de traitement et d'orientation pour les victimes de violences sexuelles étaient compris dans les mesures d'urgence au Libéria. Les prestataires doivent être correctement formés, dotés des ressources nécessaires et encouragés dans la mise en œuvre des services choisis, de peur que les paquets ne ressemblent peu aux services réellement fournis. Ces paquets peuvent ensuite servir de base à l'extension de la couverture pour inclure d'autres interventions d'un bon rapport coût-efficacité, équitables et offrant une protection financière<sup>3</sup>.

Dans certains pays, les prestataires de santé non gouvernementaux et privés ont été intégrés aux systèmes de santé publics (soit par contrats, soit par accords informels) afin d'accroître la couverture géographique des soins de santé à toute une gamme de situations de crise (**voir le document connexe sur le rôle des différents prestataires dans l'expansion de la couverture santé**)<sup>28</sup>. Cette approche présente deux défis majeurs. D'abord, les gouvernements en situation de crise prolongée peuvent ne disposer que de capacités limitées dans la gestion et la réglementation de ces prestataires, ce qui entraîne des problèmes de mise en œuvre et peut porter préjudice à la légitimité de l'État. Ce phénomène a été signalé en Afghanistan et en République démocratique du Congo<sup>29,30</sup>. Ensuite, l'augmentation des prestataires non publics peut créer des distorsions sectorielles dans les ressources du système de santé, par exemple la migration de personnel vers des ONG et des prestataires privés. Pavignani recommande de fait d'entreprendre une analyse au cours de crises afin d'identifier ces distorsions au fur et à mesure de leur apparition et de planifier les mesures correctives à appliquer après la fin de la crise<sup>31</sup>.

## La couverture de la population

La priorité dans la couverture des soins de santé devrait être accordée aux plus pauvres<sup>3</sup> ; or, à l'échelle internationale, on accorde plus de poids aux modèles d'assurances sociales maladies qui privilégient ceux qui travaillent dans le secteur formel. Cela est particulièrement inapproprié aux situations de crise, où l'emploi formel est limité et où de vastes populations mobiles dépendent de l'emploi informel, de l'épargne et de la vente de biens<sup>10</sup>. Les possibilités de modèles de financement pour étendre la couverture des soins de santé aux

pauvres incluent des exemptions de frais et des fonds d'équité plus importants<sup>23</sup>. Par exemple, un système d'assurance ciblé a été mis à l'essai avec un certain succès au Sud-Soudan<sup>32</sup>.

Les responsables politiques doivent réagir aux mouvements de population au cours et après les crises. Les milieux urbains attirent souvent les populations déplacées mais souffrent d'une mauvaise planification des soins de santé<sup>10</sup>. Des investissements sont nécessaires pour étendre la couverture des services aux bidonvilles et aux camps de déplacés, sur l'hypothèse que les populations y restent suffisamment longtemps. Les responsables politiques doivent réagir aux changements lorsque les populations commencent à rentrer chez elles, car celles-ci risquent de perdre l'accès aux soins de santé si des prestations similaires ne sont pas disponibles dans leur lieu d'origine. Par exemple, les réfugiés retournant chez eux après un séjour dans des camps de déplacés en Ouganda seraient passés de prestataires de soins de santé formels à des prestataires de soins informels à cause de l'appauvrissement et du coût des soins hors des camps<sup>25</sup>.

La société civile s'avère un mécanisme important pour garantir que les budgets de la santé sont équitables et que les groupes socialement exclus peuvent accéder aux soins de santé sans risquer de difficultés financières. Toutefois, les héritages de crises et de lois restrictives peuvent limiter la taille et l'influence de la société civile lors de situations de crise. Dans de tels contextes, un soutien externe apporte des ressources essentielles et des formations pour développer les rôles de surveillance et de plaidoyer de la société civile. Par exemple, des organisations de la société civile en Ouganda ont reçu un important soutien international, ce qui leur a permis de faire campagne pour élargir l'accès au traitement contre le VIH en dépit d'un environnement de plaidoyer restrictif<sup>33</sup>.

## Les pièges en matière de politiques

Il existe des pièges affectant les politiques lors de la poursuite de la CSU dans les situations de crise ; il est donc essentiel de procéder à des consultations pour intégrer les perspectives des acteurs nationaux et locaux dans les stratégies concernant la CSU. Le recours généralisé aux contrats peut devenir une habitude si les organismes donateurs contournent les gouvernements en raison d'un manque de capacités pour gérer les contrats et/ou de réticences de la part des différents secteurs à coopérer les uns avec les autres<sup>23</sup>. Les contrats à long terme au Cambodge ont entraîné un héritage de fragmentation dans la gestion et la rémunération du personnel de santé<sup>18</sup>. En outre, l'extension et l'enracinement des programmes d'assurance sociale de santé, tels qu'évoqués depuis un certain temps en Ouganda<sup>34</sup>, peuvent bénéficier de manière disproportionnée à des groupes non pauvres et détourner des fonds publics de services préventifs vers des soins curatifs, comme cela fut le cas en Colombie<sup>7</sup>.

De nombreux plans post-conflit portent leurs efforts sur l'intensification de la formation et du recrutement d'agents et de gestionnaires de santé ; or, les ressources nécessaires pour dispenser ces formations font souvent défaut, ce qui signifie que ces formations peuvent avoir une valeur limitée et peuvent en fait faire augmenter les coûts si le besoin de refaire ces formations s'avère nécessaire<sup>35</sup>. On court aussi le risque que, sans systèmes de rémunération adéquats pour encourager le travail dans des zones géographiques moins souhaitables, les agents ne se regroupent de plus en plus dans des zones urbaines et mieux connectées<sup>18</sup>.

# References

1. World Health Organization, 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/1jt45Xr>
2. Krishna, A., 2010. One Illness Away: Why People Become Poor and How They Escape Poverty. Oxford: Oxford University Press
3. World Health Organization, 2014. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization <http://bit.ly/SHboRo>
4. O'Connell, T., Rasanathan, K. & Chopra, M., 2014. What does universal health coverage mean? The Lancet, 383(9913) <http://bit.ly/2qn4MMI>
5. Lagomarsino, G. et al., 2012. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. The Lancet, 380(9845) <http://bit.ly/2qM8dha>
6. Reich, M.R. et al., 2016. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. The Lancet, 387(10020) <http://bit.ly/2rlhp8h>
7. Schmidt, H., Gostin, L.O. & Emanuel, E.J., 2015. Public Health, Universal Health Coverage, and Sustainable Development Goals: Can They Coexist? Lancet, 386(9996) <http://bit.ly/2rbozQ3>
8. Oxfam, 2013. Universal Health Coverage: Why health insurance schemes are leaving the poor behind. Oxford: Oxfam <http://bit.ly/2rl5qU>
9. Saksena, P. et al., 2011. Mutual health insurance in Rwanda: Evidence on access to care and financial risk protection. Health Policy, 99(3) <http://bit.ly/2rboXOH>
10. Pavignani, E. & Colombo, A., 2009. Analysing Disrupted Health Sectors: A Modular Manual, Geneva: WHO <http://bit.ly/2qqhTuy>
11. Ager, A.K. et al., 2015. Health service resilience in Yobe state, Nigeria in the context of the Boko Haram insurgency. Conflict and Health, 9(1) <http://bit.ly/2rlIB7T>
12. Spiegel, P.B. et al., 2010. Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. The Lancet, 375(9711) <http://bit.ly/2rlzLa2>
13. Whaites, A., 2008. States in Development: Understanding State-building. London: DFID <http://bit.ly/2rlZlpZ>
14. Pearson, N., 2010. The Role of the Health Sector in Wider State-Building London: Save the Children <http://bit.ly/2qMKG4I>
15. Saleh, S.S. et al., 2014. The path towards universal health coverage in the Arab uprising countries Tunisia, Egypt, Libya, and Yemen. The Lancet, 383(9914) <http://bit.ly/1jqHP1z>
16. ReBUILD, 2016. Institutions for strong and equitable health systems after conflict and crisis: lessons from ReBUILD research. Liverpool: ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2hs1EJ4>
17. Bertone, M. et al., 2014. A window of opportunity for reform in post-conflict settings? The case of Human Resources for Health policies in Sierra Leone, 2002–2012. Conflict and Health, 8(1) <http://bit.ly/2pQ1C1a>
18. Witter, S. et al., 2016. Evolution of policies on human resources for health: opportunities and constraints in four post-conflict and post-crisis settings. Conflict and Health, 10(1) <http://bit.ly/2qqLvbb>
19. Bertone, M.P. & Witter, S., 2015. An exploration of the political economy dynamics shaping health worker incentives in three districts in Sierra Leone. Social Science & Medicine, 141 <http://bit.ly/1E7P2dC>
20. Schneider, P. & Hanson, K., 2006. The impact of micro health insurance on Rwandan health centre costs. Health Policy and Planning, 22(1) <http://bit.ly/2pFBF8k>
21. Jay, J. et al., 2016. Building from the HIV Response toward Universal Health Coverage. PLOS Medicine, 13(8) <http://bit.ly/2aZTtsk>
22. Tangcharoensathien, V. et al., 2011. Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. The Lancet, 377(9768) <http://bit.ly/2rbprEv>
23. Witter, S., 2012. Health financing in fragile and post-conflict states: What do we know and what are the gaps? Social Science & Medicine, 75(12) <http://bit.ly/2rkzFi7>



## Une clinique de l'hôpital Makara de Preah Vihear au Cambodge.

Photo: Chhor Sokunthea/Banque mondiale

24. Rothman, I. et al., (2011). Moving towards a sector-wide approach (SWAp) for health in fragile states: Lessons learned on the state of readiness in Timor Leste, Sierra Leone and Democratic Republic of Congo. Amsterdam: KIT <http://bit.ly/2rIFRqS>
25. ReBUILD, 2016. Health financing policy in conflict affected settings: lessons from ReBUILD research. Liverpool: ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2rkQvO1>
26. ReBUILD, 2015. The challenge of retaining health workers in Zimbabwe: Implications for Universal Health Coverage. Liverpool: ReBUILD Consortium <http://bit.ly/2rITWF4>
27. Akashi, H. et al., 2004. User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes. Social Science & Medicine, 58(3) <http://bit.ly/2qmDmqj>
28. Newbrander, W. et al., 2011. Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. Disasters, 35(4) <http://bit.ly/2ricsfv>
29. Palmer, N. et al., 2006. Contracting out health services in fragile states. BMJ (Clinical Research ed), 332(7543) <http://bit.ly/2raMmjm>
30. Waldman, R., 2007. Health Programming for Rebuilding States: A Briefing Paper. Arlington: USAID <http://bit.ly/2ridA2W>
31. Pavignani, E., 2005. Health Service Delivery in Post-Conflict States. In High Level Forum on the Health MDGs: Selected Papers 2003-2005. Geneva: WHO <http://bit.ly/1KzYecB>
32. Witter, S. and NHIF, 2015. Expanding access, utilisation and financial protection in a post-conflict setting: results of a pilot project with the NHIF in Darfur <http://bit.ly/2qMhqWB>
33. Rosenquist, R. et al., 2013. A critical player: The role of civil society in achieving universal health coverage. Global Health Governance, 6(2) <http://bit.ly/2rm7uQH>
34. Basaza, R.K. et al., 2013. Players and processes behind the national health insurance scheme: a case study of Uganda. BMC Health Services Research, 13(1) <http://bit.ly/2qn5SrL>
35. Roome, E., Raven, J. & Martineau, T., 2014. Human resource management in post-conflict health systems: review of research and knowledge gaps. Conflict and Health, 8(1) <http://bit.ly/2qmiZd1>



Le consortium ReBUILD est un partenariat international de recherche travaillant sur le renforcement des systèmes de santé dans les situations de conflit ou de crise.

Pour en savoir plus sur les recherches et les résultats de ReBUILD, rendez-vous sur le site Web à l'adresse [www.rebuildconsortium.com](http://www.rebuildconsortium.com) et suivez-nous sur [@ReBUILDRPC](https://twitter.com/ReBUILDRPC).

Pour plus d'informations, veuillez contacter:  
**Sophie Witter** – [switter@qmu.ac.uk](mailto:switter@qmu.ac.uk) or  
[rebuildconsortium@lstmed.ac.uk](mailto:rebuildconsortium@lstmed.ac.uk)

ReBUILD Consortium  
Liverpool School of Tropical Medicine  
Pembroke Place  
Liverpool, L3 5QA  
T: +44(0)151 705 3100  
E: [rebuildconsortium@lstmed.ac.uk](mailto:rebuildconsortium@lstmed.ac.uk)

Ces documents de synthèse résultent d'un projet financé par le gouvernement britannique via UK Aid. Les points de vue qui y sont exprimés ne reflètent toutefois pas nécessairement les politiques officielles du gouvernement britannique.

