

Leçons sur la
**sécurité
contraceptive**
IIe Partie

9



**Comment répondre aux
besoins des groupes mal
desservis**



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Leçons sur la sécurité contraceptive

IIe partie



S'assurer que les pauvres et les groupes mal desservis ont accès aux contraceptifs et aux services de planification familiale

Que peut faire un champion de la sécurité contraceptive ?

- Évaluer la situation de la sécurité contraceptive, à partir des données ventilées selon les revenus, les paramètres démographiques (par ex. : l'âge, la situation de famille, l'appartenance à un groupe ethnique), l'emplacement et d'autres facteurs ayant une incidence sur l'accès, afin d'identifier les populations mal desservies.
- Évaluer les obstacles nationaux spécifiques entravant l'accès aux contraceptifs, à l'aide d'outils, notamment une cartographie de la pauvreté, une évaluation des bénéficiaires et des études sur la volonté de payer.
- Mise en œuvre de stratégies pour écarter les obstacles et améliorer l'accès des pauvres et des groupes mal desservis aux contraceptifs et aux services de planification familiale, par une disponibilité accrue des produits et des services de PF, le ciblage des ressources, l'apport de subventions et l'amélioration de la participation communautaire.

Concept clé – de nombreux facteurs restreignent l'accès aux contraceptifs, produisant ainsi des populations mal desservies

En dépit d'une attention accrue accordée aux besoins de santé des populations mal desservies, l'inégalité d'accès aux services de santé, y compris la planification familiale, reste une préoccupation grave. Selon l'analyse des données tirées des enquêtes de santé, de profondes inégalités d'utilisation des

contraceptifs modernes existent entre les femmes de la plupart des pays, sur la base de leurs moyens économiques, lorsque le taux de prévalence contraceptive chez les femmes vivant maritalement est de 50 % ou moins. Garantir l'accès et le choix contraceptif aux groupes mal desservis pose des difficultés considérables aux champions de la sécurité contraceptive, en raison des nombreux obstacles qui entravent l'accès. De fait, l'incapacité des pauvres et des groupes mal desservis à accéder aux contraceptifs résulte souvent d'une absence d'accès aux services de santé en général, ainsi qu'à une absence d'information sur la disponibilité des services et des produits de santé.

Les restrictions de l'accès aux contraceptifs n'affectent pas uniquement les pauvres : nombre de facteurs restreignent l'accès aux contraceptifs et aux services de planification familiale (PF). Il s'agit notamment des éléments suivants :

- **Disponibilité géographique et matérielle** des produits et des services, y compris la capacité de déplacement des clients jusqu'aux points de prestation de service et la disponibilité de produits et de prestataires en ces mêmes points.
- **Accessibilité financière des produits et des services**, déterminée par le prix du produit, le coût du déplacement, la capacité de payer des clients, leur admissibilité aux services subventionnés, leur participation aux programmes d'assurance-santé couvrant la planification familiale et la perte de revenu suscitée par la durée des déplacements et l'obtention des services.
- **Modalités** de la façon dont les services et les produits sont fournis, par exemple les jours et les heures d'ouverture, la nécessité de prendre rendez-vous, les durées d'attente, les rapports entre clients et prestataires, le respect de la vie privée et l'environnement de l'établissement.
- **Acceptabilité**, déterminée par les attitudes des clients quant aux prestataires disponibles et leurs méthodes, ainsi que les préjugés des prestataires quant à l'utilisation de certaines méthodes particulières par les utilisateurs.
- **Qualité**, tant des produits que des services afin de garantir que les produits sont utilisés de façon appropriée et que les effets secondaires sont présentés et gérés de façon appropriée. Cette qualité exige que le client ait accès à des prestataires formés et motivés, à des sites de prestation de service bien préparés et à toutes les informations nécessaires pour effectuer un choix circonstancié.

Chacun de ces facteurs pourra être réglé par des interventions sur l'offre et la demande. Par exemple, un mauvais accès géographique sera réglé par la construction d'établissements de santé dans les zones reculées ou par la mise en place de services de vulgarisation ou de distribution communautaire, pour améliorer la disponibilité (intervention en faveur de l'offre), ou en aidant les clients à se rendre jusqu'aux établissements ou aux services qui existent déjà (intervention en faveur de la demande).

Une réussite généralisée concernant la satisfaction des besoins des groupes mal desservis est difficile à obtenir, mais certains pays possèdent des stratégies prometteuses qui peuvent être adaptées et utilisées pour améliorer la sécurité contraceptive de ces groupes.

Évaluer la sécurité contraceptive pour comprendre les obstacles à l'accès

Pour choisir les stratégies d'amélioration de l'accès des groupes mal desservis aux services et aux produits contraceptifs, il est important de comprendre quels sont ces groupes, où ils se trouvent et quels sont les obstacles en question.

Des données sont nécessaires pour mesurer et analyser l'accès. Le taux de prévalence contraceptive (TPC) est un indicateur important de l'accès à la PF. Citons quelques autres indicateurs pertinents : gamme de méthodes, taux de fécondité, taux de grossesses d'adolescentes, besoins insatisfaits et frais remboursables. Pour mieux identifier les groupes mal desservis, il convient d'analyser chacun de ces indicateurs par tranche d'âge, groupe socio-économique, domiciliation (en zone urbaine ou rurale) et région géographique/circonscription/municipalité. Les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes sur les niveaux de vie et les moyens et les comptes de santé nationaux comprennent une partie de ces données. Les analyses secondaires de ces sources de données, comme indiqué ci-dessous, apportent une image plus spécifique de l'accès des différentes populations. (Cf. *Leçon II n° 6 : Mobilisation des ressources financières* pour une explication des comptes de santé nationaux et des sous-comptes de santé reproductive). Les données sur le ciblage du secteur public (pourcentage des contraceptifs du secteur public affectés aux deux quintiles les plus pauvres) de nombreux pays sont disponibles dans l'indice de la sécurité contraceptive (cf. Lectures complémentaires).

Il existe plusieurs types d'analyses permettant de répondre aux questions concernant l'accès et les groupes mal desservis, notamment :

- **Les cartes de pauvreté** qui présentent, sous forme visuelle, les zones où les pauvres se trouvent et où les produits et les services sont souvent rares. Ces informations proviennent de différentes sources et sont représentées à divers niveaux (mondial, national et local). Les indicateurs de pauvreté des revenus

(par ex. le PIB par habitant ou le niveau quotidien de subsistance) ou de bien-être (espérance de vie, mortalité infantile ou alphabétisation) servent le plus souvent dans ces cartes et ils sont tirés du recensement national ou des enquêtes sur les ménages.

- **L'évaluation des bénéficiaires** relève de façon systématique les perceptions d'un échantillon des bénéficiaires et des autres parties concernées, pour s'assurer que leurs préoccupations sont retenues et incorporées dans la formulation des projets et des politiques. Ce type d'écoute systématique permet aux pauvres et aux autres bénéficiaires difficiles à atteindre de se faire entendre, soulignant au passage les contraintes que rencontre la participation des bénéficiaires, tout en apportant un retour d'informations utiles sur les interventions.
- **L'évaluation du marché intégral/l'analyse de segmentation du marché** permet d'identifier les principaux éléments entraînant l'utilisation de services et de produits spécifiques par différents segments de la population, notamment en expliquant les schémas d'utilisation existants, les besoins actuels et les lacunes du système de prestation de services (cf. *Leçon I n° 3 : Une approche intégrale de marché* et *Leçon II n° 7 : Encouragement de la collaboration entre le secteur privé et le secteur public pour un accès amélioré*).
- Les études sur **la volonté de payer** (VDP) permettent de déterminer les prix de vente et le besoin de subventions ciblées selon les différents segments de la population. La VDP est évaluée par un sondage qui demande ce que différentes personnes, appartenant à différents sous-groupes seraient disposées à payer pour un service ou un produit de santé. Ceci permet à la personne de tenir compte des différents facteurs qu'elle juge importants dans la prestation de produits contraceptifs, par exemple les revenus, la valeur perçue du produit ou la commodité de différents points de vente. Ces enquêtes sont utiles pour fixer des prix acceptables pour un groupe de population donné.

Ces évaluations permettent d'identifier les obstacles spécifiques entravant l'accès des pauvres et des autres groupes marginalisés aux produits et aux services de planification familiale. Les informations produites sont essentielles pour mettre au point de stratégies appropriées et atteindre une sécurité contraceptive incluant les groupes mal desservis.

Le gouvernement du Guatemala tire parti des données sur la pauvreté et de partenariats créatifs avec des ONG pour atteindre les populations “difficiles à atteindre”.

Le **Guatemala** comprend plus de 25 groupes autochtones qui vivent dans des zones montagneuses et difficiles à atteindre, présentant autant d’obstacles géographiques, culturels et linguistiques à l’utilisation de contraceptifs. Depuis plus de dix ans, le ministère de la Santé guatémaltèque s’efforce, à l’aide de fonds de l’État et de la Banque interaméricaine de développement, d’améliorer l’accès de ces populations à la contraception en retenant les services d’ONG locales pour la prestation de services de santé de base, par le biais du programme “Vulgarisation des services de santé”. L’objectif principal de cette stratégie consiste à faire régresser les besoins non satisfaits des populations rurales et autochtones. Les ONG reçoivent des honoraires par habitant, selon leur couverture, englobant les frais de distribution des contraceptifs dans les centres communautaires. Les ONG passent par une équipe de santé de base, regroupant des médecins et infirmières ambulatoires, des animateurs institutionnels et communautaires, ainsi que des sages-femmes traditionnelles. En 2003, les services de PF et les contraceptifs (préservatifs, pilules et injectables) sont devenus partie intégrante du programme de Vulgarisation des services de santé. En 2006, ce programme a fourni des services de PF et des contraceptifs par le biais de partenariats avec quelque 86 ONG.

Au début du programme, une cartographie de la pauvreté a permis d’identifier les communautés les plus pauvres et celles présentant les pires indicateurs de santé, notamment de malnutrition. Ces régions ont été ciblées par le programme de Vulgarisation des services de santé. De 2002 à 2006, la couverture géographique est passée de 3 à 4,5 millions de personnes vivant dans les zones d’isolement géographique et culturel. Des évaluations des bénéficiaires ont été réalisées en 2001 et 2005 pour mesurer les améliorations des services de santé pour les groupes mal desservis. Ces

sondages ont indiqué les points forts du programme et les domaines qu'il conviendrait d'améliorer. Lors de l'évaluation des bénéficiaires réalisée en 2005, un échantillon composé de 4.200 familles a indiqué sa satisfaction des services de santé fournis par les ONG, et 60 % des personnes interrogées ont reçu la visite d'agents de santé communautaires des ONG. Ces évaluations sont axées sur la santé maternelle et infantile, elles n'apportent donc que peu de données sur la réussite du programme en matière de planification familiale.

Le programme de Vulgarisation des services de santé pourra réduire, de façon durable, les inégalités d'accès aux soins de santé, dans le sens d'une couverture universelle de santé au Guatemala. De 2005 à 2006, les années couple de protection dans la zone de couverture ont augmenté de 14 %. Cette réussite sera renforcée si les ONG s'axent davantage sur les services de planification familiale, par l'inclusion par exemple d'indicateurs de PF dans le suivi de la performance.

Stratégies pour améliorer l'accès des pauvres et des groupes mal desservis aux produits et aux services de PF

Les stratégies présentées ci-dessous ont été adoptées pour améliorer l'accès des clients pauvres et des autres populations mal desservies aux produits et aux services. Ces stratégies ont toutes enregistré des résultats prometteurs mais elles devront être adaptées et pilotées dans le contexte spécifique au pays en question pour améliorer la fourniture de produits de santé reproductive. Les stratégies gouvernementales d'amélioration de l'accès à la PF pour les groupes mal desservis devront notamment être incorporées ans les documents de politique nationale ; elles devront également faire l'objet d'un suivi en fonction de l'inclusion d'objectifs d'égalité, des stratégies en faveur des pauvres et des indicateurs de justice sociale dans les plans stratégiques nationaux de santé reproductive ou de sécurité contraceptive.

La promotion de la couverture universelle de santé de base est une stratégie courante des gouvernements du monde entier. Les gouvernements encouragent l'égalité en visant la disponibilité et l'accessibilité des services de santé de base pour tous, y compris les pauvres et les groupes difficiles à atteindre. Les programmes soulignent par exemple les services "essentiels", qui comprennent souvent les interventions importantes de santé maternelle

et infantile, dont la planification familiale, la santé prénatale et la vaccination des enfants. Ces programmes encouragent la justice sociale, mais les difficultés posées par l'obtention d'une couverture essentielles avec des services de qualité signifient qu'en réalité divers groupes de population restent souvent mal desservis.

Le ciblage consiste à orienter les ressources, ou subventions, vers des groupes démographiques spécifiques pour atteindre certains objectifs politiques, liés à l'amélioration de l'équité dans le secteur de la santé (cf. *Leçon II n° 7 : Encouragement de la collaboration entre le secteur privé et le secteur public pour un accès amélioré*). Le ciblage identifie les groupes pauvres ou dans le besoin éligibles pour certaines prestations sociales. Les programmes peuvent cibler des régions spécifiques où se trouvent et travaillent des groupes mal desservis, ou encore où les produits et les services sont rares. Le ciblage réussit lorsque la plupart des ressources ciblées arrivent jusqu'aux populations visées. Le ciblage des programmes s'accompagne de coûts administratifs pour l'identification des bénéficiaires visés (par ex. : le coût des agents sociaux qui identifient les pauvres par le biais d'entretiens). Lorsque ces coûts sont élevés, ils augmentent les coûts d'ensemble des programmes et réduisent le montant disponible pour les subventions.

Les subventions liées à l'offre visent à augmenter le recours à des prestataires spécifiques de santé par les pauvres et autres groupes mal desservis. Par exemple : les gouvernements fournissent souvent des produits ou des services subventionnés dans des régions où les concentrations de pauvres ou de groupes mal desservis sont élevées. Ces produits et ces services passent par le secteur public ou par des ONG, au travers de programmes de planification familiale communautaires ou en dispensaire. La subvention liée à l'offre la plus courante est celle du marketing social, où des produits subventionnés sont vendus par le truchement de points de service publics et privés. Le marketing social permet de renforcer la disponibilité de produits subventionnés pour les clients et ce faisant, il n'oriente pas efficacement les subventions sur des populations précises. Les prestataires de produits et de services offerts par les marketings sociaux ont peu d'incitations pour aller chercher des clients pauvres ou difficiles à atteindre. En outre, les limitations des voies de distribution aboutissent d'ordinaire à une meilleure disponibilité auprès des populations urbaines qu'auprès des populations rurales (cf. *Leçon I, n° 3 : Approche intégrale de marché* concernant le ciblage des subventions liées à l'offre et les effets sur le secteur commercial).

Les subventions liées à la demande comprennent des transferts de fonds, des bons et autres mécanismes qui réduisent le coût des soins de santé pour des clients spécifiques. Les subventions liées à la demande permettent d'ordinaire aux clients de choisir leur prestataire parmi les prestataires partici-

pants ; elles stimulent donc la concurrence entre les prestataires et relient les paiements à la performance. Un plus grand choix donne davantage de pouvoir aux clients et clientes. Toutefois, l'expérience demeure limitée et la mise en place de ces programmes est complexe, avec notamment des difficultés quant au ciblage des clients et des coûts administratifs élevés.

Les plans communautaires d'assurance-santé qui couvrent les contraceptifs et les services de planification familiale permettent d'améliorer l'accès et la sécurité des produits en faveur de leurs membres : ils permettent le paiement anticipé et le partage des risques, ce qui réduit les paiements au point de service. Lorsque les gouvernements ou les bailleurs de fonds subventionnent les primes pour les pauvres ou les groupes démunis (par ex. : au Rwanda, le gouvernement et les bailleurs de fonds règlent les primes des indigents pour leur inscription aux mutuelles), l'avantage pour les populations mal desservies en est encore plus grand. L'assurance-santé communautaire a permis d'améliorer la capacité des pauvres à accéder aux services et aux produits de santé dans les communautés du monde entier, mais les services de PF et les contraceptifs sont exclus de certains plans (cf. *Leçon II n° 6 : Mobilisation des ressources financières*).

Les partenariats public-privé (PPP) avec les ONG qui travaillent déjà avec les pauvres ou les populations difficiles à atteindre peuvent être renforcés pour améliorer l'accès des groupes mal desservis, par un appui aux ONG afin qu'elles fournissent des produits ou des services spécifiques de PF. Ces partenariats permettent également de collaborer avec des prestataires privés existants, pour les amener à offrir des services aux clients et clientes pauvres ou vulnérables. Les PPP sont détaillés plus avant à la Leçon II, n° 7 : *Encouragement de la collaboration entre le secteur privé et le secteur public pour un accès amélioré*.

L'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services et des produits de santé permet d'éliminer les barrières attribuables au manque d'information, à la distance par rapport aux services ou à la mauvaise perception des services ou des méthodes de planification familiale. Les besoins des clients des zones rurales ne peuvent être satisfaits qu'une fois que les produits et les services de santé arrivent jusqu'à leurs communautés. L'expansion de la gamme de méthodes disponibles pour les groupes mal desservis, avec notamment l'inclusion des DIU et de la méthode des jours fixes, améliore les choix et l'acceptabilité pour les clients (cf. *Leçon II n° 8 : Augmentation des options contraceptives par la promotion des méthodes sous-utilisées*).

La prestation de services et de produits communautaire et à domicile permet d'améliorer, la disponibilité et l'accès aux services pour tous. La distribution à base communautaire (DBC) est très utile dans de nombreux contextes pour améliorer, pour les groupes mal desservis, la disponibilité des services

dans les zones rurales et urbaines, souvent par des partenariats entre le secteur public et les ONG (cf. l'exemple du Malawi, p. 9).

La motivation des prestataires de santé ou des clients permet d'amplifier l'approvisionnement ou l'utilisation des services de planification familiale. Les gouvernements peuvent offrir des primes de performance pour encourager les prestataires de santé, du secteur public ou privé, à améliorer l'efficacité et la qualité de leurs services, ou l'accès de populations spécifiques aux services, notamment les pauvres ou les clients ruraux. La réussite du programme concernant les populations visées se détermine par rapport aux indicateurs de revenu ou géographiques des clients. Les gouvernements peuvent également rembourser aux clients les frais associés à la prestation de services. Par exemple, des bons ont été distribués aux femmes pauvres en Chine et en Indonésie, couvrant leur accouchement et les services de santé maternelle et infantile. Ces bons sont un type de subvention liée à la demande. Puisque les incitations sont des éléments de motivation opérants, il est essentiel de s'assurer que l'utilisation de la planification familiale est absolument volontaire. Dans le droit fil des impératifs de l'amendement Tiahrt, les prestataires et les agents d'aiguillage des programmes de planification familiale financés par l'USAID ne peuvent recevoir de cibles relatives au nombre de naissances, d'utilisateurs de moyens anticonceptionnels, ni d'utilisateurs d'une méthode de PF spécifique. De même, le personnel du programme ne peut recevoir de récompense ni d'incitation pour atteindre ces cibles, pas plus que les clients ne peuvent recevoir de récompense, ni d'incitation en échange de leur adoption de la planification familiale, ni se voir refuser des prestations s'ils refusent d'y avoir recours.

L'augmentation de la participation communautaire, par le biais de programmes proposant des démarches participatives, permet d'améliorer la santé des pauvres en faisant participer les bénéficiaires à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation du programme. Les programmes participatifs permettent aux communautés de se prendre en charge, tout en acquérant un sentiment d'appropriation, accompagné de la promotion de la responsabilisation des clients les plus démunis. Les services communautaires et de vulgarisation, par exemple l'ajout d'informations sur la PF dans les programmes de microfinancement et d'activités rémunératrices, sont également des stratégies utiles pour atteindre les groupes isolés ou ceux qui ne solliciteraient pas des services de santé sans ces programmes.

Souvent, plusieurs de ces stratégies présentées ici devront être utilisées de concert pour améliorer sensiblement l'accès des populations mal desservies aux produits et aux services de planification familiale. Cette démarche a été adoptée au Malawi pour améliorer l'accès des pauvres et des populations rurales aux contraceptifs, comme décrit à la page suivante.

La distribution et l'action au niveau communautaire contribuent à l'augmentation de la prévalence contraceptive sur l'ensemble du spectre économique au Malawi

Le **Malawi** a amélioré son TPC, passant de 7,4 % en 1992 à 26,1% en 2000, avec une augmentation proportionnelle plus importante dans les zones rurales (de 6 à 24 %) que dans les zones urbaines (de 17 à 38 %). En dépit d'une population principalement rurale et de taux de pauvreté élevés, cette augmentation des TPC s'est fait sentir à tous les niveaux économiques. Le Malawi a emprunté plusieurs stratégies pour augmenter la disponibilité de services et de produits de santé de qualité pour les clients les plus démunis.

L'amélioration des TPC a nécessité une direction politique solide et des interventions durables. La solidité du leadership a mené à un engagement accru en faveur d'un approvisionnement uniforme des produits, une meilleure disponibilité des services, de meilleures informations et une éducation renforcée, ainsi qu'un environnement politique plus propice à la planification familiale. L'État du Malawi a mis au point un nouveau système de gestion des informations logistiques, débouchant sur une gestion logistique améliorée et une disponibilité accrue des fournitures. En outre, un système généralisé de distribution à base communautaire (DBC) a été mis en œuvre par Banja la Mtsogolo, une ONG, possédant un réseau de 29 établissements. Ce programme de DBC a donc rendu les services plus commodes pour les clientes existantes et potentielles, et les a en outre rendus plus abordables pour les plus pauvres, grâce à un fonds de subvention. Les messages de communication personnelle des agents de la DBC concernant les services ont été étoffés par une campagne d'information au travers de plusieurs canaux médiatiques.

Grâce à cette démarche polyvalente, le Malawi a réalisé des améliorations importantes de la sécurité contraceptive de ses populations, en particulier pour les groupes pauvres et ruraux, traditionnellement mal desservis.

Lectures complémentaires

Ashford, L.S., Gwatkin, D.R. et Yazbeck, A.S. 2006. *Designing Health and Population Programs to Reach the Poor*. Washington, DC: Population Reference Bureau. <http://www.prb.org/Reports/2006/DesigningHealthandPopulationProgramstoReachthePoor.aspx>

Bhatia, M.R., Yesudian, C.A.K., Gorter, A., et Thankappan, K.R. Demand Side Financing for Reproductive and Child Health Services in India. *Economic and Political Weekly*. 21 janvier 2006, p. 279-284. <http://www.icas.net/new-icasweb/docs/DSF%20for%20RCH%20services%20in%20EPW.pdf>

DELIVER and Task Order 1 of the USAID | Health Policy Initiative. 2006. *Contraceptive Security Index 2006: A Tool for Priority Setting and Planning*. Arlington, VA: DELIVER, pour l'Agence américaine de développement international (USAID). http://portalprd1.jsi.com/portal/pls/portal/docs/page/DEL_CONTENT_PGG/DEL_PUBLICATION_PG1/DEL_FACT_SHEET_PG1/CSINDEX-2006-BOOK.pdf

DELIVER. 2006. *Ensuring a Voice and a Choice for Women* (Guatemala : mémoire sur la situation). Arlington, VA: DELIVER, pour l'Agence américaine de développement international (USAID). http://www.usaid.gov/gt/docs/contraceptive_security.pdf

Ensor, T. et Cooper, S. 2004. *Overcoming Barriers to Health Service Access and Influencing the Demand Side Through Purchasing*. Mémoire de débat sur la Santé, Nutrition et Population (SNP). Washington, DC : Banque mondiale. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/EnsorOvercomingBarriersFinal.pdf>

Gwatkin, D.R. 2002. *Reducing Health Inequalities in Developing Countries*. Washington, DC : Banque mondiale. http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/Recent-Papers/9219_OTPHPaper-Gwatkin.pdf

Management Sciences for Health. 2000. *Defining and Measuring Access*. Document d'information pour l'Organisation mondiale de la santé – réunion consultative de Management Sciences for Health sur l'accès aux médicaments, vaccins et produits de santé essentiels. Ferney Voltaire, France, 11-13 décembre 2000. <http://erc.msh.org/seam/measuringaccess/finalpart3.pdf>

Organisation mondiale de la santé 2007. Public-Private Partnerships for Health.

<http://www.who.int/trade/glossary/story077/en/index.html>

Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population. 2005. *Measuring Access to Reproductive Health Services*. Rapport de la consultation technique OMS/FNUAP 2-3 décembre 2003. Genève : OMS. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/07/cover.pdf>

Page de la Banque mondiale sur le Web, sur la pauvreté et la santé, présentant les données des rapports nationaux sur les inégalités, des suggestions de programmes pour atteindre les pauvres, des moyens quantitatifs pour analyser l'inégalité et des cours de télé-enseignement. <http://www.worldbank.org/povertyandhealth>.

La division de l'USAID pour la sécurité de l'approvisionnement et la logistique renforce la sécurité contraceptive en fournissant un leadership et un soutien technique mondial aux programmes des pays en matière de recherche et analyse, de planification stratégique, d'élaboration et de mise en application des programmes, et de suivi et évaluation.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :

Mark Rilling or Alan Bornbusch
Commodities Security and Logistics Division
Office of Population and Reproductive Health
Bureau for Global Health
USAID
Washington, D.C.
CSL@usaid.gov

