

Listes des médicaments essentiels et santé générésique: l'importance de l'inscription

Après l'immunisation contre les maladies infantiles courantes, l'usage pertinent des médicaments essentiels est l'un des éléments les plus rentables, en termes de coût-efficacité, des soins de santé modernes.¹ De nombreuses interventions contre les maladies contagieuses ou non et les conditions qui menacent la santé maternelle et infantile reposent sur l'usage de ces médicaments de haute qualité.²

En 1977, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a dressé sa première liste modèle des médicaments essentiels dans le but de guider les gouvernements dans leur sélection des médicaments et dispositifs médicaux présentant le plus grand intérêt face aux besoins de la santé publique.² Les listes nationales de médicaments essentiels donnent la priorité aux médicaments nécessaires au traitement des problèmes de santé publique les plus pressants du pays. La concentration des achats et traitements du secteur public sur cet ensemble limité de médicaments essentiels permet d'optimiser les ressources. Pour les décrire en quelques mots seulement, ces listes représentent un instrument vital d'amélioration et d'entretien de la santé. Ainsi, depuis plus de 30 ans, l'OMS consacre un effort appréciable à un programme de médicaments essentiels visant à améliorer l'accès aux médicaments et dispositifs les plus indispensables.

Ce commentaire examine l'élaboration des listes de médicaments essentiels—liste modèle de l'OMS et listes nationales compilées par chaque pays. Nous discutons la place occupée par les dispositifs et les médicaments de santé générésique sur les listes nationales et l'importance de leur inscription à la réduction du fardeau de la maladie imputable aux problèmes de santé générésique. Examinant du reste le processus d'établissement des listes de médicaments essentiels, nous en illustrons l'usage au niveau du pays et nous en présentons le potentiel en termes d'accès aux médicaments et dispositifs de santé générésique. Notre évaluation repose sur de multiples sources d'information, y compris les directives de l'OMS sur les médicaments essentiels, les données collectées par les pays individuels et les travaux réalisés par l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'organisation PATH dans le cadre de notre initiative commune de publication d'un guide du processus de sélection de liste de médicaments essentiels au niveau du pays.

La Liste modèle de l'OMS

L'idée à la base des listes était et demeure le fait que l'usage d'un nombre limité de médicaments essentiels qui ont fait leurs preuves mène à de meilleurs soins de santé, à un

meilleur approvisionnement, à de moindres coûts et à un accès plus large et plus équitable aux produits.¹ Quelque 30 ans plus tard, des listes nationales de médicaments essentiels sont en place dans la plupart des états membres de l'OMS.² Elles appuient les politiques nationales concernant l'usage et la disponibilité des médicaments et elles favorisent les soins de santé primaires en justifiant la sélection et l'usage des médicaments et leurs coûts.

Tous les deux ans, l'OMS convoque un comité sur la sélection et l'utilisation des médicaments essentiels réunissant des experts du monde entier dans les domaines de la médecine, de la pharmacologie, des politiques et de la réglementation des médicaments, ainsi que d'autres organisations de santé. Ce comité s'occupe de la mise à jour de la liste modèle, pour qu'elle reflète l'évolution des préoccupations mondiales de santé, les développements pharmaceutiques et les tendances de pharmacorésistance. Applications pour des inclusions, des modifications ou des suppressions à la liste modèle peuvent être préparées par des organismes tiers, mais elles doivent être parrainées ou soumises par un représentant interne d'un programme de l'OMS. Les demandes soumises doivent être factuelles et explicatives. Elles doivent formuler clairement la conformité du médicament spécifique proposé aux critères d'admission de la liste. Ces critères prennent en considération la prévalence des maladies, la preuve d'efficacité et d'innocuité et la comparaison des rapports coût-efficacité. Les demandes doivent inclure le nom du représentant soumissionnaire ou parrain de l'OMS et celui des organismes consultés dans le cadre de leur préparation ou à leur appui.³

Le 18^e Comité d'experts de la sélection et de l'utilisation des médicaments essentiels s'est réuni du 21 au 25 mars 2011. La dernière liste modèle en date de l'OMS (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/REV_LME_16_mars2010.pdf), révisée en mars 2010, identifie plus de 350 médicaments ayant trait, notamment, à la gestion du paludisme, du VIH/sida, du diabète et du cancer.² Organisée par catégories de médicaments (ocytociques et antiocytociques, par exemple), la liste modèle identifie chaque médicament spécifique par son appellation générique, comme misoprostol et nifédipine.

Les médicaments et dispositifs ayant trait à la santé générésique sont bien représentés sur la liste modèle de l'OMS. L'organisation a souligné l'importance de ces médicaments en publiant en 2006 la *Liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé générésique* (<http://>

Par Jane Hutchings,
Keith Neroutsos et
Kathleen Donnelly

Jane Hutchings est directrice au Reproductive Health Global Program; Keith Neroutsos est directeur aux achats du Reproductive Health Global Program; et Kathleen Donnelly est principale associée aux publications, relations extérieures—tous chez PATH à Seattle (Washington, USA).

whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_PSM_PAR_2006.1.fre.pdf), seule liste consacrée aux produits relatifs à un domaine particulier de la santé publique. Une bonne partie de ce commentaire se concentre cependant sur la représentation des médicaments de santé génésique dans les listes nationales de médicaments essentiels.

Compilation d'une liste nationale

Aucun système d'assurance maladie ou régime du secteur public ne peut couvrir la fourniture ou le remboursement au consommateur de tous les médicaments disponibles sur le marché. En restreignant le marché, les listes de médicaments essentiels guident les pays dans l'approvisionnement et la distribution au niveau du secteur public. Ces listes définissent par ailleurs un cadre de référence utile aux donneurs, aux producteurs pharmaceutiques locaux et aux systèmes d'assurance qui remboursent les coûts des médicaments.⁴

De plus, les listes nationales de médicaments essentiels, en combinaison avec les directives de traitement standard, servent de base à l'éducation formelle et à la formation interne des professionnels de la santé, ainsi qu'à la sensibilisation du public aux questions d'usage des médicaments.⁴

La liste modèle de l'OMS est une liste de suggestions: chaque pays individuel dresse sa propre liste en fonction de ses besoins locaux de santé publique. Dans la plupart des pays, le ministère de la Santé forme un comité chargé d'identifier les médicaments à inscrire sur la liste.⁴ Ce comité comprend généralement une représentation du ministère, de l'autorité chargée des approvisionnements, des établissements de santé publics régionaux et locaux et des agents sanitaires des communautés.

Les fabricants, ONG, associations professionnelles et intervenants sur la scène du plaidoyer, notamment, sont encouragés à soumettre leur données factuelles sur les médicaments qu'ils préconisent.⁴ Ils peuvent être invités à présenter leur point de vue en séance ouverte, mais ils ne participent pas à la décision. Le comité chargé de la liste des médicaments essentiels peut aussi organiser des consultations formelles et informelles avec les intéressés pertinents, tels que les représentants d'organisations professionnelles, les producteurs pharmaceutiques, les organismes de défense du consommateur et le groupe gouvernemental responsable du budget et des finances.

Les listes de médicaments essentiels sont censées s'aligner sur les directives de traitement standard des conditions ou problèmes de santé courants. Ces directives, élaborées au niveau interne du pays en fonction de la preuve mondiale de leur efficacité, aident à standardiser les traitements à l'échelle du système de santé et justifient la validité de pratiques spécifiques. Elles incluent un traitement de premier choix recommandé: il peut s'agir d'un médicament particulier, de plusieurs médicaments ou d'interventions non médicamenteuses. Les comités nationaux choisissent souvent les médicaments à inscrire sur leur liste sur la base du choix de traitement d'un état de santé particulier recommandé dans les directives.⁴ Ils tiennent

également compte de la preuve d'efficacité et d'innocuité du médicament dans divers contextes, ainsi que de son rapport coût-efficacité relatif, en particulier lors de la sélection de médicaments dans une même catégorie thérapeutique. Les comités de liste doivent aussi évaluer la disponibilité des médicaments sous une forme permettant d'en assurer la qualité adéquate et leur stabilité dans les conditions de stockage envisagées.

L'inscription sur la liste des médicaments essentiels d'un pays n'est pas une garantie absolue de disponibilité, à tout moment, dans tous les hôpitaux et cliniques de l'État. L'accès aux médicaments, en particulier dans le monde en développement, relève en effet d'une vaste problématique. L'inscription sur la liste identifie cependant clairement le médicament comme essentiel aux nécessités de la santé publique et est donc apte à appuyer le plaidoyer s'il n'est pas régulièrement disponible.

De même, la liste des médicaments essentiels ne répond pas à la question du financement de leur achat ou de la décision ultime des produits à acheter. Le rôle des listes n'en reste pas moins de guider les achats du secteur public et l'inscription d'un médicament constitue à la fois un moyen de surveillance des dépenses de l'État et un argument de plaidoyer en faveur de l'allocation de ressources à l'achat des médicaments jugés essentiels à la santé publique d'un pays.

Comment les pays utilisent les listes de médicaments essentiels

Comme indiqué plus haut, l'inscription d'un médicament ou d'un dispositif sur une liste de médicaments essentiels ne constitue ni une garantie d'accès, ni la seule mesure nécessaire à l'assurance d'aboutissement des approvisionnements à ceux qui en ont besoin. La valeur que représentent ces listes pour les pays n'en a pas moins été démontrée.

En 2000, par exemple, le ministère palestinien de la Santé a adopté sa première liste de médicaments essentiels en vue d'endiguer ses coûts et d'améliorer l'usage des médicaments.⁵ Une analyse des tendances de prescription, entre 1997 et 2003, a démontré l'efficacité de la liste en termes d'amélioration de quatre indicateurs d'usage approprié des médicaments. Le nombre moyen de médicaments prescrits par consultation en clinique a diminué, de même que le pourcentage global des prescriptions d'antibiotiques et d'injections, tandis que le pourcentage de prescription global des médicaments inscrits sur la liste des médicaments essentiels augmentait d'environ 5%.

L'Afrique du Sud n'avait pas de politique des médicaments essentiels lors de l'accès au pouvoir du gouvernement post-apartheid en 1994. Le secteur public achetait alors plus de 2.600 produits pharmaceutiques et il y avait un biais considérable en faveur des médicaments de niveau tertiaire.⁶ En 1995, le ministère de la Santé a désigné un comité chargé d'établir une liste de médicaments essentiels. La première liste du pays a ainsi été dressée et distribuée l'année suivante aux institutions responsables des achats du secteur public. Peu de temps après, une étude

d'impact réalisée sous l'égide du South African Drug Action Program a évalué l'utilité de la liste dans les centres de soins de santé primaires. Ayant sélectionné 30 médicaments clés afin de mesurer la disponibilité des médicaments essentiels, l'étude a constaté que 85% de ces médicaments étaient disponibles dans les centres de santé. Des médicaments prescrits par les prestataires de soins de santé, 70% figuraient sur la liste des médicaments essentiels, même si d'autres étaient encore en circulation dans le système.⁶

En Inde, le gouvernement national s'est associé à l'OMS et à la Delhi Society for Promotion of Rational Use of Drugs pour lancer le programme d'usage rationnel des médicaments, Rational Use of Drugs, en 1994.⁷ L'approvisionnement en médicaments de Delhi était alors erratique. Même si le gouvernement du territoire dépensait environ un tiers de son budget de la santé à l'achat de médicaments, les pénuries étaient chroniques. Un comité de liste des médicaments essentiels y a inscrit 250 médicaments destinés aux hôpitaux et 100 destinés plus spécifiquement aux dispensaires. Une réserve commune d'approvisionnement a été établie et tous les hôpitaux gérés par le gouvernement de Delhi ont commencé à utiliser les mêmes médicaments.

Les nouvelles mesures et les achats en gros ont donné lieu à la réduction des prix d'approvisionnement des médicaments essentiels.⁷ Entre 1996 et 2000, le gouvernement a ainsi réalisé une économie estimée à 30% de sa facture annuelle de médicaments. Cette économie a permis l'achat de plus gros volumes de médicaments, menant à une amélioration de plus de 80% de la disponibilité dans les établissements de santé. De 1997 à 2002, plus de 80% des ordonnances médicales l'étaient pour des médicaments figurant sur la liste et les patients pouvaient obtenir 70 à 95% des médicaments qui leur avaient été prescrits.

Omise de la liste: la santé générésique

Trop souvent, les comités nationaux chargés de la compilation des listes de médicaments essentiels manquent de voir l'importance nationale prioritaire de la santé générésique et les médicaments et dispositifs afférents en sont omis de la liste. Les raisons de ces omissions ne sont pas totalement claires, mais les données empiriques donnent à penser que, dans certains cas, les comités se concentrent plus sur les médicaments thérapeutiques et moins sur ceux de prévention, comme les contraceptifs. Ils ne donnent donc pas la priorité à ces derniers dans les listes.

En 2003, l'OMS a examiné 55 politiques nationales et les listes nationales de médicaments essentiels de 112 de ses 192 états membres afin d'y déterminer le degré d'inclusion des médicaments relatifs à la santé générésique.⁸ L'étude compare les médicaments inscrits sur ces listes à l'avant-projet OMS 2003 de la *Liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé générésique*. Deux seulement des politiques nationales analysées font mention de la santé générésique.

Le rapport indique par ailleurs qu'à travers les régions

de l'OMS, les médicaments et dispositifs de santé générésique ne sont pas représentés intégralement sur les listes nationales de médicaments essentiels, en dépit même de la preuve fermement établie de leur efficacité.⁸ Ainsi, le sulfate de magnésium, médicament rentable de prévention de la prééclampsie et de traitement de l'éclampsie—toutes deux causes importantes de mortalité et de morbidité maternelles—figurait sur les listes de médicaments essentiels de 40% seulement des pays soumis à l'étude. En moyenne, un tiers seulement des contraceptifs ciblés par les auteurs du rapport figurait sur une liste et même le préservatif—essentiel à la prévention de la grossesse et de la transmission des IST, VIH compris—ne figurait que sur 35% des listes examinées.

Une comparaison du nombre de médicaments inscrits sur la liste modèle inter-institutions de l'analyse avec le nombre moyen de ceux repris sur les listes nationales de médicaments essentiels est tout aussi inégale, surtout en ce qui concerne les médicaments et dispositifs de lutte contre le VIH/sida et de planification familiale.⁸ En moyenne, les listes nationales présentent 75 des 111 produits relatifs à la maternité sans risques et à la santé maternelle, 12 des 22 destinés à la lutte contre les IST et les infections de l'appareil génital, trois des neuf médicaments et dispositifs de planification familiale et cinq des 27 médicaments de lutte contre le VIH/sida figurant sur la liste inter-institutions.

DISCUSSION

Les médicaments relatifs à la santé générésique couvrent un éventail de besoins, qu'il s'agisse de la planification familiale, de la prévention des IST et du VIH ou de la grossesse et de l'accouchement sans risques. Les problèmes de santé générésique représentent environ un tiers de la charge mondiale de la maladie parmi les femmes en âge de procréer et près d'un cinquième de la charge dans l'ensemble de la population.⁹

Pour alléger le fardeau au sein des pays, les tendances découvertes par l'étude de l'OMS doivent être inversées. L'inscription sur les listes nationales de médicaments et dispositifs de santé générésique qui ont fait leurs preuves revêt une importance d'autant plus grande que le financement de la santé mondiale évolue vers une approche sectorielle. Faute d'une solide représentation sur les listes nationales des médicaments essentiels, la visibilité et la légitimité perçue des médicaments et dispositifs de santé générésique resteront faibles. Il sera dès lors difficile d'atteindre et d'entretenir le financement nécessaire à l'achat et à la distribution de ces produits compte tenu, surtout, de l'intensification de la concurrence face à des ressources précaires.

Quand ils sont disponibles, abordables, de bonne qualité et bien utilisés, les médicaments et dispositifs de santé générésique peuvent réduire significativement la mortalité et la morbidité maternelles et l'incidence des IST. Les exemples ne manquent pas:

- *Les contraceptifs modernes sont extrêmement efficaces et réduisent la mortalité maternelle sur trois plans.*^{10,11} Ils ré-

duisent le nombre total de grossesses, dont chacune fait courir à la femme un risque de mort. Ils préviennent les grossesses non désirées, plus susceptibles d'aboutir sur un avortement non médicalisé. Et ils réduisent le nombre de naissances qui font courir aux femmes—and aux nouveau-nés—un risque de complications en raison de l'âge de la mère ou de l'espacement des naissances. Selon les estimations, la satisfaction du besoin de contraception des femmes des pays en développement permettrait d'éviter chaque année 52 millions de grossesses non planifiées, et de sauver ainsi la vie de 1,5 million de femmes.¹⁰

• *L'hémorragie de la délivrance est une cause majeure de mortalité des femmes en cours de grossesse ou d'accouchement.* En Afrique et en Asie, il s'agit de loin de la cause principale de mortalité maternelle.¹² Les médicaments ocytociques, y compris l'ocytocine, préviennent efficacement cette grave complication, rencontrée dans 1 à 3% des accouchements.¹³

• *Chez les femmes, la blennorragie peut être cause de complications à long terme telles que la stérilité et la douleur pelvienne chronique, ainsi que de grossesse extra-utérine.* Dans presque tous les cas, elle peut être soignée d'une simple dose de l'antibiotique oral céfixime.⁴

Les contraceptifs modernes, les médicaments ocytociques et le céfixime représentent trois seulement des 16 médicaments et dispositifs essentiels listés dans le guide élaboré par PATH, la FNUAP et l'OMS. *Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists* (<http://www.path.org/publications/detail.php?i=1283>) est un guide pratique d'intégration des médicaments et dispositifs de santé génésique importants dans les listes nationales de médicaments essentiels. Le guide a été conçu et rédigé dans le but de sensibiliser les membres de la communauté des médicaments essentiels à l'importance de ceux relatifs à la santé génésique, et pour présenter aux représentants de la communauté de la santé génésique le rôle potentiel des programmes de médicaments essentiels à l'assurance de l'accès aux médicaments de santé génésique. Avec la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS et la *Liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé génésique*, il donne un aperçu du processus et du raisonnement en faveur de l'inscription des médicaments de santé génésique sur les listes nationales de médicaments essentiels.

Chaque pays ne doit pas inscrire chaque médicament ou dispositif de santé génésique sur sa liste nationale. Dans chaque pays toutefois, les gestionnaires des programmes, les décideurs politiques et les acteurs du plaidoyer doivent comprendre la manière dont les médicaments sont choisis et inscrits sur la liste. Dans les pays dotés de listes existantes, le processus de sélection et d'inscription s'effectue en trois étapes:

1. Prise de contact avec le comité chargé de la liste des médicaments essentiels et demande de renseignements sur le processus révisionnel.

2. Identification des médicaments qu'il conviendrait

d'ajouter à la liste, choisis en fonction des besoins de santé génésique les plus répandus.

3. Recherche des experts en santé génésique aptes à informer les membres du comité et à soutenir l'ajout à la liste des médicaments et dispositifs de santé génésique.

Les évaluations du guide pratiquées au Malawi et en Zambie en 2008 et 2009 indiquent que le personnel du ministère de la Santé est conscient du potentiel des listes de médicaments essentiels en termes d'influence et de renforcement des soins de santé. Elles révèlent son désir de mettre ces listes au service de l'amélioration de la santé génésique dans ces pays. En Zambie, les spécialistes de la santé génésique ont compilé une liste de médicaments essentiels consacrée spécifiquement à la santé génésique. Au Malawi, le personnel du ministère de la Santé a entrepris l'élaboration de la prochaine version de la liste nationale des produits de santé essentiels, qui devrait inclure 10 des 16 médicaments et dispositifs de santé génésique couverts dans le guide. Dans les deux pays, les gestionnaires des programmes se réfèrent à la liste et au guide pour éclairer leur plaidoyer en faveur des médicaments essentiels à la santé génésique.

L'inscription des médicaments de santé génésique sur les listes nationales des médicaments essentiels est certes cruciale, mais il ne s'agit pas de la seule mesure nécessaire à l'amélioration de l'accès. Une étude récente des difficultés rencontrées par les programmes de santé génésique de six pays laisse entendre diverses raisons à la base des divergences entre les politiques gouvernementales favorables à la santé génésique et l'allocation de fonds aptes à les financer.¹⁴ Dans certains cas, les auteurs du rapport constatent que la santé génésique—and la planification familiale en particulier—ont été devancées par d'autres besoins qui ont réussi à attirer plus de fonds extérieurs. Dans d'autres cas, les gouvernements ne voient plus dans les problèmes de population une priorité. Enfin, les auteurs font remarquer que certains dirigeants politiques sont devenus hostiles à certains produits de santé génésique. La désignation d'un médicament de santé génésique comme essentiel à la santé publique de la nation représente cependant une plate-forme propice au renforcement du plaidoyer et des autres stratégies d'accès.

CONCLUSION

Les mesures prises en Zambie, au Malawi et dans d'autres pays sont encourageantes. Il faut cependant qu'elles soient reproduites—largement et rapidement—dans tous les pays du monde en développement.

L'engagement politique constitue une première et indispensable étape à l'assurance de la disponibilité de produits de santé génésique. Une façon d'assurer cette disponibilité serait de rendre obligatoire l'inscription de médicaments de santé génésique sur les listes de médicaments essentiels et d'imposer l'usage de ces listes en tant que guide des dépenses publiques.

Il importe dans cette attente de soutenir le plaidoyer en faveur de l'inclusion d'une liste complète de médicaments

essentiels à la santé génésique. L'amélioration des approvisionnements, la réduction des coûts et l'élargissement de l'accès à ces médicaments offrent la promesse d'une meilleure santé pour les hommes et les femmes du monde.

Informier les populations et leur donner accès aux médicaments de santé génésique qui leur permettent de planifier et d'espacer la naissance de leurs enfants, de se protéger contre les IST et de réduire les risques de l'accouchement pour les mères et les nouveau-nés, doivent être une priorité de la santé publique. Les médicaments et les dispositifs qui permettent d'accéder à ces objectifs méritent une place sur toutes les listes nationales de médicaments essentiels.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), The selection of essential medicines, WHO Policy Perspectives on Medicines, Genève: OMS, 2002, No. 4, <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2.pdf>, site consulté le 18 novembre 2010.
2. OMS, Essential Medicines List (EML): 30 years of vital health care, Fact Sheet, Genève: OMS, 2007, No. 325, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/en/>>, site consulté le 28 avril 2010.
3. OMS, WHO Medicines Strategy: Revised Procedure for Updating WHO's Model List of Essential Drugs. Report by the Secretariat, Genève: OMS, 2001, <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB109/eeb1098.pdf>, site consulté le 18 novembre 2010.
4. Beitz J et al., Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists, Seattle, WA, USA: PATH, 2006, <<http://www.path.org/publications/details.php?i=1283>>, site consulté le 18 novembre 2010.
5. Younis MZ et al., Rational use effects of implementing an essential medicines list in West Bank, Palestinian Territories, *Expert Reviews*, 2009, 9(3):243–250.
6. OMS, South Africa: getting essential medicines to the people, Essential Drugs Monitor, Genève: OMS, 1999, No. 027, <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh1467e/2.3.html>>, site consulté le 18 novembre 2010.
7. Chaudhury RR et al., Quality medicines for the poor: experience of the Delhi programme on rational use of drugs, *Health Policy and Planning*, 2005, 20(2):124–136.
8. OMS, Reproductive health medicines in national essential medicines lists: a research report, *Background Discussion Paper for the Interagency Consultation on the Selection and Delivery of Essential Medicines and Commodities for Reproductive Health*, Genève: OMS, 2003, No. 3.
9. Singh S et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, New York: Alan Guttmacher Institute, 2004, <<http://www.guttmacher.org/pubs/archive/addingitup2003.pdf>>, site consulté le 1er décembre 2010.
10. Levine R et al., Contraception, dans: Jamison DT et al., eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, New York: Oxford University Press, 2006, pp. 1075–1090, <<http://www.dcp2.org/pubs/DCP/57/FullText>>, site consulté le 19 novembre 2010.
11. Lule E, Hasan R et Yamashita-Allen K, Global trends in fertility, contraceptive use and unintended pregnancies, dans: Lule E, Singh S et Chowdhury SA, eds., *Fertility Regulation Behaviors and Their Costs: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia*, Health, Nutrition & Population Discussion Paper, Washington, DC: World Bank, 2007, pp. 8–39.
12. OMS, *Causes of Maternal Death: A Systematic Review*, Genève: OMS, 2006, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epidemiology/en/index.htm>, site consulté le 18 novembre 2010.
13. OMS, *Labour, Delivery, and Postpartum*, Genève: OMS, 2008, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/labour.pdf>, site consulté le 18 novembre 2010.
14. Leahy E, *Reproductive Health Supplies in Six Countries*, Washington, DC: Population Action International, 2009, <http://www.population-action.org/Publications/Reports/Reproductive_Health_Supplies_in_Six_Countries/Summary.shtml>, site consulté le 18 novembre 2010.

Remerciements

Les auteurs remercient Helene Möller pour son aimable contribution concernant les processus de l'Organisation mondiale de la Santé et sa vérification de l'exactitude technique de ce commentaire.

Coordonnées de l'auteur: jhutchings@path.org