

Estimations de l'impact potentiel de la pandémie de COVID-19 sur la santé sexuelle et reproductive dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) responsable de la COVID-19 s'est propagé rapidement depuis son apparition fin 2019, menant l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à déclarer une pandémie mondiale le 11 mars 2020. À l'échelle planétaire, les gouvernements ont dû s'adapter et réagir rapidement pour enrayer la transmission du virus et assurer les soins nécessaires aux nombreuses victimes infectées. L'épreuve imposée aux systèmes de santé affectera sans nul doute la santé sexuelle et reproductive dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI). Celle-ci subira cependant aussi l'impact des réponses sociétales à la pandémie – comme les confinements locaux ou nationaux qui imposent la fermeture des services sanitaires jugés non essentiels et les conséquences de la distanciation physique, des restrictions de déplacement et des ralentissements économiques^{1,2}.

La pandémie de COVID-19 entrave d'ores et déjà la chaîne logistique des produits contraceptifs en perturbant la fabrication de composants pharmaceutiques essentiels aux méthodes ou celle des méthodes elles-mêmes (par exemple, les préservatifs) et en retardant le transport de ces produits³. Qui plus est, l'équipement et le personnel sinon affectés à la prestation des services de santé sexuelle et reproductive peuvent être réorientés pour répondre à d'autres besoins, les cliniques peuvent fermer leurs portes et les patientes peuvent hésiter à se rendre dans les structures de santé. De nombreux gouvernements limitent les mouvements de personnes pour enrayer la propagation du virus et les prestataires sont obligés de suspendre certains services de santé sexuelle et reproductive non qualifiés d'essentiels, comme par exemple les soins d'avortement, refusant de ce fait aux femmes un service urgent et potentiellement vital^{4,5}. Ainsi, au Népal et en Inde, le confinement national a imposé la fermeture des cliniques dirigées par Marie Stopes International – le plus grand prestataire de services de planification familiale en Inde en dehors du secteur public⁴. À défaut d'action concertée, l'accès aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive, de même que la qualité des soins qu'ils assurent, vont vraisemblablement s'affaiblir.

Les crises de santé publique du passé ont montré que l'impact d'une épidémie sur la santé sexuelle et reproductive n'est pas souvent reconnu, car les effets ne résultent généralement pas directement de la maladie, mais sont plutôt les conséquences indirectes de systèmes de santé mis à rude épreuve, de perturbations des soins et de ressources réorientées¹. La riposte aux épidémies exacerbe du reste les inégalités de genre et autres disparités sanitaires⁶⁻⁸. Le bilan de la flambée du virus Ebola en 2013-

2016 en Afrique de l'Ouest révèle les séquelles négatives indirectes de ces crises sur la santé sexuelle et reproductive. Selon une analyse des données du système d'information pour la gestion sanitaire (SIGS) de Sierra Leone, l'amoin-drissement des soins maternels et néonataux imputable à la perturbation des services et à la peur de recourir aux soins pendant l'épidémie a contribué à quelque 3 600 décès maternels, néonataux et mortinaissances – soit un nombre proche de la mortalité directement causée par le virus Ebola dans le pays⁹. D'autres études ont constaté que les flambées d'Ebola avaient conduit à de fortes baisses de la pratique contraceptive et des consultations de planification familiale en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone^{10,11}. Les données concernant l'impact à long terme de l'épidémie d'Ebola sont mitigées. Les résultats de certaines études indiquent un retour aux niveaux de pratique contraceptive et de consultations antérieurs à l'épidémie, voire leur dépassement, entre six mois¹¹ et deux ans¹⁰ plus tard. En Guinée, toutefois, le nombre de consultations prénatales et d'accouchements en structure sanitaire n'avait pas regagné le seuil antérieur au terme de six mois, donnant à penser que l'épidémie avait causé des effets durables sur le niveau de soins déjà précaire du pays¹¹.

Les enseignements de la flambée d'Ebola illustrent l'impact néfaste qui peut résulter d'une épidémie en l'absence d'une riposte gouvernementale ciblée pour protéger les acquis de la santé sexuelle et reproductive (pratique contraceptive, méthodes disponibles, etc.) dans les PRFI ces dernières décennies¹². Dans ce commentaire, nous présentons une analyse des enjeux d'une renonciation, dans les actes et allocations de ressources du gouvernement pendant la pandémie de COVID-19, au maintien des services essentiels de santé sexuelle et reproductive. Ces observations peuvent orienter les responsables politiques et les bailleurs de fonds, tout en soulignant l'importance de la reconnaissance des besoins de santé sexuelle et reproductive durant les périodes de riposte à la pandémie puis de redressement.

Impact de la pandémie sur les résultats de santé sexuelle et reproductive

Nous présentons deux scénarios concernant la manière dont la pandémie de COVID-19 pourrait perturber la prestation de services de santé sexuelle et reproductive dans les PRFI et nous illustrons l'impact des changements possibles sur le nombre de grossesses non planifiées, d'avortements non sécurisés et de décès maternels et néonataux. Nous utilisons les données de l'étude « Vue d'ensemble »

Par Taylor Riley, Elizabeth Sully, Zara Ahmed et Ann Biddlecom

Taylor Riley est associée principale à la recherche, Elizabeth Sully est chercheuse scientifique principale, Zara Ahmed est responsable adjointe des questions fédérales et Ann Biddlecom est responsable de la recherche internationale – toutes au Guttmacher Institute, à New York.

de 2019 relative à 132 PRFI d'Afrique, d'Asie, d'Europe de l'Est et du Sud et d'Amérique latine et des Caraïbes, représentant globalement 1,6 milliard de femmes en âge de procréer¹³. Cette étude estime notamment la couverture actuelle des services essentiels de santé sexuelle et reproductive – d'après les données les plus récentes disponibles d'enquêtes nationales telles que les Enquêtes démographiques et de santé et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Elle estime aussi l'impact sanitaire et le coût de la réponse au besoin total de contraception, ainsi que de plus de 80 interventions de soins essentiels de la grossesse et du nouveau-né¹⁴.

Les points d'impact évalués l'ont été selon la méthodologie de l'étude « Vue d'ensemble », décrite en détails ailleurs¹⁴. En bref, sur la base des données les plus récentes de chaque pays concernant les besoins de contraception et la pratique contraceptive, nous avons estimé le nombre annuel de grossesses non planifiées en multipliant le nombre d'utilisatrices par les taux d'échec en fonction de l'âge et de la méthode, et en multipliant le nombre de femmes présentant un besoin non satisfait de contraception par le taux de grossesse relatif à ces femmes¹⁴. Nous avons ensuite corrigé ces estimations de grossesse non planifiée en fonction de l'âge, de façon à aligner le nombre total de grossesses non planifiées sur une estimation externe modélisée pour chaque pays¹⁵. Pour estimer l'effet des services de santé sur la mortalité maternelle et néonatale par cause spécifique, nous avons eu recours aux données nationales relatives aux niveaux de couverture des services, ainsi qu'à l'information sur l'efficacité des interventions obtenue de l'outil de modélisation mathématique Lives Saved Tool, qui estime les effets des changements de couverture des services sur la mortalité dans les PRFI¹⁶. Les données utilisées dans cette analyse sont des estimations annuelles, basées sur l'année de référence 2019.

Dans le premier de nos deux scénarios hypothétiques,

* Nous avons supposé que la baisse proportionnelle de 10% serait identique pour les services relatifs aux méthodes de contraception moderne suivantes: pilules contraceptives orales, contraception injectable, patch hormonal, anneau vaginal, pilules contraceptives d'urgence, préservatifs masculins et féminins, méthode de l'aménorrhée lactationnelle, méthodes de conscience de la fécondité, DIU, implant et autres méthodes à approvisionnement, comme la mousse spermicide et le diaphragme.

†Les services affectés concernaient les interventions suivantes: soins de fausse couche à 14–27 semaines de gestation, soins après avortement pour complications requérant des soins obstétricaux d'urgence complets, prise en charge de la grossesse extra-utérine, vaccination antitétanique, prévention du paludisme par moustiquaires traitées à l'insecticide et traitement préventif intermittent pendant la grossesse, traitement antipaludique dans le cadre des soins prénatals, prise en charge de l'hypertension artérielle dans le cadre des soins prénatals, accouchement en structure sanitaire, accouchement en structure de soins obstétricaux de base ou complets, prise en charge de la prééclampsie grave et de l'éclampsie, antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes, prise en charge de la septicémie maternelle, soins néonataux immédiats, réanimation néonatale, soins de la mère kangourou, traitement de l'insuffisance pondérale et de la naissance prématurée, traitement des infections néonatales localisées et traitement de la septicémie du nouveau-né par antibiotiques injectables ou soins de soutien complets.

‡Les complications obstétricales graves étaient la prééclampsie sévère, l'hémorragie antepartum, l'obstruction du travail, l'éclampsie, la septicémie maternelle et l'hémorragie du post-partum. Les complications néonatales graves étaient l'asphyxie, la septicémie et l'infection, la syphilis congénitale et les complications d'un travail prématuré.

nous avons estimé l'impact qu'une baisse de 10% de la proportion des femmes bénéficiant de services de santé sexuelle et reproductive représenterait sur le plan de la grossesse non planifiée et de la mortalité maternelle et néonatale sur une période de 12 mois. La possibilité de changements plus importants n'est certes pas exclue, mais une baisse proportionnelle de 10% illustre l'effet majeur qu'une réduction modérée de la couverture des services pourrait entraîner. Nous avons supposé que la demande nette de contraceptifs et le besoin de services relatifs aux soins de la grossesse et du nouveau-né ne changeraient pas, dans le double objectif de simplifier l'analyse et de parer à l'absence de données sur le changement de la demande pendant cette pandémie. De même, nous avons estimé chaque résultat de manière indépendante, sans tenir compte des effets synergiques potentiels tels que la demande accrue de services de santé de la grossesse et du nouveau-né qui résulterait d'un affaiblissement de la pratique contraceptive et d'un nombre accru de grossesses non planifiées. Ce scénario représente par conséquent une estimation vraisemblablement prudente des effets potentiels résultant de la perturbation des services de santé sexuelle et reproductive. De plus, bien que nous nous soyons concentrés sur la prestation de services contraceptifs et de soins de la grossesse et du nouveau-né, d'autres services de santé sexuelle et reproductive seraient vraisemblablement affectés mais ne sont pas inclus dans ces estimations, y compris le traitement du VIH et des autres IST.

Nous estimons qu'une baisse proportionnelle de 10% de la pratique des méthodes contraceptives réversibles de courte et de longue durée* dans les PRFI, du fait d'un accès réduit, se solderait par 49 millions de femmes en plus présentant un besoin de contraception moderne non satisfait et par 15 millions de grossesses non planifiées supplémentaires en l'espace d'une année (Tableau 1, page 3). Même un léger déclin de 10% de la couverture des soins de santé de la grossesse et du nouveau-né† donnerait lieu à des implications désastreuses pour la vie des femmes et des nouveau-nés: 1,7 million de femmes en plus qui accouchent et 2,6 millions de nouveau-nés en plus présenteraient des complications graves‡, sans obtenir toutefois les soins requis. Il en résulterait 28 000 décès maternels et 168 000 décès néonataux en plus.

Le second scénario concerne la capacité pour les femmes d'obtenir un avortement médicalisé. Les restrictions de déplacement et les fermetures de cliniques médicales imposées du fait de la pandémie risquent d'intensifier le recours à l'avortement non sécurisé – défini par l'OMS comme une intervention pratiquée par une personne qui ne possède pas les compétences nécessaires, dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales minimales ou les deux¹⁷. Dans ce scénario, nous avons présumé que 10% des avortements médicalisés ne le seraient plus. Pour raisons de simplicité, nous avons aussi supposé que le résultat des grossesses ne changerait pas et que le nombre global d'avortements et de naissances vivantes resterait identique.

TABLEAU 1. Impact annuel potentiel d'une baisse proportionnelle de 10% de l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive résultant des perturbations causées par la COVID-19 dans 132 pays à revenu faible ou intermédiaire

Perturbation des soins essentiels de SSR	Impact
Baisse de 10% de la contraception réversible de courte et longue durée	48 558 000 femmes en plus présentant un besoin de contraception moderne non satisfait 15 401 000 grossesses non planifiées en plus
Baisse de 10% de la couverture des services de soins essentiels de la grossesse et du nouveau-né*	1 745 000 femmes en plus atteintes de graves complications obstétricales non soignées 28 000 décès maternels en plus 2 591 000 nouveau-nés en plus atteints de complications graves sans soins 168 000 décès néonataux en plus
Passage de 10% des avortements médicalisés à non sécurisés†	3 325 000 avortements non sécurisés en plus 1 000 décès maternels en plus

*La baisse de 10% de la couverture des services comprend les changements d'accès pour certaines interventions (par ex., l'accouchement en structure sanitaire) et de contenu ou de qualité des soins pour d'autres (par ex., apport de sulfate de magnésium dans le traitement de l'éclampsie). †Les avortements non sécurisés sont ceux pratiqués soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un cadre qui ne répond pas aux normes médicales minimales, ou les deux. *N.B.*: Les changements affectant les services sont présumés représenter la moyenne du changement sur une année et l'impact est calculé sur une base annuelle. Voir les notes en bas de page concernant les détails analytiques relatifs aux méthodes contraceptives, aux soins essentiels de la grossesse et du nouveau-né et aux complications graves. SSR = santé sexuelle et reproductive. *Source*: référence 13.

Nous estimons que, si le confinement national forçait les cliniques à fermer leurs portes ou que l'avortement était réputé service non essentiel de sorte que 10% des femmes qui se feraient normalement avorter dans des conditions médicalisées recourraient plutôt à une méthode non sécurisée, il y aurait 3,3 millions d'avortements non médicalisés en plus dans les PRFI en l'espace d'une année (Tableau 1). Cette augmentation donnerait à son tour lieu à 1 000 décès maternels en plus.

Recommandations à l'intention des décideurs politiques

Il est clair que des conséquences désastreuses pour les femmes et les familles des PRFI pourront survenir si les services de santé sexuelle et reproductive fondamentaux sont réduits ou jugés non essentiels durant la pandémie. Le premier de nos scénarios hypothétiques présume une réduction proportionnelle de 10% des services de santé sexuelle et reproductive. Les partenaires aux premières lignes de la riposte ont cependant prédit une baisse pouvant aller jusqu'à 80%¹⁸, laissant présager un impact de la pandémie largement supérieur à nos estimations. À l'inverse, nos estimations ont cherché à quantifier les effets de la pandémie en l'espace d'une année: si le choc pour le système sanitaire est relativement bref (et qu'il se limite par exemple à quelques mois), les efforts de reprise rapide des services pourraient atténuer une partie du préjudice. Cela dit, l'inaction et la non-priorisation de la santé sexuelle et reproductive durant la phase de redressement – qui risque d'être longue – permettraient à ces effets de s'ancrer et renverseraient les gains acquis ces dernières décennies. Indépendamment de leur ampleur ou de leur durée, l'impact sera ressenti le plus durement dans les groupes défavorisés et marginalisés, comme les adolescentes, les victimes de crises humanitaires, les personnes qui s'identifient

comme LGBTQI, les victimes de la violence de genre, les personnes vivant avec le VIH, les populations incarcérées, les personnes en situation de handicap et les classes socio-économiques inférieures^{8,19}.

Pour éviter cette crise potentielle de la santé sexuelle et reproductive, les gouvernements des PRFI et leurs partenaires (bailleurs de fonds et organisations non gouvernementales) doivent prendre des mesures rapides et décisives. D'abord, ils doivent définir et promouvoir le caractère essentiel des soins de santé sexuelle et reproductive – y compris l'avortement médicalisé, les services de contraception et les soins maternels et néonataux. Cette mise en avant permettra les déplacements pour services de santé sexuelle et reproductive – même dans les zones sous ordre de confinement à domicile ou sujettes à restrictions de déplacement – sans crainte de répercussions judiciaires. Ensuite, parallèlement aux acteurs du secteur privé, les gouvernements et leurs partenaires doivent renforcer les chaînes d'approvisionnement nationales et régionales – en prenant des mesures de prépositionnement des produits et d'identification d'autres fournisseurs – pour rendre les médicaments et autres fournitures de santé sexuelle et reproductive plus accessibles aux prestataires comme aux patientes. Troisièmement, pour améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, ils doivent assurer l'offre de produits de contraception en vente libre, décentraliser la distribution des contraceptifs, médicaments et autres fournitures du national au régional (pour éviter les goulots d'étranglement), assurer si possible la prestation de services à domicile et faciliter l'approvisionnement multimensuel en produits pharmaceutiques de santé sexuelle et reproductive^{1,20}. Quatrièmement, ils doivent adopter des modèles de soins innovants, de télémédecine notamment, et prévenir le détournement des ressources et

du personnel au détriment des services de santé sexuelle et reproductive. Enfin, les gouvernements et leurs partenaires doivent répondre aux besoins uniques des populations vulnérables et marginalisées, qui se trouvent souvent confrontées à des obstacles préexistants d'accès aux soins, exacerbés en temps de crise⁸. Plus que d'atténuer l'impact de la COVID-19 à brève échéance, ces mesures seront bénéfiques aussi sur le long terme, au fil de l'adoption et de l'institutionnalisation d'approches innovantes.

En leur qualité de principaux bailleurs de fonds aux programmes de santé sexuelle et reproductive dans le monde, les États-Unis ont un rôle important à jouer dans la prévention des menaces imminentes décrites ici. Le Congrès américain peut aider à parer à ces sombres perspectives sanitaires moyennant l'allocation de fonds supplémentaires aux programmes mondiaux de santé maternelle et de planification familiale – comme ceux administrés par l'UNFPA²¹ – pour faire face à la hausse probable du besoin non satisfait de services de santé sexuelle et reproductive imputable à la pandémie. Ces efforts devront également considérer les besoins des populations marginalisées. Pour aider les structures sanitaires à assurer la prestation de tous les services nécessaires, le Congrès américain doit lever les restrictions de politique et adopter la loi sur la santé mondiale, l'autonomisation et les droits qui révoquerait la politique de Mexico (la « règle du bâillon mondial »), qui interdit aux organisations non gouvernementales étrangères d'offrir des services d'orientation, de conseil ou autres sur l'avortement. Enfin, le Congrès américain doit financer d'autres programmes mondiaux et soutenir les politiques aptes à soulager la pression qui pèse sur les systèmes de santé, élargir l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive dans le monde et promouvoir l'égalité de genre¹⁹.

Les épidémies sont inévitables, mais les pertes catastrophiques pour la santé sexuelle et reproductive ne le sont pas. En tirant les enseignements du passé, en mettant en place les ressources et les systèmes indispensables et en assurant la fourniture des services essentiels de santé sexuelle et reproductive, il est possible de prévenir les perturbations sanitaires dont les effets seraient sinon dévastateurs, sur le long terme, au niveau de la personne, de la famille et de la communauté mondiale.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé, Maintenir les services de santé essentiels: orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19, 2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334358/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-fre.pdf.
2. UNFPA, COVID-19: Une optique sexospécifique, 2020, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/French.COVID-19_A-Gender_Lens_Guidance_Note_edits_clean_file_0.pdf.
3. Purdy C, Opinion: How will COVID-19 affect global access to contraceptives—and what can we do about it? *Devex*, 11 mars 2020, <https://www.devex.com/news/sponsored/opinion-how-will-covid-19-affect-global-access-to-contraceptives-and-what-can-we-do-about-it-96745>.
4. Marie Stopes International, Stories from the frontline: in the shadow of the COVID-19 pandemic, 2020, <https://www.mariestopes.org/covid-19/stories-from-the-frontline/>.
5. International Planned Parenthood Federation, COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world, 2020, <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>.
6. Davies SE et Bennett B, A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies, *International Affairs*, 2016, 92(5):1041–1060, <http://dx.doi.org/10.1111/1468-2346.12704>.
7. Wenham C et al., COVID-19: the gendered impacts of the outbreak, *Lancet*, 2020, 395(10227):846–848, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2).
8. Hall KS et al., Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response, *Lancet*, 2020, 395(10231):1175–1177, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30801-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1).
9. Sochas L, Channon AA et Nam S, Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone, *Health Policy and Planning*, 2017, 32(Suppl. 3):iii32–iii39, <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czx108>.
10. Bietsch K, Williamson J et Reeves M, Family planning during and after the West African Ebola crisis, *Studies in Family Planning*, 2020, 51(1):71–86, <http://dx.doi.org/10.1111/sifp.12110>.
11. Camara BS et al., Effect of the 2014/2015 Ebola outbreak on reproductive health services in a rural district of Guinea: an ecological study, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2017, 111(1):22–29, <http://dx.doi.org/10.1093/trstmh/trx009>.
12. FP2020, Mesure, sans date, <http://progress.familyplanning2020.org/measurement>.
13. Sully EA et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health*, 2019, New York: Guttmacher Institute, <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>.
14. Darroch JE, *Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017—Estimation Methodology*, New York: Guttmacher Institute, 2018, <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-contraception-maternal-newborn-health-2017-methodology>.
15. Bearak JM et al., Pregnancies, abortions, and pregnancy intentions: a protocol for modeling and reporting global, regional and country estimates, *Reproductive Health*, 2019, 16:36, <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-019-0682-0>.
16. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, LiST Visualizer, sans date, <https://listvisualizer.org/>.
17. Ganatra B et al., Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, *Lancet*, 2017, 390(10110):2372–2381, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).
18. Marie Stopes International, Methodology for calculating impact of COVID-19, 2020, <https://www.mariestopes.org/resources/methodology-for-calculating-impact-of-covid-19>.

19. Ahmed Z et al., Nine things Congress must do to safeguard sexual and reproductive health in the age of COVID-19, 2020, New York: Guttmacher Institute, <https://www.guttmacher.org/article/2020/04/nine-things-congress-must-do-safeguard-sexual-and-reproductive-health-age-covid-19>.

20. ONU, *Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to the Socio-economic Impacts of COVID-19*, 2020, <https://unsdg.un.org/resources/shared-responsibility-global-solidarity-responding-socio-economic-impacts-covid-19>.

21. Ahmed Z, The Support UNFPA Funding Act: Righting a policy wrong, 2019, New York: Guttmacher Institute, <https://www.guttmacher.org/article/2019/10/support-unfpa-funding-act-righting-policy-wrong>.

Remerciements

Ce commentaire est publié dans le cadre du projet « Vue d'ensemble », sous subvention d'UK Aid sous les auspices du gouvernement britannique et d'octrois de la Fondation Bill et Melinda Gates, du ministère néerlandais des Affaires étrangères et de la Children's Investment Fund Foundation (CIFF). Les observations et les conclusions exprimées sont celles des auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques des donateurs et bailleurs de fonds.

Coordonnées de l'auteur : triley@guttmacher.org