



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

L'INDICE DE SÉCURITÉ CONTRACEPTIVE 2006

Un outil pour l'identification des priorités et
la planification



JULIET 2007

Cette publication a été produite pour examen par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparée par le USAID | PROJET DELIVER, Commande de travail n°1.

L'INDICE DE SÉCURITÉ CONTRACEPTIVE 2006

Un outil pour l'identification des priorités et la
planification

USAID | PROJET DELIVER, Commande de travail n° 1

L'USAID | PROJET DELIVER, Commande de travail n° 1, est financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) dans le cadre du contrat n° GPO-I-01-06-00007-00 ayant démarré le 29 septembre 2006. La commande de travail n° 1 est mise en œuvre par John Snow, Inc., en collaboration avec PATH, Crown Agents Consultancy, Inc., Abt Associates, Fuel Logistics Group (Pty) Ltd., UPS Supply Chain Solutions, Family Health International, le Manoff Group, et 3i Infotech. Le projet permet d'améliorer les chaînes d'approvisionnement des produits de santé essentiels en renforçant les systèmes d'information de gestion logistique, en simplifiant les systèmes de distribution, en déterminant les ressources financières pour les achats et le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement et en améliorant les prévisions et la planification des achats. Le projet encourage aussi les responsables de l'élaboration des politiques ainsi que les donateurs à soutenir la logistique en tant qu'élément crucial pour le succès global de leurs mandats en matière de soins de santé.

Citation recommandée

USAID | PROJET DELIVER et le projet POLICY et Task Order 1 de l'USAID | Health Policy Initiative. 2006. *l'Indice de Sécurité Contraceptive 2006 : Un outil pour l'identification des priorités et la planification*. Arlington, Va.: USAID | PROJET DELIVER, Commande de travail n° 1.

USAID | PROJET DELIVER

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Téléphone : 703-528-7474
Fax : 703-528-7480
Email : askdeliver@jsi.com
Internet : deliver.jsi.com

USAID | Health Policy Initiative

Constella Futures
One Thomas Circle, NW Suite 200
Washington, DC 20005 USA
Téléphone : 202-775-9680
Fax : 202-775-9694
Email : policyinfo@healthpolicyinitiative.com
Internet : www.healthpolicyinitiative.com

REMERCIEMENTS

Le développement de l'*Indice de SC 2006* a été mis en œuvre par le personnel de l'Équipe de sécurité contraceptive de l'USAID, le USAID | PROJET DELIVER de John Snow, Inc. (JSI), et le projet POLICY et Task Order 1 de l'USAID | Health Policy Initiative de Constella Futures.

Le financement du développement et la publication de l'*Indice de SC 2006* a été assuré par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous couvert du USAID | PROJET DELIVER (GPO-11-01-06-0007-00) établi par John Snow, Inc. En plus, le Projet POLICY a contribué au développement de ce tableau mural sous le contrat USAID No HRN-C-00-00-00006-00. Ce travail a continué sous Task Order 1 de l'USAID | Health Policy Initiative sous le contrat No GPO-I-01-05-00040-00. Task Order 1 est établi par Constella Futures en collaboration avec le Center for Development and Population Activities (CEDPA), la White Ribbon Alliance, et le World Conference of Religions for Peace.

Ce document ne représente pas nécessairement les vues et opinions de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

Photographes de couverture sont offertes par le USAID | PROJET DELIVER.

L'un des objectifs principaux des programmes de santé de la reproduction et de planification familiale est de s'assurer que la population peut choisir, obtenir et utiliser une variété des méthodes contraceptives et de préservatifs de bonne qualité et à bon prix pour la prévention du VIH/SIDA. Cet objectif, appelé la *sécurité contraceptive*, exige la mise en œuvre de stratégies durables qui garantiront l'accessibilité et la disponibilité des fournitures.

La sécurité contraceptive (SC) deviendra de plus en plus difficile à satisfaire avec l'augmentation de la demande mondiale pour la planification familiale. Le financement des programmes de santé reproductive (SR) et de planification familiale (PF) ne satisfait plus la demande et les ressources financières de la part des donateurs sont plus limitées que jamais. Les pays sont encouragés à contribuer à partir de leurs budgets nationaux et locaux à l'achat des produits de SR et PF. Malgré des investissements dans la prestation de services et les systèmes logistiques, ces systèmes restent inadéquats dans de nombreux pays. De même, l'augmentation de la demande—s'ajoutant à l'impact de la pandémie du VIH/SIDA, les réformes du secteur de la santé, le financement limité au niveau national et international, et la fuite des cerveaux—laisse les pays dans l'impossibilité de satisfaire tous les besoins de santé reproductive de leurs populations.

Il est crucial que les parties intéressées et les directeurs de programme concentrent leur attention à la sécurité contraceptive à long terme. Les programmes ne peuvent satisfaire les besoins en SR et PF de leurs clients sans la disponibilité fiable de produits contraceptifs et de services de bonne qualité. La réduction de la pauvreté et la réalisation des objectifs de santé adoptés par de nombreux pays seront ralentis à moins que des améliorations soient faites dans le domaine de la sécurité contraceptive. Assurer la disponibilité de produits contraceptifs et de services aux clients nécessite une approche multisectorielle. Les secteurs public et privé doivent coopérer pour s'assurer que l'environnement politique favorise la sécurité contraceptive, les mécanismes de prévision et d'obtention des produits soient adéquats, les chaînes d'approvisionnement soient fonctionnelles et efficaces, le personnel soit bien formé, les systèmes de distribution soient efficaces, l'environnement social soit favorable et le niveau de financement soit adéquat. Pour planifier des interventions efficaces permettant d'atteindre cet objectif, les responsables politiques, les directeurs de programme, et les agences internationales de donateurs doivent savoir si et à quel degré leurs programmes progressent vers la SC.

Cette affiche présente un ensemble d'indicateurs qui peuvent être utilisés pour mesurer le niveau de la SC d'un pays et surveiller le progrès mondial réalisé vers l'accomplissement de cet objectif au fil du temps. Les indicateurs sont rassemblés pour constituer un indice d'indicateurs composites. *L'indice de sécurité contraceptive* a été préparé et présenté pour la première fois en 2003 ; *L'indice de sécurité contraceptive 2006* est une mise à jour de ces résultats.

UTILISATION

L'indice de sécurité contraceptive 2006 est un outil puissant pour la sensibilisation des décideurs au sujet de la sécurité contraceptive (SC) et les relations entre les programmes, les différents secteurs, et les résultats du programme. Aux niveaux national et international, l'indice peut être utilisé pour fixer les priorités ; et pour planifier et faire le playdoyer afin de supporter les politiques et autres interventions qui favorisent le progrès vers la sécurité contraceptive. Au niveau du pays, il peut contribuer à l'identification des points forts et faibles afin de permettre aux parties intéressées de canaliser leurs ressources d'une manière plus efficace et appropriée. Cependant, puisque *L'Indice de SC*

présente la sécurité contraceptive au sens large dans un pays, une étude plus approfondie de composantes spécifiques est requise pour identifier les problèmes qui doivent être résolus par des plans stratégiques nationaux de sécurité contraceptive.

L'*Indice de SC* est également un guide utile pour aider les donateurs et prêteurs mondiaux à déterminer les pays qui ont plus besoin d'assistance et le type d'assistance dont ils ont besoin. L'indice peut aider les gouvernements de pays, les donateurs, et les prêteurs à améliorer les allocations des ressources en leur donnant un moyen de vérification des progrès du pays en matière de sécurité contraceptive.

Avec des évaluations répétées dans le temps, l'indice peut fournir une mesure du progrès effectué vers l'atteinte des objectifs de la sécurité contraceptive. En soulignant l'importance de la sécurité contraceptive, cet outil peut aider les donateurs et les gouvernements à se focaliser sur les besoins contraceptifs croissants dans l'avenir.

Considérations méthodologiques

Cet indice représente la situation de sécurité contraceptive d'un pays à un moment donné, bien que les données actuelles aient été collectées sur des années. Il est inévitable que des indicateurs soient mis à jour pour différents pays à différents intervalles. Idéalement, pour mesurer le progrès effectué dans le temps en de sécurité contraceptive, l'indice sera périodiquement mis à jour (par exemple, tous les deux à trois ans).

Des comparaisons peuvent être faites entre les résultats de 2003 et 2006 au niveau global (i.e par région, composante, et score total), comme présentés dans la section *Résultats*. Cependant, en raison de changements dans la méthodologie de collection des données pour certains des indicateurs de chaîne d'approvisionnement (voir la section *Méthodologie, Définitions, Chaîne d'approvisionnement*), des comparaisons sur la période de 2003 à 2006 au niveau du pays et au niveau de chaque indicateur de la chaîne d'approvisionnement ne sont pas recommandés en ce moment. Néanmoins, bien que le facteur temps doit être considéré avec prudence dans cette mise à jour, l'utilisation de l'indice pour les autres raisons mentionnées ci-dessus reste valable.

RÉSULTATS

Un total de 63 pays est représenté dans l'indice 2006, soit 57 pays de l'indice 2003 et 6 nouveaux pays inclus dans le nouvel indice.

Le tableau 1 montre les données brutes pour les 17 indicateurs, groupés en cinq composantes qui ont été utilisées pour créer l'*Indice de SC* : chaîne d'approvisionnement, financement, environnement sanitaire et social, accès, et utilisation. Il représente les données disponibles les plus récentes. Cependant, là où les données les plus récentes n'étaient pas disponibles en 2006, les scores bruts de l'indice 2003 sont utilisés comme données disponibles les plus récentes.

Le tableau 2 montre les résultats pondérés par composante et le total. La figure 1 montre les résultats totaux pondérés pour les 63 pays présentés dans l'indice. L'échelle de notation de l'*Indice de SC* pondéré varie de 0 à 100, alors que les scores exacts enregistrés en 2006 varient de 35,5 à 73,2. En 2003, les scores allaient de 28,1 à 68,1. En utilisant un test t pour échantillons appariés, les résultats totaux de 2006, dans la moyenne à travers tous les pays inclus à la fois dans les indices de 2003 et 2006, représentent statistiquement une augmentation significative

par rapport à 2003, ce qui indique une amélioration dans l'ensemble. La figure 2 compare les scores moyens par région. Les augmentations observées par rapport au total des scores par région sont significatives seulement en Asie et le Pacifique, le Moyen Orient et l'Afrique du Nord, et l'Afrique subsaharienne. Les moyennes globales pour les cinq régions montrent une amélioration considérable pour chacune des régions de 2003 à 2006 (voir la figure 3). Dans la plupart des cas, les moyennes par composante de la SC par région indiquent des améliorations, bien que celles-ci soient significatives dans les cas suivants :

Chaîne d'approvisionnement : L'Afrique subsaharienne

Financement : L'Asie et le Pacifique, l'Europe orientale et l'Asie centrale, et le Moyen Orient et l'Afrique du Nord

Environnement sanitaire et social : L'Amérique latine et les Caraïbes et l'Afrique subsaharienne

Accès : L'Europe orientale et l'Asie centrale et l'Afrique subsaharienne

Utilisation : L'Asie et le Pacifique et l'Amérique latine et les Caraïbes

Les scores des composantes de la SC pour un pays pris individuellement sur une année (le score maximum pondéré est de 20 pour chaque composante), permettant aux utilisateurs d'identifier les composantes qui ont besoin d'attention et des évaluations supplémentaires. Les pays peuvent avoir, dans l'ensemble, le même score, tout en ayant les points forts et des points faibles dans différentes composantes. D'où la nécessité de revoir les indicateurs dans un contexte plus large pour un pays, en prenant en compte les aspects qui ne sont pas traités dans l'indice pour cause de limitation des données. Enfin, il est important de noter que les tendances à la hausse ou à la baisse dans la notation des indicateurs au niveau pays peuvent ne pas représenter de différences ou de changements significatifs pour la sécurité contraceptive.

CONTEXTE

L'*Indice de sécurité contraceptive 2006* est une mise à jour des résultats de l'*Indice de sécurité contraceptive 2003*. Pour être en accord avec la définition globale actuelle de la sécurité contraceptive, l'approche *stratégique pour la sécurité des produits de santé de la reproduction* (SPARHCS) a été utilisée comme guide conceptuel dans le développement de l'*Indice de SC*. Elle définit les facteurs environnementaux et programmatiques qui sont nécessaires pour réaliser la sécurité de produits de santé reproductive, qu'ils s'agissent soit des contraceptifs soit d'autres produits de santé reproductive (voir la figure 4).

L'*Indice de SC* et d'autres efforts qui encouragent et font avancer la sécurité contraceptive ont attiré beaucoup d'attentions sur ces problèmes, et ont conduit à un mouvement mondial autour de la sécurité contraceptive.

Tableau 2. RESULTATS PONDÉRÉS PAR COMPOSANTE

	Chaîne d'approvisionnement (20 points)	Financement (20 points)	Environnement sanitaire & social (20 points)	Accès (20 points)	Utilisation (20 points)	Total (max=100 points)
ASIE & PACIFIQUE						
Bangladesh	19.3	6.6	12.0	12.7	12.0	62.7
Cambodge	12.5	9.6	10.0	10.0	9.0	51.1
Inde	14.2	7.5	12.7	11.0	9.3	54.6
Indonésie	19.4	8.2	15.4	12.6	14.9	70.5
Népal	19.1	7.6	11.3	11.8	10.3	60.2
Pakistan	12.8	6.1	9.9	11.3	9.0	49.1
Philippines	13.6	7.6	15.3	11.3	11.4	59.2
Vietnam	15.4	6.9	13.8	13.4	13.3	62.9
MOYENNE	15.8	7.5	12.6	11.8	11.2	58.8
EUROPE DE L'EST & ASIE CENTRALE						
Arménie	12.0	6.3	15.3	7.7	11.1	52.4
Azerbaïdjan	3.0	6.2	14.1	9.7	9.8	42.8
Géorgie	15.3	6.0	14.2	10.2	9.7	55.5
Kazakhstan	10.2	9.9	15.0	11.5	11.2	57.8
Kirghizie	17.1	7.0	15.0	11.5	10.1	60.7
Turquie	10.5	9.4	14.2	12.3	12.1	58.6
Turkménistan	10.5	13.0	14.3	11.8	10.9	60.4
Ukraine	10.3	10.3	15.4	10.2	11.1	57.3
Ouzbékistan	17.2	8.1	14.3	11.4	10.0	61.0
MOYENNE	11.8	8.5	14.7	10.7	10.7	56.3
AMÉRIQUE LATINE & CARAÏBES						
Bolivie	15.9	6.7	15.1	10.2	11.9	59.8
Brésil	9.8	10.6	16.6	10.2	13.6	60.9
Colombie	11.2	11.0	14.1	13.4	15.5	65.2
Rép. Dominicaine	6.9	11.0	13.8	11.1	11.9	54.6
Équateur	13.3	7.8	13.1	13.4	14.7	62.3
Salvador	16.9	10.5	13.8	12.4	13.3	66.9
Guatemala	16.6	8.1	11.7	11.1	9.8	57.2
Guyane	10.5	5.8	15.9	9.1	10.6	51.9
Haïti	15.0	8.0	8.5	8.6	6.9	47.0
Honduras	7.3	4.4	11.5	12.1	14.1	49.5
Jamaïque	19.4	8.2	15.4	12.6	14.9	70.5
Mexique	17.2	12.0	15.5	13.8	14.7	73.2
Nicaragua	17.3	8.7	13.9	11.6	14.7	66.3
Paraguay	11.0	10.6	13.3	12.1	16.1	63.1
Pérou	15.7	7.9	15.2	10.4	14.4	63.6
MOYENNE	13.6	8.8	13.8	11.5	13.1	60.8
MOYEN ORIENT & AFRIQUE DU NORD						
Égypte	13.8	7.6	14.8	11.6	12.2	60.0
Jordanie	15.8	10.7	15.8	12.1	11.3	65.8
Moroc	18.6	7.7	12.5	11.4	11.1	61.3
Yémen	14.0	5.9	10.5	8.2	7.4	46.0
MOYENNE	15.6	8.0	13.4	10.8	10.5	58.3
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Bénin	10.0	7.9	10.5	11.0	9.4	48.8
Burkina Faso	15.2	4.6	9.5	10.8	9.8	49.9
Cameroun	14.8	6.2	9.8	9.9	8.2	48.8
Tchad	7.3	2.8	8.3	7.4	9.6	35.5
Côte d'Ivoire	4.3	7.4	8.4	8.4	8.2	36.7
Érythrée	10.7	3.5	9.8	8.5	9.0	41.5
Éthiopie	8.6	6.8	9.1	7.7	6.6	38.9
Gabon	8.4	10.1	11.1	8.8	8.1	46.4
Gambie	5.7	6.0	11.3	9.6	9.1	41.7
Ghana	15.5	6.5	12.0	11.4	9.2	54.6
Guinée	11.4	6.8	9.3	9.1	8.1	44.6
Kenya	14.2	5.7	10.3	10.9	10.1	51.2
Madagascar	14.9	2.9	10.5	10.6	8.2	47.1
Malawi	15.4	6.1	9.3	11.1	7.7	49.6
Mali	15.8	3.5	10.5	9.7	7.1	46.4
Mauritanie	12.1	7.1	11.0	9.7	7.1	47.0
Mozambique	11.6	3.6	8.7	10.5	10.3	44.7
Namibie	10.8	10.2	12.0	10.4	11.6	55.1
Nigeria	12.3	5.4	9.8	9.7	11.4	48.6
Rwanda	17.1	4.6	9.4	9.1	8.0	48.1
Sénégal	14.5	8.4	10.7	10.4	8.0	51.9
Afrique du Sud	7.0	12.2	13.8	10.0	13.5	56.4
Tanzanie	17.6	5.3	8.6	10.6	10.4	52.4
Togo	15.1	8.5	9.6	11.9	8.8	53.8
Uganda	14.9	6.8	9.8	8.1	8.8	48.5
Zambie	15.2	2.7	8.8	8.6	9.1	44.4
Zimbabwe	17.3	5.7	7.0	12.4	10.6	52.9
MOYENNE	12.5	6.2	10.0	9.9	9.1	47.6
MOYENNE GÉNÉRALE	13.3	7.4	12.1	10.7	10.6	54.1

Tableau I. INDICATEURS DE L'INDICE DE SÉCURITÉ CONTRACEPTIVE, DONNÉES BRUTES

	CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT				FINANCEMENT		ENVIRONNEMENT SANITAIRE & SOCIAL						ACCÈS				
	Energie et distribution max=30	SIOL max=12	Prévision max=8	Approvis- ionnements max=8	Politique de la contraception max=4	Depenses dit pour la santé max=30	PNB par habitant (Yn) max=\$50,000	Niveau de parvenir max=100	Gouvernance max=30	Éducation des femmes max=100	Prévalence du les adultes max=50	Accès aux de PPs max=4	Châge du accés public max=10	Diffusion de l'accès au P max=1	max=1	max=50	max=100
ASIE & PACIFIQUE																	
Bangladesh	30	12	8	8	3.3	12	1949	50	9.3	50	0.1	3.3	1.5	0.08	0.44	11.2	47
Brésil	-	-	-	-	4.0	21	2311	36	10.5	20	2.6	2.5	0.6	0.19	0.25	29.7	19
Indonésie	18	4	6	3	3.5	47	3116	29	13.4	47	0.9	2.5	0.9	0.06	0.75	15.8	46
Népal	30	12	8	8	3.1	7	3485	27	10.6	60	0.1	2.6	1.4	0.10	0.88	8.6	57
Philippines	21	10	5	6	3.8	4	1485	31	9.2	19	0.5	3.1	0.7	0.08	0.25	27.8	35
Vietnam	22	10	3	8	2.0	8	2174	33	8.9	119	0.1	2.7	1.2	0.07	0.27	33.0	20
					3.6	6	4946	37	12.5	88	0.1	2.6	1.2	0.06	0.27	17.3	33
							2702	29	11.4	70	0.4	3.7	1.2	0.02	0.56	4.8	66
EUROPE DE L'EST & ASIE CENTRALE																	
Arménie	-	-	0	0	1.9	7	4156	51	12.4	88	0.1	1.4	-	0.23	0.30	11.8	20
Azerbaïdjan	6	1	0	0	2.0	-	3811	49	9.2	81	0.1	2.1	-	0.12	0.41	12.0	12
Georgie	-	-	-	-	1.7	9	2895	35	10.2	80	0.1	2.2	-	0.08	0.39	21.3	12
Kazakhstan	-	-	-	-	3.8	14	6933	55	10.1	92	0.2	2.6	1.0	0.04	0.67	8.7	53
Kirghizie	-	-	-	-	2.6	13	1856	48	10.2	67	0.1	2.8	0.9	0.07	0.74	11.6	49
Turquie	-	-	-	-	4.0	9	7724	27	14.0	67	0.1	3.1	1.1	0.03	0.41	10.1	43
Turkménistan	-	-	-	-	0.6	-	6910	12	5.8	96	0.1	3.1	0.8	0.07	0.70	10.1	53
Ukraine	-	-	-	-	2.8	13	6330	20	11.2	96	1.4	2.9	-	0.29	0.41	14.9	38
Ouzbékistan	-	-	-	-	2.8	-	1862	28	6.2	94	0.1	2.6	1.0	0.03	0.86	13.7	63
AMÉRIQUE LATINE & CARAÏBES																	
Bolivie	21	10	7	8	2.7	13	2600	63	12.4	85	0.1	2.3	0.8	0.12	0.11	22.7	35
Bразил	-	-	-	-	2.0	15	7935	22	15.1	100	0.7	2.0	1.3	0.10	0.51	7.3	70
Colombie	17	1	2	6	4.0	28	6945	64	11.7	74	0.7	3.6	1.3	0.03	0.24	6.1	68
Répub. Dominicaine	14	2	2	1	3.2	18	6863	29	13.5	65	1.7	2.5	1.3	0.09	0.66	10.9	66
Équateur	20	5	6	7	2.8	-	3768	46	11.1	60	0.3	3.5	1.7	0.03	0.24	7.4	66
Salvador	22	10	8	8	3.0	24	4894	48	14.6	59	0.7	3.0	1.9	0.07	0.43	9.0	61
Guatemala	24	12	7	8	1.6	17	4263	56	11.1	41	1.1	2.5	1.2	0.10	0.41	23.1	61
Guyane	21	7	7	4	2.9	-	4244	35	13.9	97	2.5	2.0	-	0.20	-	-	36
Haiti	26	5	2	8	1.9	23	1680	65	5.5	20	5.6	1.8	1.0	0.25	0.39	39.6	22
Honduras	8	1	2	3	3.5	10	2760	48	12.0	37	1.8	2.9	1.9	0.09	0.16	11.2	51
Amérique latine	-	-	-	-	4.0	7	3950	19	14.7	85	1.2	3.1	2.5	0.13	0.18	10.8	59
Mexique	28	10	7	7	3.1	16	9645	20	15.2	83	0.3	3.5	3.5	0.03	0.33	19.0	63
Nicaragua	24	12	5	8	2.1	17	4811	48	13.1	66	0.2	3.0	0.7	0.06	0.17	14.6	66
Paraguay	10	5	7	4	2.3	8	4817	22	10.3	66	0.5	2.6	2.3	0.08	0.06	6.6	61
Pérou	25	11	7	5	2.7	12	5955	49	12.9	86	0.5	2.4	1.1	0.15	0.11	10.2	47
MOYEN ORIENT & AFRIQUE DU NORD																	
Égypte	-	-	7	-	2.6	3	4200	17	12.2	82	0.1	2.7	1.4	0.08	0.55	9.5	57
Jordanie	26	9	7	5	3.3	4	4765	12	15.2	87	0.1	2.8	1.6	0.03	0.49	11.0	41
Maroc	26	11	7	8	4.0	8	4253	19	13.9	41	0.1	2.7	1.5	0.12	0.68	10.0	55
Yémen	13	10	6	5	3.8	4	809	42	8.7	29	0.1	1.5	0.1	0.15	0.25	38.6	13
AFRIQUE SUBSAHARIENNE																	
Bein	8	3	6	4	2.9	-	1085	29	13.2	17	1.9	2.8	0.5	0.09	0.11	27.2	7
Burkina Faso	17	10	7	4	3.9	3	1168	46	12.6	9	4.2	2.8	0.2	0.11	0.05	28.8	9
Cameroun	20	7	6	7	3.3	7	2117	40	9.8	28	6.9	2.5	0.2	0.15	0.50	20.2	13
Tchad	-	-	-	-	3.8	-	1337	64	8.3	7	7	1.5	9.7	0.28	-	9.7	2
Côte d'Ivoire	5	1	1	0	2.8	6	1474	15	6.7	18	7.0	1.8	0.1	0.21	0.29	27.7	7
Érythrée	18	7	3	3	3.0	6	962	53	9.1	22	2.7	1.8	0.1	0.18	0.16	27.0	5
Ethiopie	12	4	6	2	1.8	13	750	44	8.9	16	4.4	1.6	0.3	0.28	0.44	35.2	14
Gabon	-	-	-	-	1.3	-	5699	-	12.2	42	8.1	1.7	-	0.17	0.35	28.0	12
Gambie	7	1	4	4	2.4	-	1885	58	13.2	28	1.2	2.5	-	0.21	-	-	9
Ghana	20	10	7	5	3.8	8	2221	40	14.5	38	3.1	2.9	0.7	0.08	0.13	34.0	19
Guinée	13	11	7	4	2.1	9	2158	40	10.6	15	3.2	2.1	0.5	0.24	0.36	24.2	6
Kenya	22	11	7	4	3.3	10	1130	52	10.3	14	1.7	2.8	0.5	0.11	0.32	24.5	32
Madagascar	19	11	2	7	2.7	3	843	71	11.7	14	1.4	4.7	0.2	0.16	0.47	23.6	17
Malawi	19	9	7	8	2.0	-	631	65	14.3	29	1.9	2.9	0.6	0.12	0.52	29.7	28
Mali	16	10	7	6	3.7	-	953	64	14.0	14	4.3	2.6	0.2	0.22	0.19	28.5	6
Mozambique	12	5	6	6	1.6	-	2048	46	13.8	20	0.6	2.3	0.0	0.11	0.35	31.6	5
Nauruanne	12	3.7	5	3	3.7	-	1168	69	12.6	13	12.2	2.7	0.3	0.11	0.21	18.4	12
Namibie	-	-	-	-	2.9	15	7515	35	17.1	66	5.4	2.8	0.4	0.17	0.25	22.1	8
Nigeria	12	7	6	5	2.4	3	966	34	7.7	32	5.4	2.3	0.4	0.16	0.02	16.9	43
Rwanda	15	10	7	4	3.8	-	1241	60	10.7	15	5.1	2.3	0.3	0.24	0.19	35.6	10
Senegal	15	10	7	7	3.5	15	1662	33	13.9	16	0.8	2.6	0.1	0.11	0.21	34.8	10
Afrique du Sud	-	-	-	-	3.4	12	10964	11	17.6	91	1.3	2.6	0.8	0.23	0.23	15.0	55
Tanzanie	25	10	8	7	3.3	-	671	36	12.3	5	8.8	2.6	0.4	0.10	0.21	21.8	20
Togo	15	9	7	6	3.0	10	1508	32	9.2	22	4.1	3.1	0.5	0.04	0.13	32.3	9
Uganda	19	7	7	5	3.3	-	1448	38	11.2	18	4.1	1.7	0.3	0.24	0.18	34.6	19
Zambie	22	10	7	7	2.6	3	890	73	11.9	25	16.5	2.1	0.4	0.27	0.32	27.4	23
Zimbabwe	25	8	8	8	3.5	3	2041	35	5.8	35	24.6	3.0	0.4	0.12	0.65	12.9	50

Figure I. RESULTATS TOTAUX PONDÉRÉS : 63 PAYS

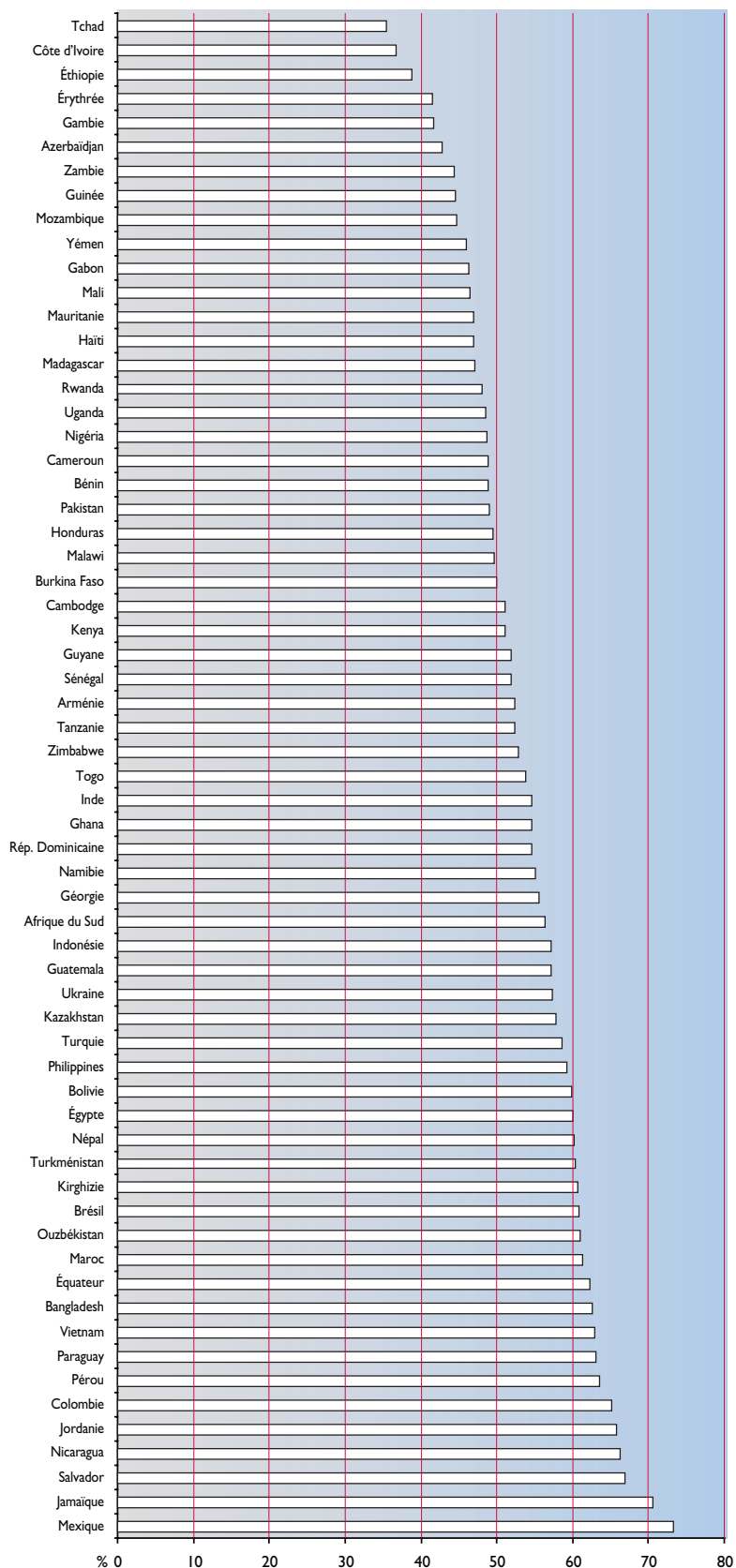


Figure 2. RESULTATS TOTAUX EN MOYENNE PAR REGION

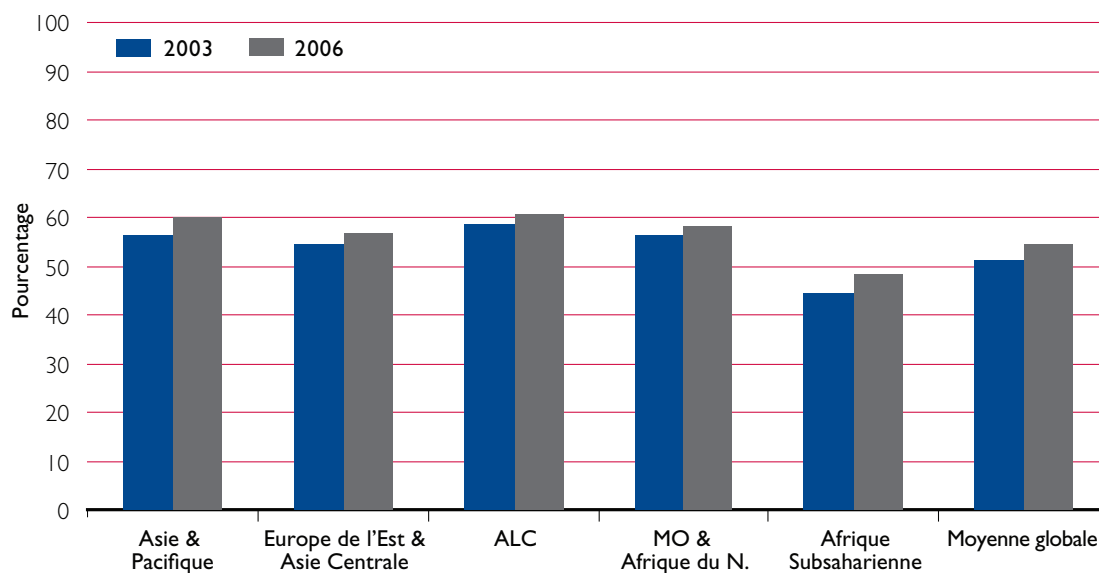
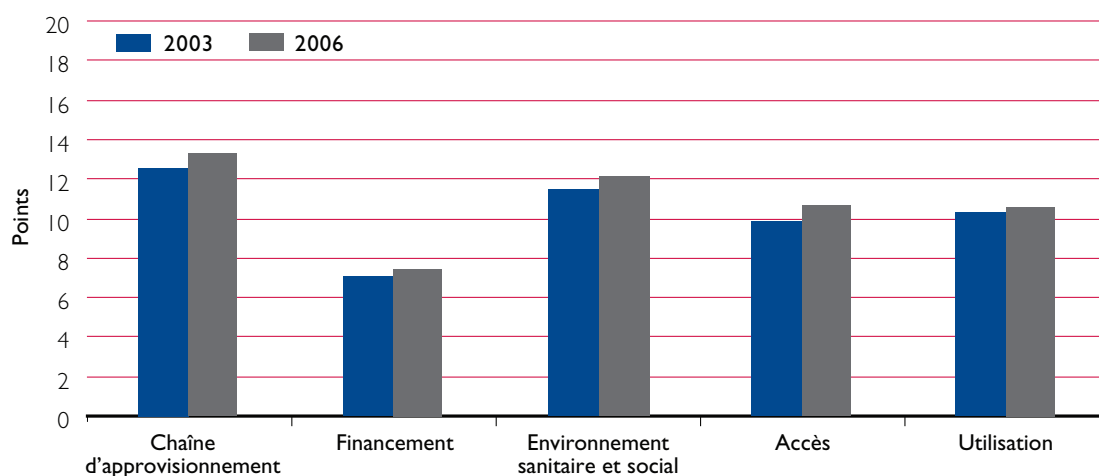
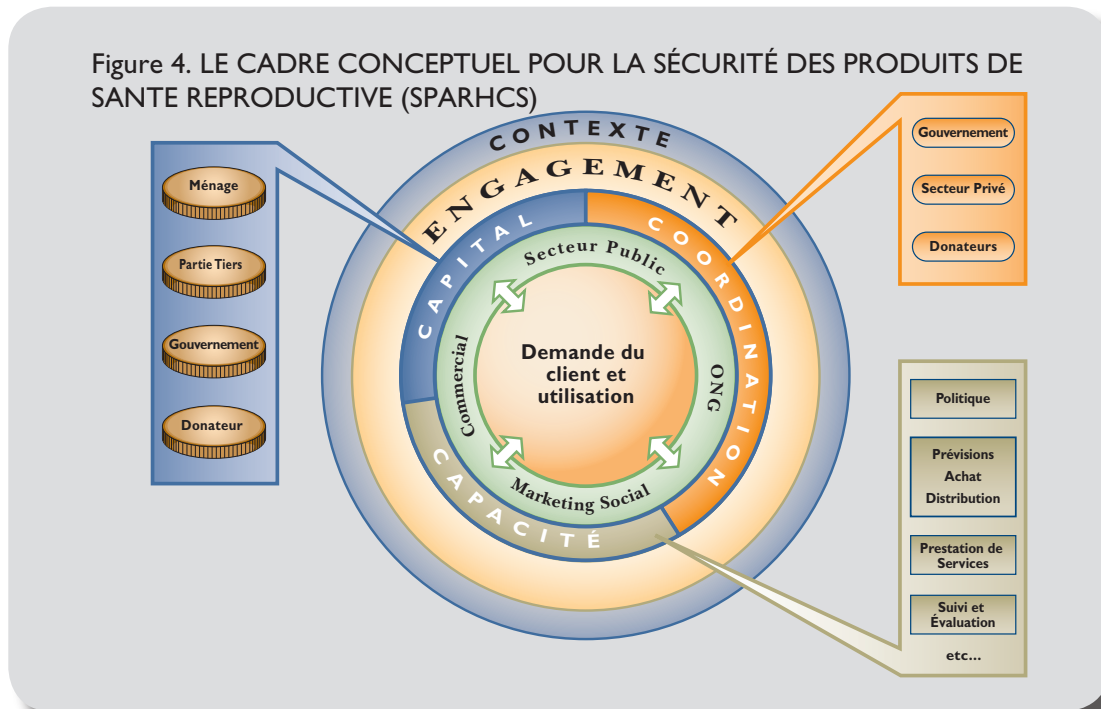


Figure 3. RESULTATS GLOBAUX EN MOYENNE PAR COMPOSANTE





MÉTHODOLOGIE

L'*Indice de sécurité contraceptive 2003* a été développé par une équipe d'experts de sécurité contraceptive de l'USAID, le projet DELIVER de John Snow, Inc. (JSI), le Projet POLICY de Futures Group, et Commercial Market Strategies (CMS). Utilisant la même méthodologie que pour l'indice 2003, l'*Indice de SC 2006* a été mis à jour par une équipe de l'USAID, DELIVER, et Task Order 1 de l'USAID | Health Policy Initiative de Constella Futures. Les mêmes indicateurs et les mêmes sources d'informations ont été maintenus pour l'indice 2006 en utilisant la dernière version de tous les documents de référence. (Référez-vous aux notes pour chacun des indicateurs ci-dessous.) Si de nouvelles valeurs pour un indicateur n'étaient pas disponibles depuis la publication de l'indice 2003, les données de 2003 seront conservées comme données disponibles les plus récentes.

Le processus d'élaboration de l'*Indice de SC* a été conçu de manière à réduire le coût de la collecte des données (en utilisant seulement des données secondaires), et pour maximiser la fiabilité, validité, et la replicabilité des données. Les indicateurs sélectionnés sont un mélange de données d'entrées et de sorties, et des questions au niveau national et programmatiques. Ensemble, ils dépeignent le concept de la sécurité contraceptive et encouragent l'approche intersectorielle pour traiter les questions de la sécurité contraceptive. Même si quelques indicateurs sont très liés les uns les autres, chacun représente un aspect important de la sécurité contraceptive. Les 17 indicateurs sont représentés à travers les cinq composantes qui sont décrites ci-dessous ; ces composantes sont regroupées pour créer l'indice. Pour plus d'information sur la manière dont les données manquantes ont été prises en compte dans l'indice, comment les indicateurs ont été pondérés, et pour d'autres questions techniques, veuillez vous référer à l'*Indice de sécurité contraceptive 2003 : Manuel Technique* (JSI/DELIVER et Projet Futures Group/POLICY 2004).¹

¹ Le Manuel Technique d'Indice de Sécurité Contraceptif est disponible en ligne chez (www.deliver.jsi.com) ou (www.healthpolicyinitiative.com).

Définitions

Composante I : Chaîne d'approvisionnement—Chacun des cinq indicateurs de la gestion logistique représente une fonction clé de la chaîne d'approvisionnement des produits contraceptifs. Une chaîne d'approvisionnement efficace assure l'approvisionnement continu de quantités suffisantes de produits contraceptifs de bonne qualité et nécessaires pour permettre la sécurité contraceptive. Une gestion plus efficace des produits contraceptifs contribue à de meilleures perspectives pour la sécurité contraceptive.

Lorsque l'*Indice de SC 2003* a été calculé, le plus grand outil de collecte de données disponible qui incluait les quatre indicateurs indiqués ci-dessous était les *Indicateurs Composites pour la gestion de la logistique contraceptive* (JSI/FPLM et EVALUATION Project 1999)² du projet Family Planning Logistics Management (FPLM). Cet outil a été mis à jour et amélioré sous le projet DELIVER et est devenu l'*Outil d'Évaluation d'un Système Logistique* (JSI/DELIVER 2004),³ qui a permis de mettre à jour les quatre premiers indicateurs de l'*Indice de SC 2006*. Les deux outils sont comparables parce que l'OESL est un dérivé des *Indicateurs composites*, cependant le score maximum possible pour chaque indicateur a changé dans le nouvel outil. En raison du changement de l'outil et de la méthodologie de collecte de données, les comparaisons au niveau pays ne sont pas encouragées en ce moment.

- **Entreposage et distribution**—Cet indicateur évalue la capacité et les conditions d'entreposage, les normes destinées à maintenir la qualité des produits, l'inventaire du stock, les ruptures de stock, le suivi des pertes, et les systèmes de distribution et de transport.
- **SIGL (Système d'Information sur la Gestion Logistique)**—Cet indicateur évalue les mécanismes de soumission de rapports, la validation des données, la gestion et l'utilisation des informations pour la prise de décision.
- **Prévision**—Cet indicateur évalue la manière dont les estimations des besoins sont faites, mises à jour, validées et incorporées dans la planification budgétaire et l'analyse des coûts.
- **Approvisionnement**—Cet indicateur évalue la manière dont les estimations sont utilisées pour établir des plans d'achat à court terme. Il évalue aussi comment les quantités correctes des produits contraceptifs sont obtenus et dans les délais prévus.

Le cinquième indicateur lié au système d'approvisionnement vient des résultats de l'étude du Family Planning Effort (FPE) (Ross, Stover, and Adelaja 2006).⁴

- **Politique de la contraception**—Dans certaines circonstances, les contraceptifs fabriqués localement peuvent fournir une option à bon marché et durable pour les clients. Dans de nombreux pays, il sera plus pratique d'avoir une politique et des règlements qui facilitent les marchés ouverts et l'importation de produits à prix compétitifs et de bonne qualité. Cet indicateur mesure le degré auquel les lois et règlements légaux sur l'importation facilitent l'importation de produits contraceptifs qui ne sont pas fabriqués localement, ou dans quelle circonstance les contraceptifs sont fabriqués dans le pays.

2 Le personnel du projet de Gestion de la Logistique pour la Planification Familiale (FPLM) (le projet de prédécesseur de DELIVER) et des ministères de la santé ont marqué les *Indicateurs Composites pour la Gestion de la Logistique Contraceptive* par une discussion participative de groupe tenue dans chaque pays en 1999-2000.

3 Le personnel du projet DELIVER et des ministères de la santé ont marqué ces indicateurs en 2006 pour les systèmes logistiques contraceptifs du secteur public basés sur l'opinion experte dans chaque pays.

4 Le FPE est conduit périodiquement autour du monde en administrant un questionnaire aux répondants experts de chaque pays.

Composante II : Financement—Pour assurer la sécurité contraceptive il est indispensable d’avoir un financement durable et adéquat qui permet l’acquisition des contraceptifs, la prestation de services et d’autres composantes des programmes provenant des donateurs et prêteurs internationaux, de gouvernements au niveau national ou local, des utilisateurs, et tiers. Sans un engagement financier, l’accès des utilisateurs et la qualité des programmes seront compromis et la sécurité contraceptive sera impossible à maintenir. L’information sur le financement des produits contraceptifs par les donateurs/prêteurs, tiers (par exemple, compagnies d’assurance, employeurs), ou le service privé au niveau du pays n’est pas facilement accessible. Trois indicateurs sont utilisés pour évaluer les perspectives de financement des services de planification familiale et des contraceptifs par les gouvernements et ménages dans un pays. Les Indicateurs du Développement mondial—*World Development Indicators* (WDI)—de la Banque Mondiale sont la source de ces indicateurs (IBRD/World Bank 2006).

- Dépenses du gouvernement pour la santé comme pourcentage du total des dépenses du gouvernement**—L’engagement national du gouvernement pour la santé publique, et spécialement pour la santé reproductive et planification familiale, est indispensable. Les segments de la population les plus pauvres comptent sur les services sanitaires gratuits ou subventionnés, souvent fournis par le gouvernement pour des services essentiels de santé préventive et curative. Cet indicateur est une mesure de l’engagement politique pour les dépenses en santé publique et qui sert d’indicateur pour estimer l’engagement du gouvernement pour les programmes de planification familiale. Un gouvernement qui s’engage d’avantage dans les dépenses de santé publique a le potentiel de consacrer plus de ressources aux programmes de planification familiale en tant que composante du système de santé en général. Cet indicateur dérive de deux indicateurs du WDI : le montant des dépenses publiques en santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), divisé par le montant total des dépenses du gouvernement en pourcentage du PIB :

$$\begin{aligned} & (\text{dép. gov. en santé/PIB}) \div (\text{dép. gov. totales/PIB}) \\ & = (\text{dép. gov. en santé/dep. gov. totales}) \end{aligned}$$
- PNB par habitant**—Une plus grande capacité à payer pour les contraceptifs au niveau du ménage est associé avec des meilleures perspectives pour la sécurité contraceptive. Pour permettre une meilleure comparaison entre les pays, cet indicateur représente la capacité potentielle du consommateur moyen à payer les services de planification familiale et les contraceptifs exprimée en parité des pouvoirs d’achat (PPA), qui corrige les différences de prix des produits sur le marché à l’intérieur d’un pays.
- Niveau de pauvreté**—Alors que le revenu par habitant mesure la capacité du consommateur moyen à payer, il y a toujours des inégalités dans la distribution des revenus. Un indice de pauvreté élevé peut mettre en péril la sécurité contraceptive si l’accès des pauvres aux services et produits n’est pas garanti. Si l’indice de pauvreté est très élevé, cela peut indiquer que la population est plus dépendante du secteur public, ajoutant la pression sur des systèmes déjà surchargés. Comme le niveau de pauvreté très élevé suppose des revenus très bas et un faible accès aux soins de santé, il est aussi associé à de faibles perspectives pour la sécurité contraceptive. Cet indicateur est exprimé par le pourcentage de population nationale sous le seuil de pauvreté défini nationalement.

Composante III : Environnement sanitaire et social—La composante de l’environnement sanitaire et social est composée de trois indicateurs. Elle figure dans l’indice car il est prouvé que d’autres facteurs de l’environnement sanitaire et social au sens large peuvent influencer les perspectives en matière de sécurité contraceptive, tant au niveau national qu’au niveau individuel, comme décrit ci-dessous.

- Gouvernance**— Un environnement politique sain contribue à l’amélioration de la sécurité contraceptive. Si un gouvernement est fiable, stable, efficace et transparent, il y a plus de probabilité

qu'il prenne des engagements pour la santé et le bien-être de la population et qu'il utilise correctement ses ressources pour le bien public. Il y a aussi plus de chances que des donateurs internationaux apportent un soutien financier et matériel à un tel gouvernement. Le secteur privé est davantage susceptible d'investir en créant de nouveaux marchés pour les contraceptifs, ou en étendant ceux qui existent. Cet indicateur est une mesure composite de la gouvernance, constituée de six éléments de gouvernance : la voix et la responsabilité, la stabilité politique, la capacité de gouverner, la qualité des réglementations, le respect des lois et la lutte contre la corruption. Il est dérivé de l'indice intitulé *Governance Matters* de la Banque Mondiale (Kaufmann, Kraay, and Mastruzzi 2005).

- **Éducation des femmes**—L'éducation des femmes est l'un des meilleurs précurseurs de l'utilisation des contraceptifs. Les femmes qui ont étudié au-delà de l'école primaire ont plus de chance à recourir à l'utilisation d'une méthode contraceptive. De plus, dans les pays où le statut de la femme est satisfaisant, les femmes éduquées sont plus susceptibles d'encourager la protection des programmes de planification familiale. Cet indicateur est exprimé en pourcentage de femmes inscrites dans une école secondaire, défini comme taux d'élèves inscrites dans une école secondaire par rapport à la population de cette classe d'âge (taux brut d'inscription). Le nombre d'inscriptions dans les écoles secondaires provient de la base de données sur internet DataFinder de Population Reference Bureau (*2005 Women of Our World* et *The World's Youth 2006 Data Sheet*).
- **Prévalence du VIH/SIDA chez les adultes**— Il est de plus en plus reconnu qu'un taux élevé de prévalence de VIH dans une population diminue les perspectives de la sécurité contraceptive. Le VIH/SIDA contribue à l'aggravation des taux de pauvreté et la pandémie a engendré de nouveaux besoins financiers dans le domaine de la santé. Cet indicateur est exprimé en pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans⁵ qui sont infectés avec le virus VIH à la fin de 2003. Les chiffres de prévalence du VIH pour adultes proviennent du *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2005* du programme des UNAIDS des Nations Unies.

Composante IV : Accès—Les trois indicateurs d'accès mesurent les aspects de la disponibilité et de l'accès aux méthodes modernes de contraception—le degré auquel les utilisateurs peuvent *choisir et obtenir* leur méthode de choix. Les programmes de planification familiale et de santé reproductive devraient pouvoir proposer des méthodes diverses correspondants aux besoins de *tous*.

- **Accès aux méthodes modernes de planification familiale**—Un accès rapide et facile par les utilisateurs à une gamme complète de méthodes contraceptives est associé avec des meilleures perspectives pour la sécurité contraceptive. Lorsque des services de planification familiale sont largement disponibles, le progrès en matière d'accès et de disponibilité des services et des produits sont difficilement réversibles. Cet indicateur provenant de l'étude FPE mesure le pourcentage de la population d'un pays ayant un accès rapide et facile à la stérilisation masculine et féminine, ainsi qu'aux pilules, injections, préservatifs, spermicides, et stérilets (Ross, Stover, and Adelaja 2006).⁶
- **Ciblage du secteur public**—Les programmes de planification familiale du secteur public qui offrent des services et des produits lourdement subventionnés (et parfois gratuits) sont conçus pour répondre aux besoins des segments de la population pauvre et presque pauvre. Le financement du secteur public est limité dans pratiquement tous les pays. La sécurité contraceptive à long terme dans un

5 La prévalence d'VIH parmi des adultes de l'âge reproductif (15-49) est employée comme indicateur pour l'Indice de SC parce que cette population est le plus susceptible d'employer des contraceptifs et de se servir des services des programmes de PF, lui faisant la population la plus appropriée pour la sécurité contraceptive. C'est également les données les plus disponibles.

6 Cet indicateur emploie les scores moyens d'accès pour ces méthodes contraceptives.

pays dépend en partie du degré dépendance des individus les plus pauvres aux services subventionnés, tandis que ceux qui peuvent payer les services et les produits ont et utilisent d'autres options. Cet indicateur mesure, pour un pays, la proportion de contraceptifs distribués par les canaux du secteur public qui vont aux clients pauvres ou presque pauvres des services de planification familiale. *Les pauvres et presque pauvres* sont des clients qui sont parmi les 40 pour cent de la population suivant l'indice *Standard of Living* (SLI). Les données de l'Enquête Démographique et Santé (EDS) et des Enquêtes sur la Santé Reproductive (ESR) sont utilisées pour calculer le SLI et la distribution des utilisateurs de planification familiale du secteur public à travers les catégories SLI.⁷

- **Diffusion de l'accès aux méthodes modernes de planification familiale**—Avoir l'accès à un éventail de méthodes de planification familiale signifie un choix pour les clients. L'accès à une série de méthodes signifie aussi que, si certaines méthodes sont temporairement en rupture de stock, d'autres sont disponibles dans l'intervalle. Cette notion de choix est un élément clé de la sécurité contraceptive indépendamment des méthodes choisies par les clients (voir *Composante V* pour plus de détails). Cet indicateur est lié au précédent et fait usage des mêmes données de l'étude FPE. Il évalue si les clients ont un accès rapide et facile à une gamme de produits qui est composée d'au moins trois méthodes contraceptives, en calculant selon la formule suivante : méthode la plus utilisée, moins la méthode classée troisième, divisée par la somme des scores d'accès pour toutes les méthodes (Ross, Stover, and Adelaia 2006).

Composante V : Utilisation—Cette composante est composée de trois indicateurs qui mesurent le comportement des utilisateurs en matière de contraception, dans le cadre du programme national.

- **Gamme de méthodes**—Tandis que les indicateurs d'accès (voir *Composante IV*) évaluent à quel degré les utilisateurs ont un accès rapide et facile aux méthodes contraceptives, cet indicateur évalue la variété de méthodes contraceptives utilisées par les clients. Si la gamme des méthodes est étendue, les perspectives de sécurité contraceptive sont aussi les meilleures, car cela indique que les femmes ont le choix des méthodes et exercent ce choix. Cet indicateur est calculé selon la formule suivante : la différence entre le taux de prévalence de la méthode moderne classée première dans un pays et le taux de prévalence de la méthode classée troisième, divisée par le total des taux de prévalence. Si le résultat est un nombre élevé, il indique une concentration sur un nombre limité de méthodes, ce qui est interprété comme un obstacle à la sécurité contraceptive. Cet indicateur est dérivé des données les plus récentes des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et des Enquêtes sur la Santé Reproductive (ESR) dans chaque pays.
- **Besoins non satisfaits pour la planification familiale**—Les besoins non-couverts indiquent les obstacles à l'accès à la planification familiale et à son utilisation. Plus le pourcentage de femmes dont les besoins de contraception ne sont pas couverts, plus les perspectives de sécurité contraceptive seront mauvaises parce que les besoins non couverts correspondent à des clients qui déclarent vouloir utiliser la planification familiale mais ne peuvent pas ou ne le font pas. Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes qui déclarent vouloir espacer ou limiter leurs prochaines grossesses, ou qui auraient préféré éviter ou retarder leurs grossesses actuelles mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive. Cet indicateur est dérivé des données les plus récentes des EDS et des ESR dans chaque pays.
- **Taux de prévalence contraceptive (CPR)**—Cet indicateur reflète le résultat le plus évident de la sécurité contraceptive—le nombre de femme qui utilisent actuellement une méthode contraceptive. Un usage élevé de la contraception indique un meilleur accès et une meilleure disponibilité des produits contraceptifs dans la population. Si l'usage de la contraception est en croissance, cela encourage à la fois

⁷ Les EDS sont généralement conduits avec la gestion d'un projet financé par USAID/Washington. Dans quelques pays, l'ESR, semblables à une EDS mais gérés par les Centres pour le Contrôle et l'Empêchement des Maladies, ont été employés où une EDS n'était pas disponible.

le secteur public et le secteur privé à l'étendre d'avantage, par la pression politique ou la loi du marché. Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes mariées en âge de procréer utilisant actuellement une méthode moderne de planification familiale. Ces données proviennent de la *2006 World Population Data Sheet* de Population Reference Bureau.

RÉFÉRENCES

- Hare, L., Hart, C., Scribner, S., Shepherd, C., Pandit, T. (ed.), et Bornbusch, A. (ed.). 2004. *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, Md. : Information and Knowledge for Optimal Health (INFO) Project/Center for Communications Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- International Bank for Reconstruction and Development (IBRD)/World Bank. 2006. *World Development Indicators 2006*. <http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/index2.htm>
- John Snow, Inc./DELIVER. 2004. *Logistics System Assessment Tool (LSAT)*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- John Snow, Inc./DELIVER and Futures Group/POLICY Project. 2004. *Contraceptive Security Index 2003: Technical Manual*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- John Snow, Inc./Family Planning Logistics Management (JSI/FPLM) and the EVALUATION Project. April 1999. *Composite Indicators for Contraceptive Logistics Management*. Arlington, Va.: JSI/FPLM, for the U.S. Agency for International Development.
- Kaufmann, Daniel, Aart Kraay, and Massimo Mastruzzi. May 2005. *Governance Matters IV: Governance Indicators for 1996–2004*. Washington, D.C.: World Bank. <http://www.worldbank.org/wbi/governance/govdata/>
- Population Reference Bureau. March 2005. *2005 Women of Our World*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. www.prb.org.
- Population Reference Bureau. August 2006. *2006 World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. www.prb.org.
- Population Reference Bureau. February 2006. *The World's Youth 2006 Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. www.prb.org.
- Ross, John, John Stover, and Demi Adelaja. March 2006. *Family Planning Programs in 2004: Efforts, Justifications, Influences, and Special Populations of Interest*. Working Paper. Chapel Hill: MEASURE/Evaluation Project of the Carolina Population Center.
- UNAIDS. 2005. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2005*. Geneva: UNAIDS.

AUTRES RESSOURCES

- Ashford, L. 2002. *Securing Future Supplies for Family Planning and HIV/AIDS Prevention*. Washington, D.C.: MEASURE Communication/Population Reference Bureau. (http://www.prb.org/pdf/SecFutureSupplies_Eng.pdf).
- Druce, Nel. March 2006. *Reproductive Health Commodity Security (RHCS) Country Case Studies Synthesis: Cambodia, Nigeria, Uganda and Zambia*. London: DFID Health Resource Centre.
- Family Planning Logistics Management (FPLM)/John Snow, Inc. (JSI). 2000. *Programs That Deliver: Logistics' Contributions to Better Health in Developing Countries*. Arlington, Va.: FPLM/JSI. (http://deliver.jsi.com/2002/Pubs/Pubs_Policy/Programs_That_Deliver/index.cfm).
- Finkle, C. 2003. *Ensuring Contraceptive Supply Security*. Outlook vol. 2, no. 3. Seattle: Program for the Appropriate Technology in Health (PATH). (http://www.path.org/files/eol20_3.pdf).
- Finkle, Clea T., Jane Hutchings, and Janet Vail. 2001. *Contraceptive Security: Toward a Framework for a Global Assessment*. Seattle: Program for Appropriate Technology in Health (PATH).
- Hare, L., Hart, C., Scribner, S., Shepherd, C., Pandit, T. (ed.), and Bornbusch, A. (ed.). 2004. *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, Md.: Information and Knowledge for Optimal Health (INFO) Project/Center for Communications Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- Quijada, Caroline, Tania Dmytraczenko, and Beaura Mensah. July 2004. *Ensuring Contraceptive Security within New Development Assistance Mechanisms*. Bethesda, Md.: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates, Inc.
- Rao, Raja, Peter Mellon, and David Sarley. 2006. *Procurement Strategies for Health Commodities: An Examination of Options and Mechanisms within the Commodity Security Context*. Arlington, Va.: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- Sarley, David, Raja Rao, Carolyn Hart, Leslie Patykewich, Paul Dowling, Wendy Abramson, Chris Wright, Nadia Olson, and Marie Tien. 2006. *Contraceptive Security: Practical Experience in Improving Global, Regional, National, and Local Product Availability*. Arlington, Va.: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- Sine, J., and S. Sharma, 2002. *Policy Aspects of Achieving Contraceptive Security*. Policy Issues in Planning and Finance No 1. Washington, DC: Policy Project/Futures Group International. (http://www.policyproject.com/pubs/policyissues/PI_Eng.pdf).
- Taylor, Patricia A., Nora Quesada, Wendy Abramson, Varuni Dayaratna, and Leslie Patykewich. 2004. *Regional Report: Contraceptive Security in Latin America and the Caribbean. Results and Recommendations*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER and Washington, D.C.: Futures Group/POLICY II, for the U.S. Agency for International Development.
- United Nations Population Fund (UNFPA). 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply*. New York: UNFPA. (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/39_filename_securingsupply_eng.pdf).

U.S. Agency for International Development (USAID). 2004. *Contraceptive Security: Ready Lessons*. Baltimore, Md.: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, for the U.S. Agency for International Development. (<http://www.dec.org>, search under “contraceptive security”).

Pour obtenir des informations complémentaires à propos de la sécurité contraceptive, veuillez consulter les sites Internet suivants:

USAID | PROJET DELIVER : (www.deliver.jsi.com)

USAID | Health Policy Initiative (HPI) : (www.healthpolicyinitiative.com)

Initiative Maximizing Access and Quality (MAQ) : (www.maqweb.org)

Projet Partners for Health Reformplus : (www.phrplus.org)

Projet POLICY : (www.policyproject.com)

Population Action International : (www.populationaction.org)

Projet PSP-One (anciennement Projet Commercial Market Strategies) : (www.psp-one.com)

The Supply Initiative: (www.rhsupplies.org)

UNFPA : (www.unfpa.org)

USAID : (www.usaid.gov)

L'Équipe de sécurité contraceptive de l'USAID contribue par ses travaux à faire progresser et à soutenir la planification et la mise en œuvre de la sécurité contraceptive dans les pays. Elle fournit une assistance technique aux missions de l'USAID, à leurs partenaires dans les pays, aux donateurs, et partenaires internationaux. L'Équipe peut être contactée par l'intermédiaire de Mark Rilling ou Alan Bornbusch, Commodities Security and Logistics Division, Office of Population and Reproductive Health, Bureau for Global Health, mrilling@usaid.gov ou abornbusch@usaid.gov.

La Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC) est un partenariat de 21 membres comprenant des donateurs, des organismes multilatéraux, des fondations privés, des organismes non-gouvernementaux, des gouvernements de pays à revenu bas ou moyen, et autres dédiés à l'amélioration de la santé et de la qualité de la vie au niveau mondial en assurant l'accès aux fournitures de santé reproductive (SR) de bonne qualité. Le partenariat travaille pour synthétiser et partager les informations, la connaissance, et l'expérience ; améliorer la coordination et l'harmonisation de programmes ; et développer de nouveaux outils et de nouvelles approches pour aborder les challenges du financement peu fiable et inadéquat pour les fournitures de SR, les inefficacités dans les systèmes d'approvisionnement ; et les iniquités à l'accès aux fournitures de santé reproductive. Des informations complémentaires peuvent être trouvées au site Internet (www.rhsupplies.org.)

Pour plus de renseignements, consulter le site web: deliver.jsi.com.

USAID | PROJET DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Téléphone : 703-528-7474

Fax : 703-528-7480

Email : askdeliver@jsi.com

Internet : deliver.jsi.com