



Quel est l'impact des réformes de la santé et des nouveaux instruments d'aide au développement sur la SPSR ?

8

Quelles sont les perspectives de financement des produits de SR par les ménages, les gouvernements, les donateurs et les tiers ?

santé publique. Les dirigeants politiques et gouvernementaux doivent prouver cet engagement en augmentant leur budget, en améliorant leurs politiques, et en assumant une responsabilité dans la coordination et les stratégies de SPSR qui sont mises en place. La SPSR dépend aussi de l'intervention de personnes influentes actives à tous les niveaux des secteurs public et privé, jouant le rôle de « champions » de la SPSR. Ces personnes déterminées usant d'une bonne réputation plaident en faveur d'une sécurité des produits et leur travail consiste à obtenir un engagement politique au plus haut niveau du gouvernement et un financement adéquat pour que les produits de SR soient fournis en nombre suffisant. Le guide diagnostique du SPARHCS pose par exemple les questions suivantes :

Quelle est la nature de l'engagement du gouvernement envers la SPSR ? Qui va en assurer la direction ? Dans les secteurs public et privé, où peut-on trouver ou créer des « champions » pour la SPSR ? Les organisations de la société civile, et particulièrement les groupes de plaidoyer pour les femmes et les médias sont-ils mobilisés ? Ont-ils la capacité de plaider efficacement en faveur d'un engagement pour la SPSR ?

En outre, pour les produits de SR, existe-t-il un engagement provoqué par les changements dans l'aide au développement et les réformes du secteur de la santé ? Prête-t-on vraiment attention aux produits de SR dans les stratégies et dans les mécanismes d'aide nationaux pour la santé et le développement, tels que les Documents sur les Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et les Approches Sectorielles (AS) ? Dans quelle mesure les réformes du secteur de la santé (décentralisation, privatisation et intégration) représentent-elles des menaces ou des opportunités pour la sécurité des produits de santé de la reproduction ? Les produits de SR sont-ils en train de devenir les laissés-pour-compte de santé dans ces changements ?

C. Capital

Les fonds consacrés aux produits de santé de la reproduction sont, dans bien des cas, inadéquats, précaires, ou les deux. Le cadre et le guide diagnostique du SPARHCS étudient les fonds provenant de sources diverses. Les ménages ont la possibilité d'acheter des produits subventionnés, de participer au marché ou de payer certains frais, tels que les frais d'utilisateurs, les primes d'assurance ou le ticket modérateur. Les gouvernements peuvent subventionner les produits et les services grâce à des revenus intérieurs ou grâce à l'argent provenant de subventions octroyées par des donateurs, ou grâce à des prêts. Pour aider un programme de planning familial, les donateurs peuvent octroyer des fonds directement ou faire don de produits. Le SPARHCS analyse l'importance du « capital » en soulevant par exemple les questions suivantes : Quels sont les systèmes existant actuellement qui permettent de financer les produits de santé de la reproduction grâce à des fonds venant de ces diverses sources ? Peut-on espérer que, pour chaque source, une augmentation de ces fonds (ou une diminution du besoin d'en bénéficier) se fera ? Comment les fonds publics sont-ils utilisés et existe-t-il des mécanismes de recouvrement des coûts des produits et des services ? Pour les produits, quelles sont les sources de financements les plus fiables dans les cinq à dix années à venir ? Et, quel rôle les tiers (les employeurs et les compagnies d'assurances des secteurs public et privé par exemple) et autres sources de financement (financement communautaire par exemple) doivent ou devraient jouer dans le financement des produits ?



D. Capacité

La capacité à réaliser un certain nombre de tâches a des conséquences directes sur la capacité des clients à choisir, obtenir et utiliser les produits de santé de la reproduction. Les **prestataires de services** peuvent limiter ou promouvoir la SPSR. Le SPARHCS pose donc par exemple les questions suivantes : les compétences des prestataires et les installations où sont dispensés les services sont-elles adéquates pour satisfaire les besoins des clients ? Les prestataires sont-ils bien formés dans le domaine médical et pour donner professionnellement des conseils dans le choix d'une méthode contraceptive ? Les prestataires sont-ils formés pour identifier et remédier aux barrières liées au genre qui ont des conséquences sur l'utilisation des contraceptifs et la prise de décision ? Disposent-ils d'un équipement et de produits adéquats pour proposer des services de bonne qualité en matière de planning familial et de santé de la reproduction ? Les prestataires sont-ils bien formés pour donner informations et conseils en tenant compte des obstacles (normes liées au genre par exemple) à l'accès et à l'utilisation des contraceptifs et d'autres produits ? Comment les compétences d'un fournisseur peuvent-elles l'aider à surmonter les obstacles à l'accès et à l'utilisation des contraceptifs et d'autres produits ? Les prestataires expriment-ils une préférence pour telle ou telle méthode ?

Les prestataires de services ne peuvent pas faire leur travail si les **filières d'approvisionnements** des secteurs publics et privés ne fonctionnent pas correctement. Ces filières doivent tenir compte des six « bons » critères : le bon produit, au bon endroit, au bon moment, en bonne quantité, en bon état et au bon prix. Pour être critique, disons que le bon prix peut être différent selon les clients. Les produits dont le besoin est pressant doivent être disponibles lorsque le client vient les chercher ; avoir des produits dans les dépôts centraux ou régionaux n'est pas très utile s'il y a rupture de stock à l'endroit où le service est fourni au moment de la visite du client. Dans quelle mesure la logistique est-elle effective, fiable et efficace en ce qui a trait à la mise à disposition d'un produit aux clients qui ont accès à différents programmes de prestations de services ?



Pour faire en sorte que les prestataires de services et la logistique disposent des bonnes quantités de produits, il faut que soient faites des **prévisions** et qu'un **approvisionnement** soit assuré en coordination et au bon moment, utilisant des sources de financement variées. Les programmes sont-ils capables de prévoir les besoins en produits à court, moyen et long termes ? Les prévisions

sont-elles continuellement actualisées sur la base de données récentes ? Il arrive de plus en plus souvent que les programmes gouvernementaux et des ONG soient eux-mêmes chargés d'assurer l'approvisionnement des produits. Sont-ils capables d'assurer un approvisionnement efficace et transparent débouchant sur une acquisition au bon moment de produits de la meilleure qualité possible et au prix le plus bas ? Sont-ils capables de bien respecter les procédures à suivre pour répondre aux appels d'offre ouverts internationaux ? Les programmes sont-ils capables de sélectionner les produits appropriés, de préparer de bonnes caractéristiques des produits, de mener des négociations



Quel est le degré des capacités du personnel et des systèmes en matière de SPSR pour assurer la fourniture de produits et de services, gérer la logistique, établir des projections et assurer l'approvisionnement, le suivi et l'évaluation ?



pour passer des accords de financement, de signer des contrats de vente et d'assurer la qualité du processus de la fabrication à la réception ?

Pour la SPSR, les domaines cités ci-dessus ne sont pas les seules compétences nécessaires. Dans le cadre de la composante « engagement » du cadre du SPARHCS, l'on procède à une analyse des capacités en matière de plaider en faveur de la SPSR. Ceci comprend la collecte, l'analyse et l'utilisation des données cruciales pour la planification, le contrôle et l'évaluation des progrès accomplis vers la SPSR. Les gouvernements doivent être à même d'identifier les domaines dans lesquels les besoins ne sont pas satisfaits, de déterminer où ils doivent intervenir, et de savoir comment déployer leurs ressources efficacement. Il faut aussi avoir des capacités en matière de « données permettant la

prise de décision » à la fois pour la conception et la gestion des programmes et pour l'analyse des politiques. Le SPARHCS cherche à déterminer si les programmes collectent les données et les informations nécessaires pour prendre des décisions en matière de SPSR, s'il existe une culture de la gestion de la prise de décision factuelle, et comment les informations sont utilisées pour l'analyse au niveau des politiques et de la prise de décision.

E. Coordination

La sécurité des produits de santé de la reproduction repose sur la collaboration et la planification commune des actions. La coordination est nécessaire à de nombreux niveaux et entre différents partenaires au programme (entre donateurs au niveau international, entre donateurs au niveau national, entre les donateurs et le gouvernement, au sein du gouvernement, entre programmes, entre



agences techniques et entre secteurs). Une bonne coordination permet d'éviter la répétition inutile d'activités et facilite les échanges d'informations entre les programmes et en leur sein. Le SPARHCS pose par exemple les questions suivantes : le gouvernement joue-t-il un rôle pivot dans la coordination ? Existe-t-il des mécanismes qui garantiront que la coordination existe ? Quels sont les résultats particuliers attendus de cette coordination (par exemple : un financement coordonné des besoins des différents programmes, une division plus rationnelle et plus viable du marché des contraceptifs) ? Le SPARHCS pose aussi des questions sur le développement et la mise en œuvre d'une stratégie coordonnée en matière de SPSR.

Quel genre de collaboration existe-t-il en matière de SPSR entre les agences gouvernementales, les donateurs et le secteur privé ?

F. Contexte

Les préoccupations contextuelles qui ont des conséquences sur les perspectives d'avenir de la SPSR peuvent être abordées sous deux perspectives. Sous le premier angle, les questions suivantes peuvent être posées : quelles réglementations et politiques nationales pèsent sur la capacité des programmes des secteurs public et privé à protéger et à livrer les produits de santé de la reproduction ? Existe-t-il, par exemple, dans les politiques, des barrières inutiles en ce qui concerne les personnes ou entités qui peuvent fournir les produits et les services de santé de la reproduction ? Existe-t-il des barrières inutiles en ce qui concerne les personnes qui ont le droit de profiter de ces services, certaines de ces barrières pouvant être le fruit de normes culturelles et de stéréotypes liés au genre (par exemple l'âge, la parité, la situation maritale) ? Quelles sont les politiques qui affectent particulièrement la capacité du secteur privé à fournir les produits de santé de la reproduction ? Quelles sont les politiques et les recommandations en matière de prestations de services qui assurent que les prestataires ont la capacité de fournir les produits de santé de la reproduction ?

Le deuxième angle révèle qu'il y a des facteurs plus larges : quel est l'effet du niveau de développement socio-économique d'un pays sur les ressources consacrées aux produits de santé de la reproduction ? Quel est le pourcentage de la population rurale par rapport à celui de la population urbaine (facteur ayant des conséquences sur les marchés privés) ? Quels sont les niveaux de scolarisation des femmes (l'un des meilleurs indicateurs prévisionnels de l'utilisation de contraceptifs) ? Quel est le fardeau de la prévalence du VIH (un fardeau plus élevé peut impliquer une concurrence accrue pour les ressources financières et contribuer à aggraver le niveau de la pauvreté et la situation sanitaire) ? Et, quelles sont les autres priorités avec lesquelles le planning familial et la santé de la reproduction doivent rentrer en concurrence pour l'obtention de fonds ?



Quel est le contexte dans lequel s'inscrit la SPSR en termes de politiques et réglementations nationales, de facteurs sociaux et économiques et d'autres priorités du secteur de la santé ?

Notes

3



Le guide diagnostique du SPARHCS

Le guide diagnostique du SPARHCS aide les partenaires au programme à faire un diagnostic commun de la situation de la sécurité des produits de santé de la reproduction dans un pays donné. Le guide présente un ensemble de questions et de diagrammes qui aident les partenaires au programme à évaluer leur situation actuelle, à définir leurs attentes, à prendre en compte les évolutions qui ont eu lieu et à faire des projections. À travers ces démarches, ils peuvent identifier et évaluer l'étendue des problèmes et les opportunités qui se présentent pour la sécurité des produits de santé de la reproduction.

La sécurité des produits de santé de la reproduction est un thème complexe. Le guide a donc été plus conçu comme un instrument facilitant le diagnostic que comme une liste de vérification ou un questionnaire. Des questions peuvent être réécrites ou éliminées selon les besoins de l'utilisateur ; de nouvelles questions peuvent être ajoutées. Le guide analyse chacun des éléments de la sécurité des produits de santé de la reproduction, tels qu'ils sont énumérés par le cadre : utilisation par le client et demande, engagement, capital, capacité, coordination, contexte. Une septième section (produits) est rajoutée pour mettre dans un pays donné l'accent sur l'origine des fonds alloués aux produits de SR.⁶

Il serait facile de répondre à certaines questions par « oui » ou par « non ». Ce n'est pourtant pas le but de ce guide. Les questions ont plutôt pour objectif d'inciter les partenaires au programme à approfondir le sujet et à établir un dialogue autour de chaque élément, en se demandant :

- Quels sont les points forts du système dans le domaine de la disponibilité des produits de SR ?
- Existe-t-il un moyen d'exploiter davantage chaque point fort pour améliorer la SPSR ?
- Dans quelle mesure ces stratégies peuvent-elles multiplier ces points forts ?
- Quels sont les problèmes clés ?
- S'ils étaient résolus, quelles seraient les conséquences sur la SPSR ?
- Dans quelle mesure peut-on régler chaque problème, et de quoi aura t-on besoin pour cela ?

⁶ Les questions dans le guide sont présentées par élément. En utilisant le cédérom et le site web, les utilisateurs peuvent facilement réorganiser le guide de façon à refléter la manière dont ils adaptent le cadre de la sécurité des produits de santé de la reproduction. Par exemple, à Madagascar, le cadre utilise comme éléments la démographie, les politiques, la demande, la prestation de service et le financement. Au Nigéria, ces éléments sont le financement, les politiques, la logistique, la prestation de service, la demande et la coordination. Et, en ce qui concerne le niveau des districts en Indonésie, ce sont la prestation de service, les politiques, le financement, la logistique et les produits.

Le guide diagnostique du SPARHCS permet de réaliser une évaluation commune de la situation d'un pays en matière de SPSR.

Identifier les forces et les faiblesses d'un système et leur impact sur la SPSR permet de construire un consensus autour des priorités de la stratégie pour la SPSR.

L'identification des points forts permet de trouver les opportunités sur lesquelles des stratégies peuvent être bâties. Quant aux faiblesses, elles permettent de décider des domaines où aide ou amélioration sont nécessaires. Relever les opportunités et les faiblesses ne représente qu'une partie d'un diagnostic SPARHCS. Évaluer les retentissements sur la SPSR de chaque point faible permettra de bâtir un consensus sur les priorités stratégiques. En déterminant comment il est possible de remédier à chaque faiblesse, il devient plus facile pour une stratégie de gagner le soutien des partenaires et d'en obtenir un financement. Certaines défaillances seront plus faciles que d'autres à compenser, tout comme il sera plus facile de capitaliser sur certains points forts que sur d'autres.

Le temps alloué pour rassembler et analyser les informations varie. En général, les projections pour les exigences en produit et en financement sont faites sur trois ans. Les prévisions pour des périodes plus longues seront moins fiables, mais un calendrier plus long (par exemple sur dix ans) peut présenter des avantages si l'on veut prendre conscience des changements du système nécessaires à la sécurité des produits de santé de la reproduction. Il est aussi important d'identifier les évolutions qui ont eu lieu car elles peuvent servir de base aux projections.

La durée et le niveau d'effort demandé par un diagnostic SPARHCS changera selon son but et son ampleur.⁷ Il peut être utilisé pour :

- réaliser une évaluation préliminaire,
- servir de guide dans un processus plus long d'enquête et de planification stratégique,
- attirer et intensifier l'intérêt porté aux efforts d'amélioration de la SPSR,
- bâtir un consensus autour des nouvelles priorités, ou
- contrôler, évaluer et modifier les activités en cours.

Des consultants étrangers et nationaux peuvent participer au diagnostic SPARHCS pour fournir une assistance technique, collecter et analyser des données et faciliter les discussions entre partenaires au programme. Une grande partie de la collecte et de l'analyse des données peut être faite en étudiant dans un bureau les rapports d'expertise, les tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC), les autres rapports ou publications et en faisant des analyses spéciales pour l'évaluation. Le reste du travail peut continuer en mêlant entretiens avec les acteurs-clés⁸, groupe de discussions dirigées, visites sur le terrain des sites de la filière d'approvisionnement et des lieux où les services sont dispensés, réunions d'information avec les partenaires au programme et ateliers présentant les résultats des recherches et engageant la discussion. Ces réunions et ces ateliers sont particulièrement importants pour que les partenaires s'approprient le processus et s'y impliquent. Ils devraient réunir tous les partenaires du programme et les ONG, y compris les groupes de plaidoyer pour les femmes.

Le guide diagnostique du SPARHCS est présenté dans les pages suivantes. Bien que de nombreuses questions soient rédigées spécifiquement pour les contraceptifs et les préservatifs (parce que c'est pour ces produits que le SPARHCS a été le plus souvent utilisé, du moins jusqu'à présent), elles peuvent être adaptées aux autres produits de santé de la reproduction. Il se peut que les réponses à certaines questions ne soient pas connues. Dans ce cas, ces questions permettront d'identifier les domaines dans lesquels une nouvelle collecte de données est nécessaire et le travail analytique à faire pour faciliter la planification de la stratégie. Ces domaines peuvent par exemple toucher l'évaluation de la logistique, l'analyse de la segmentation du marché, une étude sur la volonté ou la capacité à payer ou des analyses secondaires du budget national de santé de la reproduction.

Le SPARHCS identifie les études supplémentaires nécessaires pour apporter un soutien à la planification stratégique.

⁷ Généralement, il faut compter deux à trois semaines dans le pays pour réaliser un diagnostic SPARHCS, permettant de collecter les données, de faire une analyse et mener les discussions avec les partenaires au programme.

⁸ On peut compter au nombre des acteurs clés les représentants des donateurs, les responsables politiques, les responsables des programmes, les prestataires de services, les responsables de la logistique, les personnes plaçant en faveur du planning familial et de la santé de la reproduction et les clients (femmes, hommes, mariés ou pas, appartenant à des groupes d'âge divers).

A. Demande et utilisation par le client

Cette section permet de cerner les caractéristiques des clients (actuels et potentiels) qui veulent des produits de santé de la reproduction. Elle examine la répartition de l'utilisation et des besoins non satisfaits par âge, lieu de résidence, niveau d'instruction, niveau de vie, etc. Elle pose aussi des questions sur le degré d'efficacité des services fournis par les prestataires aux clients, sur l'accès, sur le manque de continuité et l'impact des activités ayant pour but de faire croître la demande pour les produits. Ces informations permettront d'élaborer plus facilement des stratégies visant, par exemple, à développer l'éventail de méthodes utilisées, à répondre aux besoins non satisfaits et à mieux cibler les ressources financières afin d'en obtenir davantage.



Les tableaux et les questions mettent l'accent sur les contraceptifs, mais ils peuvent être modifiés pour les autres produits de santé de la reproduction. Ils ont été conçus pour donner aux utilisateurs une vue d'ensemble de l'utilisation et des besoins non satisfaits. Les données sur les évolutions passées et actuelles peuvent être tirées des enquêtes nationales comme les Enquêtes démographiques et de santé (EDS) ou les Enquêtes sur la santé de la reproduction, peut-être d'une analyse secondaire. Pour la planification des besoins en produits, les estimations permettent de disposer d'informations très importantes. Elles peuvent être plus difficiles à obtenir et leur évaluation exige un travail d'analyse supplémentaire.

Les utilisateurs peuvent modifier les tableaux (en effaçant des cases ou en rajoutant) en utilisant le cédérom ou la version de ce guide qui se trouve sur l'Internet.

A.1. Utilisation de la contraception

| PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE ⁹ | IL Y A 10 ANS | IL Y A 5 ANS | ACTUELLEMENT | DANS 5 ANS | DANS 10 ANS |
|---------------------------------------|---------------|--------------|--------------|------------|-------------|
| TOUTES MÉTHODES | | | | | |
| PAR MÉTHODE | | | | | |
| Méthodes classiques | | | | | |
| Méthodes modernes | | | | | |
| Pilule | | | | | |
| Stérilet | | | | | |
| Injectables | | | | | |
| Implants | | | | | |
| Préservatif masculin | | | | | |
| Préservatif féminin | | | | | |
| Méthode vaginale | | | | | |
| Contraception d'urgence | | | | | |
| Stérilisation féminine | | | | | |
| Stérilisation masculine | | | | | |
| PAR ÂGE | | | | | |
| <15 | | | | | |
| 15-19 | | | | | |
| 20-49 | | | | | |

⁹ Pourcentage de femmes mariées, ou de femmes en âge de procréer, utilisant une méthode de contraception. Lorsque des données sont disponibles, les utilisateurs du guide peuvent analyser l'utilisation de contraceptifs par sexe et situation maritale, en ajoutant des lignes au tableau et en utilisant le cédérom ou la version Internet. L'accès aux préservatifs et leur utilisation par les hommes constituent des informations particulièrement intéressantes pour les programmes de prévention du VIH.

| PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE | IL Y A 10 ANS | IL Y A 5 ANS | ACTUELLEMENT | DANS 5 ANS | DANS 10 ANS |
|--|----------------------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| PAR PARITÉ | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PAR LIEU DE RÉSIDENCE | | | | | |
| Urbain | | | | | |
| Rural | | | | | |
| PAR ZONE GÉOGRAPHIQUE (ex. : province, état) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PAR NIVEAU D'INSTRUCTION | | | | | |
| Aucune instruction | | | | | |
| Primaire | | | | | |
| Secondaire | | | | | |
| PAR QUINTILE DE RICHESSE | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| POURCENTAGE DES UTILISATEURS DE MÉTHODES MODERNES, PAR SOURCE : | IL Y A 10 ANS | IL Y A 5 ANS | ACTUELLEMENT | DANS 5 ANS | DANS 10 ANS |
| Secteur public | | | | | |
| ONG prestataire de services | | | | | |
| Programme de marketing social | | | | | |
| Secteur commercial | | | | | |

A.1.1. Est-ce que l'utilisation de la méthode est orientée vers des méthodes à court terme et nécessitant un renouvellement ? Ou des méthodes à long terme et permanentes ? Quelles sont les implications de la combinaison des méthodes pour la SPSR ? Par exemple : les méthodes à court terme nécessitent des systèmes plus fiables et plus réguliers de prévision, de financement, d'approvisionnement et de distribution pour fournir aux programmes les produits dont ils ont besoin.

A.1.2. Quel est le profil des utilisateurs dans chaque secteur (secteur public, ONG, marketing social, secteur commercial) selon leur âge, leurs revenus ou niveau de vie, leur lieu de résidence et leur niveau d'instruction ?

A.1.3. Dans quelle mesure les prestataires de services couvrent-ils collectivement et efficacement l'ensemble du marché en tenant compte du niveau de revenu des clients, de leur lieu de résidence, des méthodes qu'ils veulent utiliser et de l'endroit où ils préfèrent les obtenir ? Chaque type de prestataire a-t-il comme clientèle à desservir et comme produits de SR à fournir ceux qui correspondent le mieux à son avantage comparatif et à ses objectifs ?

- Le secteur public concentre-t-il ses ressources à servir les pauvres ou les consacre-t-il aux endroits où le secteur privé n'est pas présent ?
- La grande disponibilité de produits gratuits ou subventionnés gêne-t-elle l'expansion des marchés commerciaux ?
- Les clients qui sont capables de payer les produits de santé de la reproduction et qui acceptent de le faire ont-ils accès à des services de qualité et abordables ?

A.1.4. Existe-t-il des différences de couverture par les programmes du secteur privé et du secteur public qui peuvent limiter le choix des clients ? Par exemple, les clients des zones rurales n'ont-ils accès qu'aux sources fournies par le secteur public ?

A.2. Le besoin non satisfait de contraception

| BESOIN NON SATISFAIT DE PLANNING FAMILIAL ¹⁰ | IL Y A 10 ANS | IL Y A 5 ANS | ACTUELLEMENT |
|---|---------------|--------------|--------------|
| D'espacement | | | |
| De limitation | | | |
| Total | | | |
| TOTAL DU BESOIN NON SATISFAIT¹¹ | | | |
| PAR ÂGE | | | |
| <15 | | | |
| 15-19 | | | |
| 20-49 | | | |
| PAR PARITÉ | | | |
| | | | |
| | | | |
| PAR LIEU DE RÉSIDENCE | | | |
| Urbain | | | |
| Rural | | | |
| PAR ZONE GÉOGRAPHIQUE (ex. : province, état) | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| PAR NIVEAU D'INSTRUCTION | | | |
| Aucune instruction | | | |
| Primaire | | | |
| Secondaire | | | |
| PAR QUINTILE DE RICHESSE | | | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

A.2.1. Quel est le pourcentage de personnes qui n'utilisent pas actuellement de méthode de contraception et qui ont l'intention d'en utiliser une dans le futur ?

A.2.2. Quel est le pourcentage actuel de satisfaction par rapport à la demande totale de contraception (utilisation actuelle plus besoin non satisfait) ?¹²

A.2.3. Quelles sont les principales raisons pour lesquelles il existe un besoin non satisfait (par exemple : peur des effets secondaires, objections présumées de l'époux ou de l'épouse, raisons religieuses, manque d'accès, etc.) ? Les caractéristiques ethniques et liées au sexe créent-elles des barrières empêchant les femmes et les hommes d'utiliser des contraceptifs et d'autres produits de SR ? Si cela est le cas, comment ?

¹⁰ Il existe plusieurs définitions du besoin non satisfait en matière de planning familial. Dans les enquêtes démographiques et de santé, l'expression « besoin non satisfait » fait référence aux femmes en âge de procréer qui, soit désirent attendre un an ou deux avant d'avoir un autre enfant (espacement), soit ne veulent plus d'enfants (limitation) mais n'utilisent aucune méthode contraceptive. Les définitions plus larges peuvent englober, par exemple, les femmes qui utilisent une méthode de contraception mais qui ont besoin d'une méthode plus efficace ou qui préféreraient une autre méthode.

¹¹ Ce tableau examine la répartition du besoin non satisfait total. La répartition entre le besoin non satisfait en espacement des naissances et celui de limitation des naissances peut aussi être intéressante. Le besoin en espacement par rapport au besoin de limitation peut varier de façon importante selon certaines caractéristiques des clients, par exemple, l'âge et la parité, ce qui a des implications sur la disponibilité des méthodes.

¹² Le pourcentage de la demande totale de contraception qui est satisfait peut être analysé plus en détail en séparant la demande d'espacement de la demande de limitation ainsi que les caractéristiques des clients. Des exemples figurent dans les rapports sur les enquêtes démographiques et de santé.

A.2.4. Quelles sont les activités-clés (actuelles ou planifiées) qui permettent de répondre au besoin non satisfait ? Quels en ont été les résultats jusqu'à maintenant ? Quels en sont les effets attendus sur l'utilisation des ressources publiques par rapport aux ressources privées ?

A.3. Accès aux services et leur utilisation



A.3.1. Est-ce que tous les clients qui veulent des contraceptifs et d'autres produits de santé de la reproduction y ont physiquement accès ? Si ce n'est pas le cas, quelles sont les principales insuffisances dans le secteur public, dans le secteur privé, dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales et dans les différentes régions géographiques, et où se trouvent ces carences ?

A.3.2. Les clients sont-ils souvent éconduits ou renvoyés vers d'autres établissements parce que les services ou les produits de base (qui devraient s'y trouver conformément aux normes et aux standards) ne sont pas disponibles sur le lieu de leur choix ? Ou, parce qu'ils n'ont pas le choix du sexe de leur prestataire de service ?

A.3.3. Quels sont les taux d'interruption de l'usage des contraceptifs parmi les différents groupes

(par ex : par âge, par statut socioéconomique ou par niveau d'instruction) ? Quelles sont les raisons pour lesquelles les personnes cessent d'utiliser les contraceptifs (par ex : manque de satisfaction, effets secondaires, objections de l'époux ou de l'épouse, difficulté physique à accéder à un établissement ou aux endroits où elles peuvent renouveler leurs contraceptifs, manque de produits, contraintes financières, n'a pas obtenu la méthode préférée) ?

A.3.4. Là où la demande totale de planning familial (besoin satisfait plus besoin non satisfait) reste peu élevée, est-ce que le simple fait de veiller à ce que les produits soient fournis en quantité suffisante pour satisfaire le niveau de la demande sera suffisant pour répondre aux attentes des partenaires au programme envers la SPSR ? Quelles seront les conséquences des activités visant à accroître l'utilisation du planning familial sur la relation demande-appvisionnement ? L'approvisionnement est-il suffisant pour la nouvelle demande ? Est-ce que ce rythme d'approvisionnement peut être maintenu dans l'avenir ?

B. Produits

Cette section examine la provenance des produits de SR dans un pays donné et les contributions relatives des différents canaux des secteurs privés et publics. Le tableau présente les évolutions qui ont eu lieu et pose des questions sur les attentes face à l'avenir ; il devra peut-être être reproduit pour chacun des produits analysés dans le cadre de l'évaluation (contraceptifs, médicaments contre les MST, etc.). Une telle analyse peut être précieuse pour déterminer le rôle de chaque secteur dans l'approvisionnement en produits de SR. Des questions sont aussi posées sur la façon d'éviter les ruptures de stock, d'assurer la qualité des produits et d'établir la liste des produits.



B.1. Provenance des produits de SR

| QUANTITÉS DE PRODUITS FOURNIS PAR : | IL Y A 10 ANS | IL Y A 5 ANS | ACTUELLEMENT | DANS 5 ANS | DANS 10 ANS |
|---|---------------|--------------|--------------|------------|-------------|
| Gouvernement ¹³ | | | | | |
| UNFPA | | | | | |
| USAID | | | | | |
| DFID | | | | | |
| KfW | | | | | |
| IPPF | | | | | |
| PSI ou DKT | | | | | |
| Autre | | | | | |
| Autre | | | | | |
| POURCENTAGE DE LA DISTRIBUTION OU DES VENTES FAITES PAR : | IL Y A 10 ANS | IL Y A 5 ANS | ACTUELLEMENT | DANS 5 ANS | DANS 10 ANS |
| Secteur public | | | | | |
| ONG prestataire de services | | | | | |
| Programme de marketing social | | | | | |
| Secteur commercial | | | | | |
| Autre | | | | | |

B.1.1. Quelles sont les méthodes de planning familial offertes par chaque programme (secteur public, ONG, marketing social, secteur commercial) ?

- Certains secteurs sont-ils largement orientés vers les méthodes qui impliquent un renouvellement des produits contraceptifs (ex : pilule, préservatifs, injectables), méthodes qui dépendent davantage d'un financement, d'un approvisionnement et d'une distribution fréquents et fiables pour que les programmes disposent à tout moment des produits dont ils ont besoin ?
- Combien de marques différentes subventionne-t-on pour une méthode donnée (soit le gouvernement soit les donateurs) par le biais de programmes publics, des ONG ou du marketing social ? Comment les différencie-t-on ? Sont-elles réellement toutes considérées comme étant nécessaires par certains cercles et en fonction de quels critères ?

B.1.2. Y a-t-il des produits qui devraient se trouver de façon permanente en stock ? Ou arrive-t-il que certains produits soient rationnés ?

- Certains produits ont-ils été en rupture de stock au cours des 12 derniers mois dans un des programmes ?
- Si c'est le cas, quels produits, quels programmes, à quel(s) niveau(x) de la filière d'approvisionnement, pendant combien de temps et pourquoi ?



B.1.3. Quel est le degré de fiabilité des produits dans chaque programme ? La fiabilité des produits limite-t-elle l'expansion des programmes ?

B.1.4. Ces douze derniers mois, est-il arrivé dans un programme que de grosses quantités de produits dépassent la date limite d'utilisation ? Quels produits, quels programmes ? Où dans la filière d'approvisionnement ? Et pourquoi ?

¹³ Ici, « gouvernement » peut faire référence à une autorité nationale, étatique, provinciale ou locale. Les utilisateurs peuvent utiliser le cédérom et la version du web pour modifier le tableau selon leurs besoins.



B.1.5. Pour veiller à la bonne qualité de chaque produit, dans chaque programme et tout au long de chaque filière d'approvisionnement, quelles sont les politiques, les capacités et les procédures de contrôle de la qualité en place ?

- Comment les réclamations sur la qualité des produits sont-elles traitées et une enquête est-elle menée ?

B.1.6. Quelles sont les politiques qui ont des conséquences sur l'importation des contraceptifs et des autres produits de santé de la reproduction ? Des barrières tarifaires sont-elles appliquées aux produits de santé de la reproduction importés ?

B.1.7. Quelles sont les démarches à faire pour qu'un produit reçoive un avis de conformité ou une autorisation d'exploitation ?

- Ces démarches sont-elles bien comprises, transparentes et efficaces ?
- La durée nécessaire pour l'obtention d'une autorisation d'exploitation et son coût sont-ils considérés par le secteur privé comme « normaux » ou comme un poids beaucoup trop lourd ? Peuvent-ils être simplifiés ?

B.1.8. Existe-t-il des fabricants locaux de produits de SR ? Lesquels ?

B.1.9. Quels sont les donateurs qui ont été ou sont impliqués dans l'approvisionnement en produits de SR ? Quels sont les produits fournis par chacun l'année dernière, cette année et l'année prochaine ? Des donateurs se sont-ils engagés sur le long terme ou ont-ils prévu sur le long terme de fournir des produits de SR ? Qui et pour quels produits ?

B.1.10. Dans le secteur commercial, quel est le pourcentage de revenu total provenant du planning familial et des autres produits de SR ? Quels sont les investissements qui y sont faits (marketing, innovations) ? Quels sont les plans des fabricants locaux pour développer la capacité de leur production ou leur base de distribution ? Le marché commercial a-t-il l'envie et la capacité de se développer ? Quelles sont les barrières à cette expansion ?

B.1.11. Pour les ONG et les programmes de marketing social, quel est le pourcentage de revenu total provenant du planning familial et des autres produits de SR ? Quels sont les systèmes de recouvrement des coûts (par ex : établissement des prix, frais, subventions croisées) qu'ils ont mis en place ou qu'ils comptent utiliser ? Existe-t-il des systèmes d'exonération pour les pauvres ? Quels sont leurs plans pour étendre l'utilisation du planning familial et des autres services de santé de la reproduction et les produits associés dans leurs programmes ?

B.1.12. Quel est le marché ciblé par chaque prestataire du secteur privé, actuellement et dans le futur ?

C. Engagement

De tous les éléments composant le cadre du SPARHCS, l'engagement est sans doute le critère le plus difficile à mesurer de façon isolée. Les meilleures indications sur cet engagement apparaissent plutôt quand les autres éléments sont déjà en place : quand il existe une politique de soutien et une réglementation la privilégiant, des fonds suffisants pour répondre aux besoins des clients, et les capacités nécessaires en termes de personnel et de systèmes. Il est toutefois possible de poser quelques questions sur l'engagement politique, celui du secteur privé et sur l'aptitude à plaider efficacement la cause de la SPSR. Il est important de garder à l'esprit le fait que l'engagement envers la SPSR n'est pas le même que l'engagement envers le planning familial ou la santé de la reproduction. Il s'agit plutôt pour les politiques de répondre au besoin et de veiller à ce que les *produits* soient disponibles pour les clients, les femmes comme les hommes, et de veiller à ce qu'ils restent disponibles.

Cette section cherche aussi à savoir s'il existe un réel engagement pour la SPSR dans les réformes du secteur santé, dans l'aide au développement pour la réduction de la pauvreté et dans les approches sectorielles.

C.1. Engagement dans les secteurs public et privé

C.1.1. Quel est l'engagement politique du gouvernement envers la sécurité des produits de santé de la reproduction ?

- Qui sont les principaux chefs de file/champions de la sécurité des produits de santé de la reproduction au sein du gouvernement ? À quels niveaux ?
- Comment ces dirigeants lancent-ils des initiatives et soutiennent-ils le travail requis pour assurer la sécurité des produits de santé de la reproduction ?
- Quelles sont les raisons qui expliquent la motivation de ces dirigeants dans l'aide à la SPSR ? Dans quelle mesure leur engagement à répondre aux besoins en SR des femmes et des hommes est-il réel ?
- Ces dirigeants souhaitent-ils utiliser des fonds publics pour assurer la sécurité des produits de santé de la reproduction ou s'y refusent-ils ? Y a-t-il un poste dans le budget pour les contraceptifs et/ou les autres produits de santé de la reproduction ? Les fonds que le gouvernement consacre à ces produits ainsi qu'aux services qui leur sont liés ont-ils augmenté ou baissé au fil du temps ?



C.1.2. Au sein du secteur privé, existe-t-il des chefs de file/champions de la SPSR, par exemple parmi les principaux employeurs ou les syndicats ?

C.2. Les activités de plaidoyer

C.2.1. Les organisations de la société civile sont-elles mobilisées et ont-elles la capacité de plaider efficacement en faveur de la sécurité des produits de santé de la reproduction ?

- Peuvent-elles fournir les informations nécessaires à la prise de décision ? Peuvent-elles jouer le rôle de « sentinelle » permettant d'améliorer la SPSR ?
- Tous les groupes de la société, en particulier les personnes marginalisées, sont-ils représentés par les organisations de la société civile qui plaident en faveur de la SPSR ?
- Au sein de la société civile, les problèmes liés aux produits de SR font-ils régulièrement partie des débats et des efforts plus larges de plaidoyer en faveur de la santé ?

C.2.2. Les médias couvrent-ils souvent et correctement les problèmes relatifs au planning familial et à la santé de la reproduction ? Abordent-ils le thème de la sécurité des produits de santé de la reproduction ?

C.3. La réforme du secteur santé et l'aide au développement

C.3.1. Les services et les produits de planning familial et de santé de la reproduction sont-ils intégrés dans un Document sur la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) ?

C.3.2. Les services de planning familial et de santé de la reproduction sont-ils abordés dans l'Approche Sectorielle ? Cette Approche comprend-elle un financement des contraceptifs, des préservatifs et des autres produits ?

C.3.3. Quel est l'impact de la réforme du secteur santé sur la délivrance de produits et de services de la santé de la reproduction et du planning familial, notamment en termes de décentralisation, d'intégration des systèmes sanitaires et d'engagement du secteur privé ?

- Quels sont les effets du transfert de la responsabilité de la prise de décision du niveau central au niveau local ?
- La responsabilité du financement par le secteur public a-t-elle aussi été transférée ?
- Quel genre de partenariat le secteur public est-il en train d'établir avec le secteur privé dans la délivrance des services sanitaires (ex : sous-traitance) ?
- La délivrance de produits et de services de santé de la reproduction et du planning familial est-elle explicitement traitée dans le cadre de ces réformes ? Ou est-elle négligée ?

D. Capital

Cette section analyse toutes les sources de financement actuelles et potentielles des produits de la SR : le gouvernement, les ménages, les donateurs et les tiers. Elle se penche sur les évolutions récentes ainsi que sur les attentes face à l'avenir en terme de financement. Elle demande aussi, ce qui est important, si les futurs capitaux seront suffisants pour veiller à ce que les produits soient disponibles auprès des clients qui veulent en bénéficier. Si, par exemple, l'aide des donateurs est en train de diminuer, les partenaires au programme devront rechercher d'autres sources de financement capables de se maintenir au niveau de la demande. Une stratégie peut alors être élaborée pour que les capitaux soient suffisants pour répondre à la demande des clients. Comme cela était le cas pour le tableau de la section sur les produits, le tableau suivant peut être adapté à des produits différents.

D.1. Financement assuré par le gouvernement et les donateurs

| SOURCE | MONTANT DES FONDS CONSACRÉS AUX PRODUITS | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|-------------------|------------|-------------|
| | IL Y A 5 ANS | L'ANNÉE DERNIÈRE | CETTE ANNÉE | L'ANNÉE PROCHAINE | DANS 5 ANS | DANS 10 ANS |
| BUDGET DU GOUVERNEMENT¹⁴ | | | | | | |
| Utilisant des fonds propres au gouvernement | | | | | | |
| Utilisant des prêts | | | | | | |
| Utilisant d'autres fonds provenant de donateurs (ex : subventions) | | | | | | |
| DONATEURS¹⁵ | | | | | | |
| UNFPA | | | | | | |
| USAID | | | | | | |
| DFID | | | | | | |
| KfW | | | | | | |
| Divers | | | | | | |
| Divers | | | | | | |
| AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT INTERNATIONAL | | | | | | |
| IPPF | | | | | | |
| Divers | | | | | | |
| | | | | | | |
| MONTANT TOTAL DES FINANCEMENTS | | | | | | |

¹⁴ Ici, l'expression « budget du gouvernement » fait allusion aux fonds utilisés par le gouvernement et prévus dans son budget. Le mot « gouvernement » peut faire référence à une autorité nationale, étatique, provinciale ou locale. Les utilisateurs peuvent utiliser le cédérom et la version Internet pour modifier le tableau en fonction de leurs besoins.

¹⁵ Ici, le mot « donateurs » fait référence aux donateurs finançant directement les produits, généralement par le biais de leurs propres mécanismes de marché.

D.1.1. Quel est le montant actuel des fonds publics alloués aux produits de SR ? Quelles sont les dépenses ?

- Quel pourcentage le planning familial/la santé de la reproduction représentent-ils dans le budget total de la santé de l'État ?
- Quel pourcentage le planning familial représente-t-il dans le budget de la santé de la reproduction ?
- Quel pourcentage les produits de SR représentent-ils dans le budget du planning familial ?

D.1.2. Quelles sont les sources publiques des capitaux consacrés aux contraceptifs et aux autres produits de SR et quel pourcentage des dépenses totales représentent chacune d'entre-elles ?

- Combien dépensent : Le gouvernement central ? Le gouvernement local ? La sécurité sociale ?
- Comment ces sommes sont-elles dépensées ?
- Les ressources publiques sont-elles consacrées aux plus pauvres des pauvres ?

D.1.3. Des systèmes de recouvrement des coûts sont-ils en place pour les services et les produits du secteur public ? Comment ces systèmes fonctionnent-ils et comment les fonds sont-ils utilisés ? Les pauvres peuvent-ils bénéficier d'exonérations ou d'autres systèmes de protection sociale pour les plus démunis ?

D.1.4. Les fonds publics sont-ils utilisés pour fournir des produits ou pour subventionner des services rendus par des prestataires privés (ex : ONG, programmes de marketing social) ?

D.1.5. De quelles données financières sur les produits contraceptifs disposent les principaux décideurs ? Comment les utilisent-ils ?

D.2. Financement assuré par les ménages

D.2.1. Pour les contraceptifs, les autres produits de SR et les services de santé de la reproduction et le planning familial, quelle est la dépense réelle ? Combien les utilisateurs paient-ils pour les services et les produits et que leur fait-on payer ?

- Par niveau de vie ou de revenus ?
- Par lieu de résidence, rural ou urbain ?
- Par méthode ?
- Par source (secteur public, ONG, marketing social, secteur commercial) ?
- Par zone géographique ?
- Fait-on payer des sommes différentes aux femmes et aux hommes pour ces services ?

D.2.2. Les femmes et les hommes ont-ils le même accès à l'argent du ménage ? S'il y a des inégalités, quelles en sont les conséquences sur le financement par les ménages des produits et des services du PF et de SR ?

D.2.3. Pour le planning familial/les produits de santé de la reproduction, quelle est la capacité et la volonté de payer parmi les utilisateurs actuels ainsi que parmi les clients au besoin non satisfait ? Par prestataire (secteur public, ONG, marketing social, secteur commercial) ? Par caractéristiques des clients (revenus/niveau de vie, rural-urbain, niveau d'instruction, etc.) ?



D.3. Autres mécanismes de financement

D.3.1. Quels sont les modalités de tiers/assurance santé y compris l'assurance sociale/nationale, l'assurance privée et la couverture offerte par les employeurs ?

- Quels sont les principaux contributeurs parmi les tiers ? Quels types de personnes couvrent chacun d'eux ? Qui peut prétendre à cette couverture ? Combien de personnes couvrent-ils ? Combien dépensent-ils ?
- Quelle est la couverture accordée pour le planning familial et les autres produits et services de SR ?

D.3.2. Quels sont les autres mécanismes de financement qui existent pour payer les produits ? (ex : financement communautaire)

D.4. Financement actuel et futur

D.4.1. Les fonds actuellement disponibles pour les contraceptifs et les autres produits de santé de la reproduction sont-ils suffisants ?

- À combien s'élève le déficit financier actuel ?
- Quel est le degré de dépendance des organisations de marketing social, des organisations non gouvernementales et autres envers les subventions des donateurs ?

D.4.2. Les futurs fonds seront-ils suffisants ?

- À quels changements importants s'attend-on en terme de financement (sources et type) ?
- Quelles sont les sources de financement les plus fiables et sur lesquelles on compte le plus pour les cinq prochaines années, et à combien s'élèvera la contribution de chacune d'entre-elles ?
- De quelle somme faudra-t-il disposer pour les contraceptifs, les autres produits, le fonctionnement du système et son amélioration (capacités) pour pouvoir satisfaire la demande dans l'avenir ?
- Quel est le déficit projeté ?

E. Capacité

Cette section se penche sur les capacités que doivent avoir la prestation de service, la logistique, la prévision, l'approvisionnement, la surveillance et l'évaluation pour que la SPSR soit assurée. Des capacités suffisantes dans tous ces domaines sont nécessaires, que ce soit dans le secteur public, au sein d'une ONG, dans un programme de marketing social ou dans le secteur commercial. Sauf indication contraire, les questions doivent être posées séparément pour tout programme ayant une importance nationale.

Les autres capacités capitales pour la SPSR sont traitées par ailleurs dans ce guide. Le plaidoyer est abordé dans la partie « **C. Engagement** », et la capacité à développer des politiques qui aident à créer la SPSR est abordée dans la partie « **G. Contexte** ». Quant à la coordination, elle constitue une section à part entière (**F**).



E.1. Compétences nécessaires à un prestataire de service

E.1.1. Quel pourcentage de clients, ayant quel profil, consultent quels prestataires (gynécologues/obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, infirmières, accoucheuses communautaires, pharmaciens, préparateurs en pharmacie) ?

- Pour quels produits et services ?
- Quel est le degré de médicalisation de la prescription de contraceptifs ? Quelles en sont les implications sur l'accès aux contraceptifs et sur le coût des programmes ?
- Les caractéristiques des prestataires (ex. : mélange de femmes et d'hommes) correspondent-elles aux besoins et aux préférences des clients ?

E.1.2. Quel est le niveau de compétence des prestataires par service offert ?

- La formation des prestataires comprend-elle les techniques de conseil en choix informé, la prise en compte des spécificités en terme de genre, la logistique du renouvellement des stocks et les compétences techniques appropriées (ex. : pose et enlèvement d'un stérilet ou d'un implant) ?
- Les établissements disposent-ils d'un stock de contraceptifs et d'autres produits adéquats en rapport avec le niveau de compétence du personnel sanitaire pour pouvoir dispenser des services répondant aux normes sanitaires ?
- Les prestataires ont-ils des réticences envers certains groupes particuliers de client ou envers certaines méthodes ? Si c'est le cas, quelles en sont les conséquences sur l'accès des clients aux contraceptifs et aux autres produits ?

E.1.3. Les responsables contrôlent-ils la qualité du travail des prestataires et offrent-ils une formation continue permettant d'améliorer leurs compétences en matière de conseil, notamment sur les thèmes suivants : genre, stockage, commande, tenue des registres, etc. ?

E.2. La logistique

E.2.1. Pour chaque programme, comment le système de distribution fonctionne-t-il et quelles en sont les capacités ?

- Le système logistique est-il un système proactif ou réactif ?
- Combien d'échelons existe-t-il dans la filière d'approvisionnement ? Leur nombre peut-il être diminué ?
- Un système de contrôle de l'inventaire maximum/minimum est-il en place ? Quelle est la taille du stock à chaque niveau ?
- Les conditions de stockage tout au long de la filière sont-elles assez bonnes pour gérer les stocks et empêcher des pertes attribuables aux vols ou à la détérioration ?
- Le transport est-il correctement assuré à tous les niveaux ?
- Le calendrier de la distribution est-il adéquat ?
- Existe-t-il un système qui permet la collecte opportune de données fiables sur les stocks disponibles et leur utilisation aux fins suivantes : rapports d'utilisation, renouvellement des stocks, envoi des commandes à tous les niveaux ?
- Existe-t-il des recommandations ou des systèmes permettant de gérer l'inventaire et les produits périmés ou défectueux ?

E.2.2. Dans le secteur public, les contraceptifs ont-ils leur propre système logistique ou le partagent-ils avec d'autres produits ? Si les ressources accordées par les donateurs diminuent, ce système pourra-t-il survivre ?



E.2.3. Dans le futur, quelle sera la capacité de chaque système de distribution ?

- L'infrastructure du système de distribution est-elle en train de s'améliorer ou de se détériorer ?
- La demande à laquelle le système doit répondre va-t-elle augmenter ? Le réseau peut-il croître pour répondre à cette augmentation ?
- Existe-t-il des problèmes d'infrastructure qui limitent la disponibilité des produits (ex. : routes en mauvais état, trop peu de grossistes) ?

E.3. Prévision

E.3.1. Fait-on des prévisions sur les besoins en produits deux à cinq ans à l'avance ?

E.3.2. Quelles sont les données utilisées pour projeter les besoins (ex. : consommation, pertes/ajustements, stock disponible, données sur les ventes, données démographiques, statistiques sur les services) ? Quelle est la fiabilité de ces données ?

E.3.3. Quelle est la fréquence de mise à jour de ces projections ? Quand ?

E.3.4. Qui est chargé de faire ces projections ? Quelles sont les compétences et la formation de ces personnes ? Ont-elles besoin de l'aide des donateurs pour établir leurs projections ?

E.3.5. Les données issues de ces prévisions sont-elles utilisées pour plaider en faveur de l'obtention de ressources supplémentaires afin que soient fournis en quantité suffisante les produits dont la demande est forte ?

E.4. Approvisionnement/achat

E.4.1. Qui est chargé de l'approvisionnement/achat des contraceptifs et des autres produits de santé de la reproduction ? Quelle formation ces personnes ont-elles reçue dans le domaine de l'approvisionnement/achat ? Les personnes travaillant à la logistique coordonnent-elles leurs actions avec celles des personnes travaillant à l'approvisionnement/achat ?

E.4.2. Quelles sont les données utilisées pour les plans d'approvisionnement/achat ? Dispose-t-on des produits permettant de pouvoir répondre aux besoins projetés et d'éviter les ruptures de stocks ?

E.4.3. La coordination pour l'approvisionnement/achat est-elle suffisante et efficace ? Se heurte-t-elle à des obstacles ? Les délais d'exécution des donateurs en matière d'approvisionnement/achat permettent-ils aux programmes de fonctionner avec efficacité ?

E.4.4. Est-il arrivé que les produits ne soient pas disponibles à cause des donateurs ? Pour quelles raisons ? Que faire pour éviter ces problèmes à l'avenir ?

E.4.5. Au niveau gouvernemental, quelles sont les procédures existantes pour l'approvisionnement/achat (ex. : appels d'offres, évaluation des propositions, contrôle de la performance du fournisseur) ? Quel est leur degré de transparence, d'opportunité et d'efficacité ? Sont-elles conformes aux procédures internationales à suivre pour les appels d'offres ouverts faits par les bailleurs de fonds ? Où le gouvernement s'approvisionne-t-il généralement en contraceptifs et en autres produits de santé de la reproduction ? Quels en sont les prix ? A-t-il accès à des devises convertibles ? Quels sont les délais d'exécution pour l'approvisionnement/achat par le gouvernement ? Permettent-ils aux programmes de fonctionner avec efficacité ?

E.4.6. L'approvisionnement en produits assuré par le gouvernement a-t-il été perturbé ou a-t-il été près d'être perturbé à cause de retards et autres problèmes dans l'approvisionnement ? Pour quelles raisons ? Que fait-on pour éviter ces problèmes à l'avenir ?

E.4.7. Quelles sont les procédures existantes pour garantir la qualité des produits ?

E.4.8. Serait-il possible d'économiser de l'argent et d'améliorer le rendement en réformant et en centralisant l'approvisionnement/achat des programmes ? Par exemple, une source de financement paie-t-elle plus cher qu'une autre pour le même produit ?

E.5. Suivi et évaluation

E.5.1. Les programmes collectent-ils régulièrement les données et les informations permettant de gérer correctement les prises de décision, le suivi et la planification nécessaires pour la SPSR ? Les données sont-elles correctement décomposées en fonction des caractéristiques des clients (par exemple selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence, etc.) ? Existe-t-il une culture de gestion qui facilite la prise de décision factuelle ?

E.5.2. Existe-t-il un bon système d'information en gestion (SIG) pour chaque programme ? Le gouvernement y prête-t-il attention et soutient-il son existence ? Les échelons supérieurs font-ils parvenir aux échelons inférieurs leurs commentaires et réflexions sur les performances basées sur les données SIG ?

E.5.3. Les autorités qui élaborent les politiques reçoivent-elles les informations qu'il leur faut ? Comment ? Les utilisent-elles pour faire des analyses ou pour prendre des décisions ?

E.5.4. Les données portant sur la population sont-elles collectées assez souvent, transmises et utilisées pour évaluer la performance d'un programme dans son ensemble et pour faire les modifications qui s'imposent ? Les données sont-elles correctement décomposées en fonction des caractéristiques des personnes interrogées (par âge, sexe, lieu de résidence, situation socio-économique, etc.) et utilisées pour contrôler les inégalités dans la santé de la reproduction, dans l'accès et l'utilisation des produits et des services de PF et de SR ?

F. Coordination

Cette section se penche sur la nécessité d'une coordination entre les très nombreux partenaires au programme et aux multiples niveaux de la sécurité des produits de santé de la reproduction. Elle pose des questions sur les responsables de la coordination, sur ses moyens et sur ses résultats dans le passé.

F.1. Qui coordonne, comment et pourquoi

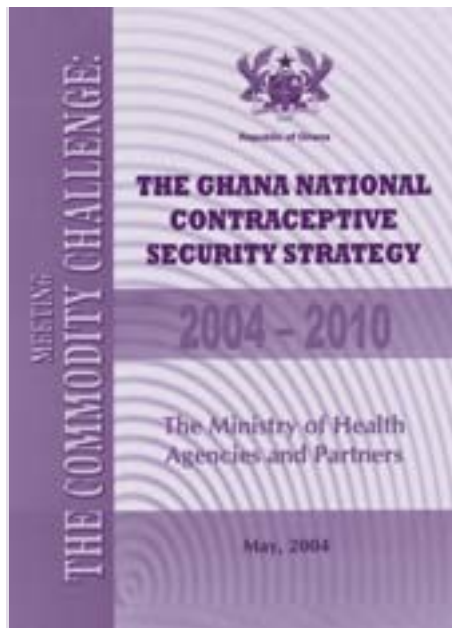
F.1.1. Quels sont les partenaires au programme qui ont besoin de coordonner leurs activités (donateurs, agences du gouvernement, prestataires publics, ONG, marketing social ou secteur commercial, agences techniques, etc.) ?

F.1.2. Quels sont les mécanismes formels et informels de coordination existants ? Cette coordination est-elle véritablement souhaitée ?

- parmi les donateurs ?
- au sein du gouvernement ?
- entre les donateurs et le gouvernement ?
- parmi les prestataires de services dans les différents secteurs ?
- entre le gouvernement et les prestataires de services ?
- entre le gouvernement et les organisations de la société civile ?
- parmi les agences techniques ?

F.1.3. Existe-t-il un comité ou un groupe de travail sur la SPSR ? Quelle est sa portée ? De qui est-il composé ? Les groupes marginalisés y sont-ils représentés ?





F.1.4. Le gouvernement, en particulier le ministère de la santé, joue-t-il un rôle important dans la coordination entre partenaires-clés au programme ? Plus précisément, dans quelle mesure les différentes entités gouvernementales se coordonnent-elles pour assurer correctement la SPSR (ex. : ministère des finances et ministère de la santé) ?

F.1.5. Quels sont les vecteurs de l'information facilitant la coordination ?

F.1.6. Actuellement, quelles sont les activités dont la coordination est assurée et qu'en attend-on (ex. : meilleure coordination des donateurs en matière d'approvisionnement/achats ou segmentation plus rationnelle et viable du marché des contraceptifs) ?¹⁶

F.1.7. Dans quelle mesure et de quelle manière les partenaires au programme sont-ils impliqués dans l'élaboration des politiques et dans le travail de plaidoyer auprès des médias, et de quels partenaires au programme s'agit-il ?

F.1.8. Les partenaires-clés au programme ont-ils travaillé de concert pour développer une stratégie commune permettant d'assurer la SPSR ?

- Cette stratégie est-elle connue du gouvernement et des partenaires-clés au programme et la soutiennent-ils ?
 - Fait-elle partie d'une stratégie plus large (ex. : le programme du secteur de la santé) ou est-elle isolée ?
 - Qui en a dirigé l'élaboration et qui y a participé ?
 - Qui est responsable de la coordination et de la surveillance de la mise en œuvre de cette stratégie ?
- Si aucune stratégie n'existe, les partenaires au programme ont-ils la capacité d'en développer une et de surveiller les progrès faits vers la SPSR et de faire les modifications qui s'imposent ?

G. Contexte

La réussite d'une stratégie visant à assurer la SPSR dépend d'un grand nombre de facteurs contextuels ayant des conséquences sur la capacité de la population à choisir, à obtenir et à utiliser les produits de santé de la reproduction. Une définition large de la situation politique, sanitaire et économique donne une bonne idée des éléments qui influent sur la SPSR, cette section se penche donc :

- sur les politiques et les réglementations qui pèsent sur la capacité des programmes publics et privés à veiller sur la disponibilité et la répartition des produits de santé de la reproduction, et
- sur les indicateurs de développement élémentaires démographiques, sanitaires et autres.



¹⁶ La segmentation du marché est traitée plus en détail dans la partie **A. Clients**. Le rôle du secteur public consistant à renforcer l'efficacité des autres secteurs dans leur rôle de fournisseur de produits de SR est traité dans la partie **G. Contexte**. La coordination en matière d'approvisionnement/achats est abordée dans la partie **E. Capacité**.

G.1. Politiques et réglementations

G.1.1. Quelles sont les politiques ou les positions officielles en matière de population ou de planning familial/santé de la reproduction ?

- Vont-elles dans le sens du renforcement de la SPSR ? Si c'est le cas, comment ?
- Se traduisent-elles par des programmes et un financement adéquats ?
- Comment ces politiques et ces programmes sont-ils mis en œuvre ? Quelles en sont ou quelles en ont été les conséquences sur l'approvisionnement ?

G.1.2. La politique en matière de VIH/SIDA est-elle liée formellement à la politique en matière de population et de planning familial ? Fait-elle explicitement mention des actions visant à assurer un approvisionnement suffisant en préservatifs et autres produits ?

G.1.3. Pour les problèmes des produits de planning familial/santé de la reproduction et VIH/SIDA, comment les décisions sont-elles prises et qui y est impliqué ? Les organisations de la société civile (les personnes militant en faveur de la santé des femmes par exemple) y sont-elles associées ?

G.1.4. Les contraceptifs et les autres produits de santé de la reproduction font-ils partie de la liste nationale des médicaments essentiels (LMS) ? Lesquels ? Figurer sur la liste permet-il d'accéder à un statut particulier : ne pas avoir à faire certaines démarches par exemple, être prioritaire dans les décisions relatives au budget ou à l'allocation des ressources ou ne plus être soumis aux restrictions en matière d'approvisionnement/achat (ex. : « achetez les produits locaux ») ?

G.1.5. Existe-t-il des restrictions qui limitent l'accès aux contraceptifs de son choix relatives à l'âge, à la parité, au consentement parental ou du conjoint, de la prescription, ou d'autres politiques ? En existe-t-il d'autres ?

G.1.6. Quelles sont les politiques qui ont des conséquences, positives ou négatives, sur la capacité du secteur privé à fournir des contraceptifs ? Les autres produits de santé de la reproduction ?

- Les prix sont-ils contrôlés ?
- Des limites sont-elles imposées à la distribution ?
- Existe-t-il des taxes et des droits à payer (accise, taxe d'importation, taxe à la valeur ajoutée) ou des exemptions qui touchent le secteur privé ?
- La publicité est-elle interdite ou restreinte ?
- Existe-t-il d'autres politiques ou réglementations effectives qui ont des conséquences positives ou négatives sur le secteur privé ?

G.1.7. Quelles sont les autres politiques ou réglementations opérationnelles qui ont des conséquences sur la délivrance des produits et des services ?

- Les conditions à la concession d'une licence sont-elles restrictives ?
- La délivrance est-elle restreinte par des règles ?
- Existe-t-il des limites imposées par groupe particulier de professionnels de la santé ?

G.1.8. Les politiques en place assurent-elles la capacité des prestataires de services à fournir des contraceptifs et d'autres produits ?

- Les normes, les standards, les protocoles et les recommandations en matière de prestations de services indiquent-ils les produits appropriés ? Comprennent-ils des procédures d'assurance de la qualité et des principes de base en matière de logistique tels que les commandes, l'enregistrement, le stockage, la manutention etc. ?



- Quelles sont, pour chaque méthode, les conditions à remplir en matière de formation (initiale et continue) et d'accréditation ? Sont-elles appliquées ?

G.1.9. Quelles sont les politiques et les réglementations sur la répartition des fonds publics pour le planning familial et la santé de la reproduction ? Quelle est la procédure suivie pour déterminer le montant du financement annuel, les niveaux et les allocations ?

G.1.10. Certaines politiques restreignent-elles ou contrôlent-elles les tarifs pour le planning familial et les autres services de santé de la reproduction (niveaux, exemptions) ? Pour les contraceptifs et les autres produits ?

- Quelles sont les recommandations et les politiques de gestion financière pour le maintien des prix, la gestion des fonds, le budget des établissements, l'approvisionnement/achat local ?

G.2. Les indicateurs démographiques, sanitaires et de développement

| INDICATEUR | IL Y A 10 ANS | IL Y A 5 ANS | ACTUELLEMENT | DANS 5 ANS | DANS 10 ANS |
|--|------------------|-----------------|--------------|---------------|----------------|
| Population totale | | | | | |
| Pourcentage population urbaine | | | | | |
| Pourcentage population rurale | | | | | |
| Taux de croissance de la population | | | | | |
| Revenu par habitant | | | | | |
| Taux d'alphabétisme adulte | | | | | |
| Nombre de femmes en âge de procréer | | | | | |
| Indice synthétique de fécondité (ISF) | | | | | |
| Prévalence de VIH | | | | | |
| Mortalité infantile | | | | | |
| Mortalité maternelle | | | | | |
| Âge moyen des femmes et des hommes au premier mariage | | | | | |
| Âge moyen à la naissance du premier enfant | | | | | |
| Autre | | | | | |
| Autre | | | | | |

Notes

Notes

4



Exemples d'applications du SPARHCS

Les exemples d'application du SPARHCS proviennent de Madagascar, de l'Indonésie, d'Amérique latine et du Nigéria. Ils donnent une bonne idée de la souplesse du SPARHCS, particulièrement dans la manière dont le guide diagnostique peut être appliqué. Dans le cas du Nigéria, l'évaluation SPARHCS peut être utilisée pour développer un plan stratégique national pour la SPSR.¹⁷

A. Réalisation d'une évaluation de la sécurité des produits de santé de la reproduction à Madagascar

Madagascar est toujours en proie à de graves problèmes sanitaires. En Afrique sub-saharienne, les taux de mortalité maternelle et juvénile sont parmi les plus élevés et la prévalence contraceptive dépasse à peine les 12 %. Le nouveau gouvernement, qui a accédé au pouvoir en 2002, a fait de l'amélioration de la santé une de ses priorités. Il s'est engagé au plus haut niveau à promouvoir le planning familial et la santé de la reproduction.

Pour aider le gouvernement à concrétiser son engagement, des experts nationaux et des consultants étrangers ont réalisé ensemble une évaluation détaillée de la situation de la sécurité des produits de santé de la reproduction dans le pays. Le ministère de la santé a d'abord organisé un atelier regroupant les partenaires nationaux au programme, c'est-à-dire les différents ministères, l'UNFPA, les donateurs et les autres partenaires du secteur public et du secteur privé. Cet atelier a relancé l'intérêt des partenaires pour la sécurité des produits de santé de la reproduction, a donné une idée générale de l'état des connaissances sur la situation à Madagascar et a permis l'élaboration de l'approche utilisée pour l'évaluation.

Au cours des quinze jours suivants, cinq groupes de travail (correspondant aux cinq composantes du cadre de la sécurité des produits de santé de la reproduction à Madagascar : démographie, politique, demande, prestation de services, financement) ont effectué un diagnostic de leurs composantes respectives en utilisant le guide du SPARHCS (réorganisé autour de ces composantes). Chaque groupe, dirigé par un expert national et un consultant étranger, a utilisé plusieurs tech-

Le SPARHCS a été appliqué dans des pays très différents pour apporter un soutien aux programmes aux niveaux des districts, des régions et des pays.

¹⁷ Pour en savoir plus sur chaque exemple et contacter des personnes dans les pays cités, contactez l'équipe chargée de la sécurité des produits contraceptifs de l'USAID ou le Département de Gestion des Produits de l'UNFPA (Commodity Management Unit).

niques de travail : examen des documents existants, analyse et modélisation des données, entretiens avec les acteurs-clés, groupe de discussions dirigées et visites de terrain. L'évaluation s'est achevée par un second atelier national durant lequel les groupes de travail ont présenté leurs conclusions. De petits groupes de discussion ont identifié les domaines d'action prioritaires et ont fait des recommandations sur le développement d'un plan stratégique.

Grâce à la souplesse du cadre et du guide diagnostique du SPARHCS, Madagascar a pu adapter le modèle d'évaluation à ses propres réalités sans faire trop d'efforts. L'évaluation a permis :

- de renforcer l'engagement des partenaires au programme envers la sécurité des produits de santé de la reproduction ;
- de profiter d'une plus grande participation de la part des partenaires au programme ;
- de donner une image précise des forces et des faiblesses de la sécurité des produits de santé de la reproduction, ainsi que des évolutions avérées et à venir ayant des conséquences sur l'utilisation des préservatifs et des contraceptifs ;
- d'élaborer un plan d'action de douze mois pour la SPSR qui a été accepté par le ministère de la santé ; et
- de donner les grandes lignes des étapes par lesquelles Madagascar devra passer pour développer un plan stratégique à plus long terme.

Grâce à la création d'un groupe de travail pour chaque composante du cadre de la SPSR de Madagascar, des données plus précises relatives à chacune d'entre elles ont pu être collectées. Les ateliers nationaux ont permis aux partenaires au programme de faire le lien entre les différentes composantes et de dresser un tableau cohérent de la sécurité des produits de santé de la reproduction du pays.

Suite aux recommandations faites par le second atelier, trois études (une enquête sur l'état des stocks de contraceptifs, une enquête sur la volonté de payer et une analyse de la segmentation du marché) ont été conduites pour aider le gouvernement à développer une stratégie de financement de la contraception inscrite dans le cadre plus large de la stratégie nationale pour la SPSR. En outre, des ateliers sur la SPSR ont été organisés dans deux provinces pour attirer l'attention sur la SPSR, diffuser les informations obtenues par l'évaluation nationale et jeter les bases d'un développement futur des plans d'action régionaux pour la SPSR.

B. Le SPARHCS dans le cadre de la réforme du secteur santé en Indonésie

L'un des principaux défis que l'Indonésie doit relever dans son programme de planning familial est la décentralisation de la BKKBN (agence étatique de coordination des activités de planning familial). Les autorités locales (plus de 420 districts et municipalités) ont désormais la responsabilité de la gestion et de la mise en œuvre du planning familial alors que les décisions dans ce domaine sont restées très centralisées pendant plus de 30 ans.

Pour que ces autorités puissent être capables de régler les problèmes relatifs à la sécurité des produits contraceptifs dans ce nouveau contexte, la BKKBN et ses partenaires (au nombre desquels on compte une équipe centrale chargée de la sécurité des produits contraceptifs ou ESPC) ont adapté et simplifié le cadre et le guide du SPARHCS pour qu'ils puissent être utilisés par les partenaires au programme au niveau du district. L'ESPC a mis en place la procédure suivante :

- L'idée de sécurité des produits contraceptifs et la nécessité d'y prêter attention au niveau du district sont expliquées aux partenaires au programme du district et le guide diagnostique ajusté leur est présenté.
- Pendant les quinze jours suivants, des équipes de deux personnes, issues du secteur public et du secteur privé, utilisent les questions présentées dans le guide pour collecter des données. Chaque équipe étudie une des cinq composantes : prestation de services, politique, financement, logistique, produits.

- Après la collecte des données un « atelier de développement de la stratégie des districts en matière de sécurité des produits contraceptifs » est organisé au niveau du district durant trois jours. Il permet de revoir les conclusions et de comparer, pour chaque composante, la situation actuelle par rapport à la situation souhaitée. L'on y examine les questions suivantes : dans quelle mesure un des éléments étudiés empêche-t-il le district d'assurer la sécurité des produits contraceptifs ? Le district a-t-il la capacité de régler ce problème tout seul ? Une liste comprenant deux priorités est ensuite dressée pour chacune des cinq composantes. C'est sur ce travail que repose la stratégie du district. L'atelier est dirigé par le groupe de travail sur la sécurité des produits contraceptifs composé de partenaires au programme du secteur public et privé au niveau des provinces dont le rôle est de fournir une aide technique aux districts.

Les outils aidant à faciliter ce processus se trouvent dans la *Panoplie pour la sécurité des produits contraceptifs* et ont été testés dans la région centrale et de l'est de Java. Les résultats prouvent que le cadre et le guide du SPARHCS peuvent être adaptés et rendus utilisables aux niveaux locaux. Ils permettent aux partenaires au programme de se faire une image réelle de la situation en matière de sécurité des produits contraceptifs et donnent aux districts l'autonomie dont ils ont besoin pour résoudre les problèmes de la sécurité des produits contraceptifs sans intervention des autorités centrales. Le SPARHCS peut donc faciliter le transfert du gouvernement central aux gouvernements locaux des responsabilités et de l'appropriation pour la sécurité des produits contraceptifs. Il met également en lumière les lieux où des actions menées au niveau local, par exemple en matière de plaidoyer, peuvent aider à initier les changements nécessaires au niveau central.

C. Le SPARHCS : un outil utilisé pour la planification régionale en Amérique latine

En 2003, l'USAID et ses partenaires ont commencé une étude de deux ans pour déterminer la manière dont la sécurité des produits contraceptifs pourrait être assurée en Amérique latine et dans les Caraïbes en utilisant une approche régionale. L'étude avait pour but de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les problèmes prioritaires en matière de sécurité des produits contraceptifs communs aux pays et à la région ?
- Quelles interventions régionales seraient les plus efficaces pour régler ces problèmes ?
- Quelle forme l'aide régionale pourrait-elle prendre pour être la plus efficace possible ?

L'étude a commencé par une conférence de trois jours qui a eu lieu au Nicaragua. Le schéma cadre SPARHCS a été présenté à des équipes provenant de neuf pays différents. Ces équipes l'ont ensuite utilisé pour commencer l'analyse de leur situation. Grâce à l'utilisation du SPARHCS, cinq évaluations sérieuses ont été faites après la conférence utilisant un cadre conceptuel et un langage commun. Il a donc été plus facile de recouper les problèmes, les points communs, les différences entre pays nécessitant peut être un traitement au niveau régional. Cette approche commune a aussi permis aux partenaires au programme de chaque pays de comprendre qu'ils faisaient partie d'un réseau régional de militants ayant un agenda commun.

Après la conférence, certains pays ont créé ou renforcé des comités nationaux et des groupes de travail sur la sécurité des produits contraceptifs. Au Pérou par exemple, le groupe de travail est présidé par le ministère de la santé et compte des représentants de différents départements du ministère ainsi que des représentants de la sécurité sociale, de l'armée et de la police, des ONG prestataires de services et des programmes de marketing social, de l'UNFPA, de l'USAID et des agences d'assistance technique.

La première des cinq évaluations du SPARHCS qui a suivi l'atelier s'est déroulée au Pérou.¹⁸ Cette évaluation a porté sur des préoccupations d'ordre général dans la région, tout en appelant l'attention sur la sécurité des produits contraceptifs. Elle a fait également des recommandations pratiques sur les actions que les partenaires au programme du pays devraient entreprendre. Une équipe de quatre personnes (deux consultants locaux et deux consultants étrangers) a réalisé le travail suivant :

- Analyse faite dans un bureau des documents et des données disponibles (ex. : Enquête démographique et de santé (EDS) et enquête sur le Système d'information en gestion logistique du Pérou (SIGL),
- Projection des exigences en produit et en financement, et
- Entretien avec les personnes les plus informées au Pérou, visites sur le terrain, tenue de réunions d'information avec l'USAID/Lima et le Comité péruvien pour la sécurité des produits contraceptifs (le travail d'évaluation fait au Pérou a pris quinze jours).

L'évaluation a couvert toutes les composantes du SPARHCS, tout en accordant la priorité aux préoccupations particulières des Péruviens qui avaient déjà été identifiées au cours de l'atelier régional. Il s'agissait de l'environnement en terme de politiques et du niveau élevé de direction/d'engagement, du plaidoyer, du financement, du ciblage des subventions publiques, du rôle du secteur privé dans les produits contraceptifs et l'approvisionnement/achat et la logistique.

Parallèlement à l'évaluation, une analyse de la segmentation du marché a été faite. Ses résultats (communiqués aux responsables du ministère de la santé, aux agences techniques, aux ONG et aux dirigeants de la société civile) ont révélé qu'une grande partie des personnes qui avaient bénéficié de contraceptifs gratuits distribués par le secteur public faisait partie des quintiles les plus riches. Le ministère de la santé a donc décidé de faire plus d'efforts pour étudier les stratégies qui permettraient de réorienter les ressources du secteur public vers les plus pauvres, de renforcer et de stimuler l'offre de contraceptifs faite par le secteur privé aux clients qui peuvent se permettre de les payer. Des essais visant les services de planning familial vont peut-être être menés dans deux régions, et le ministère de la santé envisage de passer un accord de service échange/remboursement avec l'Institut de Sécurité Sociale pour les très nombreux bénéficiaires de la sécurité sociale qui reçoivent des contraceptifs gratuits de la part du ministère de la santé.

D. Une stratégie nationale de sécurité des produits de santé de la reproduction pour le Nigéria

En 2002, le premier essai sur le terrain du SPARHCS a été fait au Nigéria. L'évaluation a permis d'identifier les nombreuses améliorations nécessaires au renforcement de la SPSR au Nigéria. Pour apporter ces améliorations de façon organisée et dans l'ordre des priorités, un groupe technique, composé des partenaires au programme et des décideurs nigériens de santé de la reproduction a travaillé en étroite collaboration avec une équipe de consultants étrangers. Ce groupe a établi un plan stratégique national de cinq ans pour la SPSR. Pour éviter la dispersion, l'équipe internationale a fourni un cadre comprenant des exemples d'objectifs et d'activités. Le groupe technique a ensuite parfait la stratégie en ajoutant certains objectifs, certaines activités et des détails.

L'avant-projet de la stratégie a été communiqué à de nombreux partenaires dont les organisations de la société civile, les représentants du secteur privé et les fonctionnaires du secteur public aux niveaux local et fédéral. Toutes ces entités ont fait parvenir leurs commentaires dont le groupe technique a tenu compte dans la rédaction d'une nouvelle version. Cette dernière a ensuite été analysée pendant quatre jours par les responsables des politiques au cours d'un atelier national de planification de la stratégie de sécurité des produits contraceptifs. L'atelier s'est terminé sur l'adoption officielle par le ministère fédéral de la santé du plan proposé. Le fait d'avoir consulté

¹⁸ Les autres évaluations ont eu lieu en Bolivie, au Paraguay, au Nicaragua et au Honduras.

les nombreux partenaires au programme sur le plan stratégique avant de le présenter aux responsables des politiques a permis de les sensibiliser à la question et d'obtenir l'aide des différents secteurs dans le travail visant la SPSR. Ces partenaires au programme, dans leurs domaines respectifs, à des degrés divers, sont devenus des champions de la SPSR. Après l'adoption du plan, les étapes ont consisté, entre autres, à faire connaître le plan dans tout le pays, à le présenter au Comité Législatif National sur la population et à organiser une conférence des donateurs pour mobiliser de nouvelles sources de financement.

Le plan stratégique couvre les contraceptifs et les préservatifs pour la prévention du VIH et des MST, auxquels on fait référence sous le nom de produits de SR. Pour chacune des six composantes du cadre de la SPSR du Nigéria (financement, politiques, logistique, prestations de services, demande et coordination), le plan donne un objectif stratégique général qui décrit ce que l'on souhaite accomplir dans le domaine donné. Chaque objectif stratégique est divisé en plusieurs objectifs qui donnent plus de détails sur les résultats escomptés. La description de chaque objectif comprend :

- les problèmes ou les opportunités spécifiques ciblés par l'objectif,
- les activités qui doivent être entreprises pour atteindre l'objectif,
- les agences responsables de la réalisation des actions nécessaires,
- le budget estimé,
- les dates auxquelles les activités doivent être achevées,
- les indicateurs de sortie qui contrôleront la fin des activités,
- les indicateurs de résultats qui donneront les résultats globaux après la réalisation des activités, et
- les hypothèses faites sur les conditions préalables, les exigences et les circonstances qui doivent exister pour que les activités soient réalisées avec succès.

Par exemple, la composante « financement » a pour but stratégique de « promouvoir l'octroi d'une aide financière fiable et permanente pour les contraceptifs par les organisations gouvernementales, non-gouvernementales et privées ainsi que par des particuliers ». Elle a trois objectifs, l'un d'entre eux étant de veiller à ce que des données fiables et tenues à jour sur les exigences en produits et en financement de la SR soient communiquées aux décideurs. Vous trouverez ci-dessous un extrait du plan stratégique qui permet de lire la description détaillée de l'objectif.

Objectif 1.1 de la stratégie nationale du Nigeria pour la sécurité des produits de santé de la reproduction

Composante :

1.0 Financement

Objectif :

1.1 Veiller à ce que des données fiables et tenues à jour sur les exigences en produits et en financement de la SR soient communiquées aux décideurs principaux et aux gestionnaires des fonds aux niveaux national, étatique et local.

Problème traité :

- Validité, fiabilité et qualité des données financières ;
- Veiller à ce que les responsables et les décideurs fassent bon usage des données financières dans la planification ;
- La prise de décision et la planification doivent reposer sur les faits.

Agence assurant la coordination :

- FMOH/DCDPA

Hypothèses de départ :

- Contexte politique favorable
- Soutien continu des donateurs
- Réponse positive de la part des décideurs
- Collaboration entre les différents niveaux du gouvernement et les ONG/secteur privé
- Gestion financière

| Activités principales et activités secondaires | Agences chargées de la réalisation | Budget prévisionnel (Naira) | Calendrier | Indicateurs de sortie | Indicateurs de résultat |
|---|------------------------------------|-----------------------------|---------------------|--|--|
| Activité | | | | | |
| 1.1.1 Développer un système d'information en gestion financière (SIGF) permettant une planification, un contrôle et une évaluation efficaces des PSR | FMOH, DCDPA, HPR | Total : 28,3m | | <ul style="list-style-type: none"> • % des états et des LGA utilisant réellement le SIGF • Structures développées et maintenues aux niveaux national et étatique | <ul style="list-style-type: none"> • Données financières utilisées pour s'assurer de l'octroi de fonds provenant du gouvernement et des donateurs |
| Activités secondaires | | | | | |
| 1.1.1.1 Création d'un comité chargé d'évaluer les besoins en terme de SIGF des PSR | “ | 1,2m | 4ème trimestre 2004 | <ul style="list-style-type: none"> • Besoins en SIGF identifiés | |
| 1.1.1.2 a) Développer un SIGF pour la SPSR répondant aux besoins identifiés | “ | 12m | 4ème trimestre 2004 | <ul style="list-style-type: none"> • SIGF développé | |
| 1.1.1.2 b) Distribution de formulaires et de fournitures de bureau pour le SIGF | | 2,0m | | <ul style="list-style-type: none"> • Formulaires et fournitures de bureau distribués | <ul style="list-style-type: none"> • % d'états et de LGA ayant les formulaires et les fournitures de bureau appropriés |
| 1.1.1.3 Développer un cursus de formation au SIGF | DCDPA, HPR, LGA, SMOH | 0,5m | 1er trimestre 2005 | <ul style="list-style-type: none"> • Développement du cursus de formation en SIGF | |
| 1.1.1.4 Former des gestionnaires financiers en SIGF | DCDPA, HPR, LGA, SMOH, | 9,6m | 1er trimestre 2005 | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de gestionnaires financiers formés à l'utilisation du SIGF | <ul style="list-style-type: none"> • % d'états et de LGA ayant des responsables formés au SIGF |
| 1.1.1.5 Rédiger des rapports trimestriels et annuels sur la situation financière des produits | DCDPA, HPR, SMOH, LGA, ONG | 1,0m | 2005 trimestriel | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de gestionnaires financiers qui font des rapports trimestriels en utilisant le SIGF | <ul style="list-style-type: none"> • % d'états et de LGA qui ont un SIGF efficace et agissant |
| 1.1.1.6 Analyse régulière du SIGF | DCDPA, HPR, SMOH, LGA, ONG | 2,0m | 2006 annuel | | |

Notes

Notes

5

Bibliographie complémentaire

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). [Courte note d'information qui décrit le déficit croissant en contraceptifs et les actions nécessaires pour y remédier.]

Caro, D., Schueller, J., Ramsey, M., et Voet, W. 2003. *A Manual for Integrating Gender into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau (for the USAID Interagency Gender Working Group). (http://www.phishare.org/files/1683_ManualIntegrGendr.pdf). [Explique aux responsables et au personnel technique de programme comment tenir compte des préoccupations relatives à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes.]

Deliver Project/John Snow, Inc. and Policy Project/Futures Group International. 2004. *Contraceptive Security Index 2003: A Tool for Priority Setting and Planning*. Arlington, VA: Deliver Project/John Snow, Inc. (<http://deliver.jsi.com>). [Instrument remis à niveau pour mesurer le niveau de sécurité des produits contraceptifs d'un pays et en assurer la surveillance au fil du temps.]

Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc. 2000. *Programs that Deliver: Logistics' Contributions to Better Health in Developing Countries*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc. (http://deliver.jsi.com/2002/Pubs/Pubs_Policy/Programs_That_Deliver/index.cfm). [Premier document publié qui introduit et décrit la notion de sécurité des produits contraceptifs, qui indique comment gérer la logistique en l'inscrivant dans une perspective plus large centrée sur le client. La qualité des programmes logistiques a alors des conséquences positives sur les programmes de santé et de planning familial.]

Finkle, C. 2003. *Ensuring Contraceptive Supply Security*. Outlook Vol 2, No 3. Seattle, WA: PATH. (http://www.path.org/files/eol20_3.pdf). [Aborde la situation au niveau mondial du financement des contraceptifs, les raisons des ruptures de stocks, les difficultés auxquelles la sécurité des produits contraceptifs doit faire face et les démarches faites pour améliorer la coordination aux niveaux national et international.]

Setty-Venugopal, V., Jacoby, R., and Hart, C. 2002. *Family Planning Logistics: Strengthening the Supply Chain*. Population Reports Vol 30, No 1. Baltimore, MD: Population Information Program/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (<http://www.jhuccp.org/pr/j51edsum.shtml>). [Analyse des éléments essentiels pour renforcer la filière d'approvisionnement en produits contraceptifs.]

Sine, J. and Sharma, S. 2002. *Policy Aspects of Achieving Contraceptive Security*. Policy Issues in Planning and Finance No 1. Washington, D.C.: Policy Project/Futures Group International. (http://www.policyproject.com/pubs/policyissues/PI_Eng.pdf). [Présentation générale des besoins de la sécurité des produits contraceptifs en termes de sensibilisation, de plaidoyer, de dialogue politique, de planification, de constitution d'une base de données et de renforcement des capacités.]

United Nations Population Fund (UNFPA) [Fonds des Nations Unies pour la Population – UNFPA]. 2001. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change. A Global Call to Action*. New York, N.Y.: UNFPA. (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/135_filename_SPSRstrategy.pdf). [Propose l'adoption d'une stratégie mondiale pour assurer la sécurité des produits de santé de la reproduction. Cette stratégie consiste à demander aux différents partenaires un travail précis et coordonné, principalement dans le plaidoyer, dans la mise en œuvre viable d'une capacité nationale.]

United Nations Population Fund (UNFPA) [Fonds des Nations Unies pour la Population – UNFPA]. 2001. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change. The UNFPA Strategy*. (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/133_filename_strategy.pdf). New York, N.Y.: UNFPA. [Décrit la contribution de l'UNFPA à la stratégie présentée dans son appel mondial à l'action en faveur de la sécurité des produits de santé de la reproduction.]

United Nations Population Fund (UNFPA) [Fonds des Nations Unies pour la Population – UNFPA]. 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply*. New York, N.Y.: UNFPA. (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/39_filename_securing_supply_eng.pdf). [Présentation générale de la sécurité des produits de santé de la reproduction avec l'accent mis sur les contraceptifs pour le planning familial, les préservatifs pour la prévention du VIH/SIDA, l'approvisionnement en produits en cas de conflits ou de catastrophe naturelle, et sur les contributions de l'UNFPA.]

United Nations Population Fund (UNFPA) [Fonds des Nations Unies pour la Population – UNFPA] et World Health Organization (WHO). 2003. *Essential Drugs and Other Commodities for Reproductive Health Services*. New York, N.Y.: UNFPA, Geneva: WHO. (http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/198_filename_commodities_rhs.pdf). [Avant-projet de document ayant l'intention de guider les lecteurs dans leurs choix de produits essentiels pour assurer la qualité des soins de santé de la reproduction.]

U.S. Agency for International Development (USAID) [Agence des Etats-Unis pour le développement international]. 2004. *Contraceptive Security: Ready Lessons*. Washington, D.C.: USAID. (http://www.dec.org/pdf_docs/PNACW660.pdf)
 (http://www.dec.org/pdf_docs/PNACW661.pdf)
 (http://www.dec.org/pdf_docs/PNACW662.pdf)
 (http://www.dec.org/pdf_docs/PNACW663.pdf)
 (http://www.dec.org/pdf_docs/PNACW664.pdf)
 (http://www.dec.org/pdf_docs/PNACW665.pdf)

[Donne des indications et des exemples pratiques sur la manière dont les pays et leurs partenaires peuvent planifier et réaliser des actions pour la sécurité des produits contraceptifs.]

En outre, une série de rapports ont été rédigés pour la réunion qui a eu lieu en 2001 à Istanbul et qui s'intitulait « Répondre au défi de santé de la reproduction : sécuriser les contraceptifs et les préservatifs pour la prévention du VIH/SIDA ». Les rapports ont été rédigés par le groupe de travail intérimaire sur les produits de santé de la reproduction (Interim Working Group on Reproductive Health Supplies, IWG), composé de membres de John Snow, Inc. (JSI), de Population Action International (PAI), du Program for Appropriate Technology in Health (PATH) et du Wallace Global Fund.

Tous les titres des rapports se trouvent à :

<http://www.populationaction.org/resources/publications/commodities/>

Le liste inclut les titres suivants :

Overview: The Need for Security in Reproductive Health Supplies. [Un résumé des rapports composant cette série.]

Meeting the Reproductive Health Challenge: Securing Contraceptives, and Condoms for HIV/AIDS Prevention. Istanbul, Turkey, 3-5 May 2001. Report on the Meeting. [Compte-rendu de la réunion d'Istanbul.]

Contraceptive Projections and the Donor Gap. [L'une des premières analyses et la plus citée attirant l'attention sur le déficit en contraceptifs et en préservatifs.]

Donor Funding for Reproductive Health Supplies: A Crisis in the Making. [Décrit les programmes d'aide des donateurs bilatéraux et multilatéraux pour les produits de santé de la reproduction, surtout les contraceptifs.]

Financing Contraceptive Supplies in Developing Countries: Summary of Issues, Options, and Experience. [Analyse des différentes méthodes pouvant être utilisées pour augmenter le financement gouvernemental, celui des donateurs, des ménages et du secteur privé.]

Gauging Awareness, Assessing Concern: Focus Group Findings on Reactions to Contraceptive Supply Shortages. [Présente les résultats de quatre discussions de groupe entre les participants à la conférence de « Beijing+5: Women 2000 » pour évaluer les connaissances et les préoccupations relatives aux ruptures de stock imminentes de produits contraceptifs subventionnés ou gratuits, et pour trouver des idées pour y remédier.]

Defining Reproductive Health Supplies: A Survey of International Programs. [Basé sur une enquête menée auprès de 64 organisations, élabore une liste de produits que les professionnels de la santé considèrent comme essentiels aux services de santé de la reproduction et du planning familial dans les pays en développement.]

Contraceptive Security: Toward a Framework for a Global Assessment. [Premier effort visant à créer un index de la sécurité contraceptive pour les pays].

Country Perspectives on the Future of Contraceptive Supplies. [Basé sur une enquête menée sur les programmes de planning familial dans 13 pays, décrit la façon dont les pays en développement envisagent le problème de l'approvisionnement actuel et futur en contraceptifs, y compris l'évolution des prévisions, du financement, de l'approvisionnement et de la délivrance des produits et la coordination des donateurs.]

Issue Profiles: Lessons Learned from Five Countries. [Décrit les enseignements tirés, avec des exemples précis, dans cinq domaines problématiques : le retrait graduel des donateurs, le financement des pays en crise, l'approvisionnement en produits, la délivrance de produits de qualité, la réforme du secteur de la santé.]

6

Aide supplémentaire

L'équipe chargée de la sécurité des produits contraceptifs (Contraceptive Security Team) de l'USAID travaille à la promotion et au soutien de la planification et de la réalisation de la sécurité des produits contraceptifs dans les pays :

- en développant et soutenant l'utilisation des stratégies et outils appropriés pour la sécurité des produits contraceptifs,
- en améliorant les prises de décision en matière de sécurité des produits contraceptifs grâce à une meilleure disponibilité et une analyse renforcée des données, et
- en servant de moteur au niveau mondial.

L'équipe apporte son aide technique aux missions de l'USAID et aux partenaires nationaux en matière de recherche et d'analyse, de planification stratégique, de contrôle et d'évaluation et de réalisation des activités sur le terrain.

Si vous désirez des renseignements ou une aide supplémentaires, veuillez contacter :

**Contraceptive Security Team,
c/o Mark Rilling or Alan Bornbusch
Commodities Security and Logistics Division
Office of Population and Reproductive Health
Bureau for Global Health
USAID
Washington, D.C.
mrilling@usaid.gov
abornbusch@usaid.gov**

La Division Gestion des Produits de l'UNFPA (Commodity Management Unit) :

- assure la coordination entre donateurs et un plaidoyer permettant d'améliorer l'approvisionnement et la coordination des produits de santé de la reproduction et le soutien technique correspondant,
- développe la capacité des pays à assurer la gestion logistique et la distribution, et
- contribue à l'établissement d'un système durable de mise à disposition des pays en développement, des produits et des services à des prix abordables pour les utilisateurs.

Si vous désirez des renseignements ou une aide supplémentaires, veuillez contacter :

**UNFPA Commodity Management Unit
c/o Jagdish Upadhyay
Technical Support Division
UNFPA
220 East 42nd Street
New York, N.Y. 10017
Upadhyay@unfpa.org**

Sources des photos

Couverture de haut en bas :

DELIVER Project

DELIVER Project

DELIVER Project

Aoua Diarra/FPLM/JSI*

Cheryl Groff*

Photos dans le texte

page 1, CCP*

page 5, Win Morgan/CCP*

page 7 en haut, DELIVER Project

page 7 en bas, DELIVER Project

page 8 en haut, Patricia Poppe/CCP*

page 8 en bas, DELIVER Project

page 9 en haut, Lamia Jaroudi/CCP*

page 9 en bas, DELIVER Project

page 10 en haut, CCP*

page 10 en bas, DELIVER Project

page 11, Lutheran World Relief*

page 13, DELIVER Project

page 15, Irina Gushin/CCP*

page 18 en haut, Cheryl Groff*

page 18 en bas, DELIVER Project

page 19, Population Services International (PSI)*

page 20, DELIVER Project

page 21, DELIVER Project

page 23, Banque mondiale

page 24, Marcel Reyners*

Page 25, Aoua Diarra/FPLM/JSI*

page 27, Samir Khamis*

page 28 en haut, DELIVER Project

page 28 en bas, Ketan Joshi*

page 29, PSI*

page 33, DELIVER Project

* Les photos sont fournies avec la permission de Photoshare, un service du INFO Project à www.photoshare.org

Formulaire pour les commentaires et suggestions relatifs au SPARHCS

1. Merci de bien vouloir décrire brièvement la manière dont vous avez utilisé le SPARHCS (prière de mentionner les utilisateurs, la langue, le pays, le contexte et les activités).

2. Quels étaient vos objectifs ?

3. Quel est le degré d'utilité de la publication ? (Prière d'entourer votre réponse d'un cercle.)

PAS VRAIMENT
UTILE
1

MOYENNEMENT
UTILE
2

TRÈS
UTILE
3

EXTRÊMEMENT
UTILE
4

4. Quels aspects du SPARHCS vous ont été les plus utiles ?

1. _____

2. _____

5. Quels aspects du SPARHCS vous ont été les moins utiles ?

1. _____

2. _____

6. Manquait-il quelque chose dans cette publication qui aurait pu vous la rendre plus utile ? (Merci de bien vouloir préciser.)

7. Comment qualifieriez-vous le contenu et le style de cette publication ?
(Veuillez n'entourer qu'une seule réponse.)

| | | | |
|----------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
| PAS VRAIMENT UTILE 1 | MOYENNEMENT UTILE 2 | TRÈS UTILE 3 | EXTRÊMEMENT UTILE 4 |
|----------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|

8. La probabilité que moi-même ou mon organisation réutilisions cette publication, dans son intégrité ou en partie, est : (Veuillez n'entourer qu'une seule réponse)

| | | | |
|----------------------|------------------------------|-----------------------|---------------|
| PEU PROBABLE 1 | MOYENNEMENT PROBABLE 2 | TRÈS PROBABLE 3 | CERTAINE 4 |
|----------------------|------------------------------|-----------------------|---------------|

9. Avez-vous des suggestions qui nous permettraient d'améliorer le contenu, le style et la forme de cette publication ?

1. _____

2. _____

10. Avez-vous des commentaires/suggestions supplémentaires qui nous permettraient d'améliorer la qualité et l'utilité du SPARHCS ?

11. Merci de bien vouloir nous donner les informations suivantes : (facultatif)

Votre nom, le nom de votre organisation et votre adresse (y compris le numéro de téléphone, de fax et/ou l'adresse électronique) :

Merci de bien vouloir nous faire savoir si vous avez traduit le contenu ou une partie du contenu de cette publication dans une autre langue.

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire. Vos commentaires nous sont très précieux.

Merci de bien vouloir remplir et renvoyer ce formulaire à l'adresse suivante :

**Contraceptive Security Team,
c/o Mark Rilling or Alan Bornbusch
Commodities Security and Logistics Division
Office of Population and Reproductive Health
Bureau for Global Health
USAID
Washington, D.C.
mrilling@usaid.gov
abornbusch@usaid.gov
FAX +1-202-216-3404**

Mis en forme et produit par le Projet INFO, Johns Hopkins Bloomberg School
of Public Health/Center for Communication Programs



20% POST