



**EQUI  
POP.  
ORG**

  
Global Health  
Visions

## **BUSINESS CASE POUR LE PRÉSERVATIF FÉMININ**

Document préparé par Sarah Thurston & Anna Forbes,  
Global Health Visions, mai 2014

## Équilibres & Populations

Créée en 1993 par des médecins et des journalistes dans le contexte de la conférence internationale sur la population et le développement du Caire, Équilibres & Populations travaille à améliorer les conditions de vie et le statut des femmes, facteur essentiel d'un développement juste et durable.

En Afrique francophone subsaharienne, Équilibres & Populations a progressivement orienté une partie de son action au bénéfice des jeunes filles, notamment celles qui sont les moins prises en compte par les politiques ou les programmes existants.

Partant d'une expertise spécifique sur la santé et les droits sexuels et procréatifs, l'association a peu à peu développé un projet qui articule différents champs d'intervention (santé, éducation, économie) et qui intègre systématiquement une approche par le genre.

Pour mener sa mission en Afrique subsaharienne francophone, mais aussi en Europe et en Amérique du Nord, Équilibres & Populations travaille avec, entre autres :

- des organisations de la société civile avec lesquelles nous avons des liens de partenariat étroits ;
- des leaders traditionnels, des groupements de femmes et de jeunes ;
- des coalitions et des plateformes d'ONG ;
- des personnels sanitaires ;
- des experts techniques et administratifs ;
- des chercheurs ;
- des universitaires ;
- des journalistes ;
- des parlementaires ;
- des décideurs politiques ou administratifs.

Notre action se décline en trois volets complémentaires :

**Impulser** des dynamiques de changement social au plus près des populations, par la conception et la mise en œuvre de projets-pilotes en partenariat avec des acteurs locaux ;

**Mobiliser** les acteurs d'influence pour créer un environnement institutionnel et juridique plus favorable ;

**Accompagner** les partenaires au développement en développant leurs capacités.

**Pour en savoir plus : [www.equipop.org](http://www.equipop.org)**

### Équilibres & Populations

[www.equipop.org](http://www.equipop.org)  
[info@equipop.org](mailto:info@equipop.org)

### Siège

75, rue des Saints-Pères  
75006 Paris - France  
Tél : +33 (0)1 53 63 80 40  
Fax : +33 (0)1 53 63 80 50

### Bureau Afrique de l'Ouest

09 BP 903 Ouagadougou 09  
Burkina Faso  
Tél / Fax : +226 50 36 73 73

# **BUSINESS CASE POUR LE PRÉSERVATIF FÉMININ**

Document préparé par  
Sarah Thurston & Anna Forbes  
Global Health Visions

mai 2014



# Sommaire

- 6 Remerciements**
- 7 Liste des acronymes**
- 7 Liste des tableaux et des graphiques**
- 8 Synthèse**
  
- 10 1. Introduction et contexte**
- 10 1.1 Préservatif féminin : la situation actuelle
- 11 1.2 Définir l'objectif-projet
- 12 1.3 Méthodologie d'évaluation de l'investissement
  
- 14 2. Retour sur investissement**
- 14 2.1 Principes directeurs des investissements stratégiques
- 15 2.2 Quantification des coûts
- 16 2.3 Quantification des avantages économiques attendus
- 18 2.4 Retour sur investissement au plan économique (ROI)
  
- 20 3. Analyse coût / efficacité des résultats des actions sanitaires**
- 20 3.1 Estimation de l'impact au plan sanitaire dans les pays étudiés
- 21 3.2 Analyse coût / efficacité
- 22 3.2.1 Grille des seuils WHO-CHOICE du rapport coût / efficacité
- 23 3.2.2 Coût par DALY comparé aux autres interventions de niveau prioritaire
  
- 24 4. Retombées économiques dans la société au sens large**
- 24 4.1 Élargir les choix et améliorer la protection
- 25 4.2 Soutien de l'autonomisation des femmes
- 26 4.3 Obtenir davantage d'égalité en matière de santé
  
- 28 5. Dynamique de marché et avenir du préservatif féminin**
- 28 5.1 Un moment privilégié pour investir
- 29 5.2 Recommandations quant aux mesures à prendre
  
- 31 Annexe I - Méthodologie**
- 34 Annexe II - Les préservatifs féminins sur le marché**
  
- 36 Références bibliographiques**

## Remerciements

Publié en mai 2014, ce *business case* a été commandé par Rutgers WPF, le partenaire de promotion du Projet d'Accès Universel au Préservatif Féminin (UAFC), avec le soutien d'Équilibres & Populations. Le rapport a été préparé par Global Health Visions LLC, un organisme basé à New York dont la vocation est de fournir des conseils stratégiques en matière de formulation et de mise en œuvre d'initiatives sanitaires au plan mondial. Sarah Thurston et Anna Forbes, avec le soutien et les conseils de Nejla Liias, sont les auteures principales de ce document.

Crédits photos. Toutes les photos ont été prises au Mozambique en mai 2013 par Ryan Daniels pour l'UAFC - à l'exception des images présentant des préservatifs féminins en Annexe II, qui ont été fournies à l'UAFC par leurs fabricants respectifs.

*Ce document a été traduit de l'anglais par BlueSky International Marketing, Inc., sous la coordination de Suzan Nolan.*

## Sigles & acronymes

TAR	Traitement antirétroviral
CCC	Communication pour le changement de comportements
DALY	Année(s) de vie ajustée(s) à l'incapacité (Disability Adjusted Life Year)
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
RNB	Revenu national brut
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
SMI	Santé maternelle et infantile
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
ROI	Retour sur investissement
IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)
UAFC	Projet d'Accès Universel au Préservatif Féminin
UNFPA	United Nations Family Planning Association
VMMC	Circoncision masculine volontaire médicalisée
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WHO-CHOICE	Grille des seuils WHO-CHOICE du rapport efficacité / coût du préservatif féminin

## Liste des tableaux et des graphiques

### Graphique 1 :

Coût total de la distribution d'un million de préservatifs féminins

### Graphique 2 :

Avantages économiques cumulés pour la distribution d'un million de préservatifs féminins

### Graphique 3 :

Retour économique sur investissement pour un million de préservatifs féminins distribués

### Tableau 1 :

Résultats estimés pour la distribution d'un million de préservatifs féminins

### Tableau 2 :

Grille des seuils WHO-CHOICE du rapport coût / efficacité du préservatif féminin

### Tableau 3 :

Rapport coût / efficacité du préservatif féminin selon la grille WHO-CHOICE de l'OMS

### Graphique 4 :

Coût moyen par DALY évitée en Afrique subsaharienne

## Synthèse

Le préservatif féminin est à ce jour la seule protection double (contraception et protection contre les infections sexuellement transmissibles [IST et VIH]) qui soit entièrement maîtrisée par les femmes. En tant que tel, le préservatif féminin occupe un positionnement à part sur le marché mondial : l'importance des besoins non satisfaits en matière de méthodes de protection pousse les gouvernements, les bailleurs et le secteur privé à se rapprocher de nouveaux groupes de consommateurs.

Le préservatif féminin est commercialisé depuis plus de 20 ans ; les dernières innovations dans ce domaine, conjuguées à une sensibilisation plus forte en matière de santé des femmes, ont ravivé l'intérêt pour cette méthode. Elle est soutenue par nombre de gouvernements, de bailleurs et de promoteurs de la santé publique. Parmi ces derniers, on trouve le Universal Access to Female Condoms Joint Programme, un consortium formé par Rutgers WPF, Oxfam Novib, I+ Solutions et le ministère des Affaires étrangères néerlandais : ce programme vise à faire reculer la prévalence du VIH et les grossesses non désirées, ainsi qu'à promouvoir l'autonomie des femmes.

Parallèlement, le secteur médical mondial commence à évaluer les enjeux et les investissements en santé publique de façon plus stratégique et plus astucieuse. Les besoins dépassent largement les ressources disponibles, ce qui crée une dynamique en faveur d'une évaluation précise des « retours sur investissements », l'accent étant mis sur des résultats immédiats et un impact durable. **Le présent *business case* effectue ainsi un examen critique et factuel de la pertinence de l'investissement dans le préservatif féminin, en mettant en avant de nouvelles analyses portant sur le retour sur investissement, le rapport coût / efficacité et les retombées économiques.** Cet argumentaire s'appuie sur des outils de modélisation à sources ouvertes, évalués par les pairs et mis au point par des organismes de santé de premier plan. Il établit que les gains économiques réalisés par le biais du préservatif féminin dépassent de beaucoup le coût des programmes, particulièrement dans les zones où le VIH est très prévalent. Par ailleurs, au regard des seuils du système WHO-CHOICE et comparé à d'autres types d'intervention, le préservatif féminin présente un bon rapport coût / DALY évitée. Ce *business case* démontre également que les retombées économiques de l'utilisation du préservatif féminin vont bien au-delà des simples effets d'un investissement isolé : son utilisation est liée à des enjeux sociaux clés, capables de stimuler la croissance, l'égalité des revenus et le développement économique.



Le secteur médical mondial s'accorde sur l'objectif qui consiste à **réduire les besoins non satisfaits et à développer le recours à la planification familiale (PF) ainsi qu'à la protection contre le VIH. Le préservatif féminin permet de répondre à cet objectif par le biais de solutions de marché efficaces.** La dynamique actuelle du marché offre une fenêtre d'opportunité favorable aux programmes axés sur le préservatif féminin et susceptible de donner naissance à un cercle vertueux : une utilisation plus répandue, une demande soutenue, une amélioration de l'état sanitaire, une économie renforcée... Notre époque offre une opportunité stratégique pour le préservatif féminin, une méthode qui satisfait les besoins actuels des femmes tout en préparant l'avenir.

L'analyse proposée dans le présent argumentaire **énonce les principaux messages à retenir pour la communauté médicale mondiale :**

- **Le préservatif féminin est un investissement stratégique.** Le préservatif féminin offre un excellent rapport coût / efficacité, apportant en outre des avantages non mesurables aux utilisatrices et aux communautés en général.
- **Créer et diffuser des messages ciblés,** adaptés à chaque groupe cible, en abordant les aspects généraux de la prévention des IST / VIH et de la planification familiale en même temps que les avantages spécifiques du préservatif féminin.
- **Comprendre les avantages apportés par les programmes de préservatif féminin.** Les programmes déjà effectués doivent être documentés puis diffusés afin de pouvoir renouveler les expériences réussies dans de nouveaux contextes et de répliquer les programmes pilotes à grande échelle.
- **Développer le marché du préservatif féminin** en favorisant l'innovation dans ce domaine et en se penchant sur les processus d'agrément et de certification qui sont des passages obligés pour l'accès au marché. La diversité de l'offre de préservatifs féminins sur un marché procure davantage de choix au consommateur et favorise la concurrence.
- **Réduire les coûts en s'appuyant sur les canaux de distribution existants,** à savoir ceux qui distribuent déjà les produits de santé au plan local. Intégrer la distribution des préservatifs féminins dans ce réseau démultiplie leur accès.

Les besoins en méthodes de protection non satisfaits sont conséquents et les ventes de préservatifs féminins augmentent de façon régulière<sup>1</sup>. **Satisfaire des besoins importants réclame des solutions efficaces répondant à des situations complexes. Le préservatif féminin a un rôle important à jouer pour proposer ces solutions,** car il apporte des avantages sociaux et économiques à chacune de ses utilisatrices ainsi qu'à l'économie de leurs communautés respectives.

# 1. Introduction

## 1.1. Préservatif féminin : la situation actuelle

### Le contexte

En mars 2012, la Commission des Nations Unies a inscrit le préservatif féminin sur la liste des « produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants ». C'est l'un des 13 produits efficaces et à fort impact qui sont trop souvent négligés : « En étant plus accessibles et bien utilisés, ces 13 produits pourraient sauver la vie de plus de 6 millions de femmes et d'enfants. »<sup>2</sup>

Le préservatif féminin est un produit facile à utiliser qui offre une double protection (à la fois contre les IST / VIH et contre les grossesses non désirées). Son efficacité est tout à fait comparable à celle du préservatif masculin<sup>3,4,5,6,7,8,9,10</sup> et il bénéficie d'un haut degré d'acceptabilité tant de la part des femmes que des hommes<sup>11,12</sup>. **Le préservatif féminin est conçu pour être introduit dans le vagin : c'est la seule méthode de protection double qu'une femme peut mettre en œuvre sans la participation active de son partenaire. Elle permet aux femmes de mieux protéger leurs rapports sexuels, de préserver leur santé et celle de leurs familles.** Il existe, il est vrai, d'autres techniques de protection double, telles que les microbicides-contraceptifs ; ces produits sont encore en cours de développement et leur mise sur le marché est attendue pour le milieu de la prochaine décennie. Les préservatifs féminins sont par contre disponibles dès aujourd'hui, à un stade critique pour la santé mondiale et le développement.

### État des lieux du marché - l'offre

Le préservatif féminin a été conçu il y a plus de 20 ans et il est apparu sur les marchés des pays développés au milieu des années 90<sup>13</sup>. Vers le milieu de la décennie 2000, les innovations produits ont commencé à redéfinir les marchés du préservatif féminin. L'entreprise Female Health Company a amorcé cette évolution en proposant le FC2, un préservatif féminin en caoutchouc synthétique de type nitrile, à un prix de vente réduit. D'autres fabricants désireux de se positionner sur ce marché ont suivi en proposant de nouveaux produits. Au mois de mars 2014, les seuls préservatifs féminins pré-qualifiés par l'OMS étaient le FC2 et le Cupid 1, nombre d'autres produits étant à divers stades de développement : Cupid 2, HLL, VA w.o.w., Origami, Phoenurse et Woman's Condom. Certains de ces produits sont déjà commercialisés dans divers pays par le biais de canaux de distribution privés restreints (cf. Annexe II).

Les produits déjà commercialisés pourront être rebaptisés par des spécialistes du marketing social, afin de leur conférer plus d'attrait en fonction des marchés visés ou encore être commercialisés sous plusieurs appellations différentes. Les modèles de base ne sont néanmoins produits que par cinq fabricants. Chacun d'eux propose des caractéristiques et des prix de vente au public légèrement différents. Cette diversité offre un plus grand choix au consommateur et stimule la concurrence, ce qui a pour effet de renforcer le marché.

### État des lieux du marché - la demande

Les besoins non satisfaits en matière de protection contre les IST / VIH dans les pays en développement sont bien connus. Le manque de données chiffrées rend difficile l'évaluation de la demande par méthode spécifique. Il est cependant clair que la demande pour les préservatifs féminins augmente<sup>14</sup> et les pays qui ont investi dans des programmes axés sur ce type de préservatif enregistrent une demande soutenue<sup>15,16,17,18,19</sup>. L'accès au préservatif féminin est donc un élément crucial dans le contexte de l'éventail des méthodes disponibles. La mise à disposition d'un éventail de méthodes différentes permet d'obtenir un taux de rapports sexuels protégés plus élevé<sup>20,21,22</sup> - ce qui représente l'une des préalables clés annonçant de meilleurs résultats sanitaires et économiques. De plus, la liberté de choix dans la méthode est un droit pour les utilisatrices et les utilisateurs.

## 1.2 Définir l'objectif-projet

Les investissements réalisés dans le cadre de besoins sanitaires prioritaires reposent sur des obligations éthiques mais également sur des considérations économiques. L'obligation éthique est évidente lorsqu'il s'agit de combler des besoins non satisfaits en termes de planification familiale et de protection contre le VIH, notamment dans les pays en développement où le taux d'accroissement de la population est fort, où le VIH est prévalent et où l'accès aux soins est difficile ou inégal. Mais cette obligation éthique se double d'une logique économique. Les perspectives de développement économique d'une nation ont un rapport étroit avec l'état sanitaire de sa population et son taux de fertilité, deux variables qui ont un impact sur les ressources disponibles pour les infrastructures, l'éducation et les autres institutions favorisant la croissance. Améliorer l'état sanitaire d'une population et réduire les disparités sont des facteurs cruciaux pour obtenir une croissance favorisant les pauvres et réduisant la pauvreté. Ainsi, les gouvernements et les bailleurs cherchent à identifier les solutions présentant le meilleur rapport coût / efficacité possible et permettant de répondre aux besoins sanitaires tout en stimulant l'économie. Chaque intervention doit donc faire l'objet d'une cartographie et d'un *business case* si l'on souhaite appréhender quels sont les impacts escomptés et quelle est la « rentabilité » du projet.

L'objectif-projet peut, dans le cas présent, être défini comme étant **la réduction des besoins non satisfaits et un accroissement des méthodes de planification familiale / de protection contre le VIH par le biais de solutions efficaces basées sur le marché**. En menant une analyse des facteurs économiques et sociaux, le présent argumentaire examine la pertinence de l'investissement dans le préservatif féminin et démontre qu'il s'agit d'une approche efficace pour atteindre cet objectif-projet.

## 1.3 Méthodologie d'évaluation de l'investissement

Ce *business case* comprend une évaluation économique et sociale du préservatif féminin. L'**analyse d'impact économique** présente les conséquences attendues pour une intervention donnée et procure un cadre d'analyse en ce qui concerne le rapport coût / efficacité de l'intervention. Ceci permet aux bailleurs de disposer des données clés qui leur permettront d'évaluer le retour sur investissement, la « rentabilité » ainsi que l'efficacité d'une intervention pour un coût donné par rapport aux autres alternatives. Cependant, les outils de mesure économique en matière sanitaire ne traitent que le volet maximisation des ressources ; ils n'offrent pas d'indications sur des aspects importants tels que l'élargissement de l'éventail des méthodes, l'autonomisation des femmes ou encore l'amélioration de l'équité en matière de santé. En tant que telle, une analyse d'impact social permet d'élargir le champ d'évaluation en estimant les implications (macro)économiques des évolutions sociales qui découlent d'un accès facilité au préservatif féminin.

Ce *business case* aborde trois domaines principaux en rapport avec le préservatif féminin : 1) l'obtention d'un retour sur investissement ; 2) l'analyse du rapport coût / efficacité ; 3) une présentation des implications économiques d'ensemble. Les points suivants mettent en évidence les composantes clés de la méthodologie. (Cf. Annexe I pour plus d'informations sur la méthodologie.)

**1. Retour sur investissement :** Le nombre arbitraire d'un million de préservatifs féminins a été choisi. On a estimé que ce nombre était du domaine du possible pour tout pays dans lequel un programme de préservatif féminin est mis en œuvre à grande échelle. Quatre pays d'étude ont été choisis (le Cameroun, le Kenya, la Birmanie et le Nigeria) pour mettre en valeur les effets de la distribution d'un million de préservatifs féminins en termes d'amélioration de l'état sanitaire de la population et d'effets sur les variables de l'économie réelle.

Cette analyse d'impact s'appuie sur des outils de modélisation à sources ouvertes, évalués par les pairs et mis au point par des organismes de santé de premier plan, tels que Population Services International (PSI), Marie Stopes International (MSI) et le Futures Institute. Ces modèles font appel aux données les plus récentes pour les pays étudiés, issues des enquêtes DHS (démographiques et sanitaires) ainsi que d'autres rapports portant sur la population. Les modèles prennent en compte les taux moyens d'utilisation du produit, les taux d'échec de la méthode ainsi que le taux de gaspillage des produits. Dans le cadre de cette analyse, on évalue l'amélioration des taux de morbidité et de mortalité liée à la distribution d'un million de préservatifs féminins. Il est important de signaler que : les résultats et l'impact sont *estimés* ; l'hypothèse de travail est que des programmes efficaces sont mis en œuvre pour garantir la distribution et un bon taux d'utilisation.

En utilisant les coûts moyens de traitement médical constatés dans chaque pays, on calcule ensuite les économies réalisées par les systèmes de santé en raison de la réduction de la morbidité et de la mortalité générée par le préservatif féminin. On calcule par ailleurs la productivité économique moyenne par adulte en âge de travailler pour chaque pays, ainsi que la baisse de productivité liée aux infections VIH (avec traitement antirétroviral [TAR]) et la mortalité maternelle. Les avantages économiques obtenus sont exprimés sous forme de « pertes de productivité évitées » et de « dépenses de santé évitées » par le biais de l'utilisation d'un million de préservatifs féminins dans chacun des pays étudiés. En utilisant les données de coûts constatés par pays, fournies par l'UAFC et PSI, il devient possible de comparer les coûts des programmes avec les avantages économiques attendus ; cela autorise « une analyse de type retour sur investissement ».

**2. Analyse du rapport coût / efficacité des résultats sanitaires :** Les modèles permettent d'estimer les morbidités et mortalités évitées par le biais de la distribution d'un million de préservatifs féminins ; en rapprochant ces estimations des coûts réels par programme, on calcule un coût par DALY pour chaque pays étudié. Ces valeurs sont alors comparées à la grille des seuils WHO-CHOICE du rapport coût / efficacité de l'OMS ainsi qu'au coût par DALY évitée, obtenu grâce à d'autres systèmes existants de prévention et de traitement du VIH en Afrique subsaharienne. Ceci permet d'obtenir une analyse en termes de seuils mais également un comparatif des rapports coût / efficacité.

**3. Les implications économiques au sein de la société :** L'impact potentiel du préservatif féminin en termes de perspectives de croissance économique et d'égalité des revenus au sein d'une société a fait l'objet de recherches documentaires et par le biais d'entretiens. Ces recherches comprenaient une étude et une synthèse des articles portant sur l'économie de la santé, la santé publique, les études de développement et la sociologie. Elles étaient complétées par 14 entrevues d'informateurs clés (praticiens de terrain, décideurs politiques, bailleurs dans les domaines de la PF et du VIH / sida). Les conclusions de ces 14 entretiens ont été analysées afin d'identifier les conséquences sociales essentielles découlant de l'utilisation du préservatif féminin, conséquences qui ont des implications économiques très étendues.

## 2. Retour sur investissement

### 2.1 Principes directeurs des investissements stratégiques

Le lien entre l'état de santé sexuel, reproductif et maternel d'une population d'une part et son développement socio-économique d'autre part est un fait vérifié. Cela conduit de nombreux bailleurs et gouvernements à investir dans des programmes de prévention du VIH / sida et de planification familiale. Un meilleur accès aux méthodes de protection reste cependant l'une des grandes priorités en matière de santé mondiale et les besoins en investissements dépassent les ressources disponibles.

Ces contraintes budgétaires poussent donc les décideurs politiques à investir de façon stratégique. Dans le cadre du présent *business case*, il s'agit d'investissements dans des interventions choisies pour leur efficacité et leur rôle de catalyseur - ouvrant sur des avantages sociétaux plus larges. Ces investissements stratégiques produisent des retombées plus importantes que les fonds investis ; ils accélèrent la dynamique du marché qui permet de stimuler davantage les investissements issus des secteurs publics et privés.

Lorsqu'il s'agit d'investissements en matière de santé, les « retours » peuvent **se concrétiser sous forme d'économies directes pour les systèmes de santé des pays - une population active en bonne santé contribuant davantage à l'économie du pays**. Les investissements stratégiques **traitent également de grands thèmes sociaux aux ramifications économiques étendues et entretiennent des cercles vertueux entre le meilleur état sanitaire et la croissance économique**.

Pour pouvoir évaluer de façon précise le ROI (retour sur investissement) et comparer les rapports coûts / efficacité entre eux, on utilise de plus en plus fréquemment des outils issus des sciences économiques, l'accent étant mis sur des indicateurs et des méthodologies standardisés. Cette tendance a ouvert la porte à une approche de l'investissement social plus axée sur la stratégie et les faits vérifiables, offrant davantage de transparence pour les contribuables et les bailleurs ainsi qu'une responsabilité accrue à l'égard des femmes et des hommes à qui s'adressent ces investissements.

## 2.2 Quantification des coûts

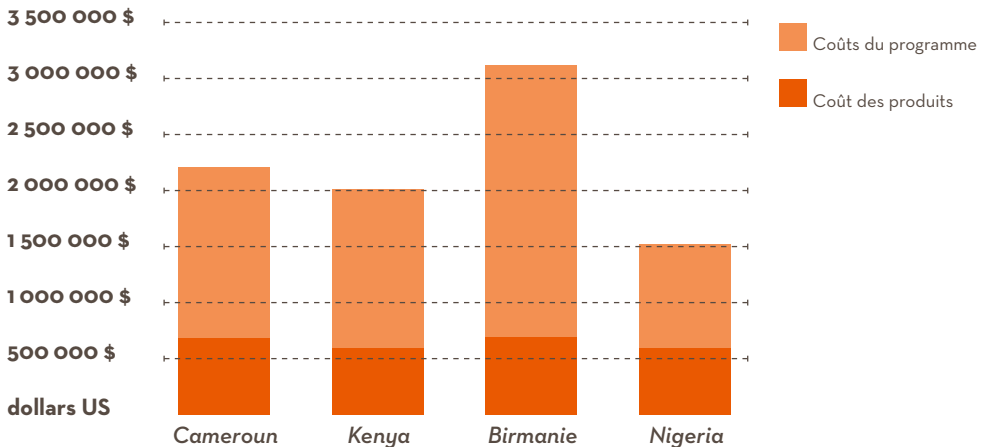
La première étape dans l'évaluation du ROI attendu pour un programme de santé consiste à quantifier les coûts prévisibles de l'intervention. En ce qui concerne la présente analyse du ROI, on a utilisé les coûts réels des programmes de distribution de préservatifs féminins au Cameroun, au Kenya\*, en Birmanie et au Nigeria. Les coûts varient en fonction des pays, du contexte et des objectifs spécifiques de chaque intervention.

Les programmes axés sur le préservatif féminin comportent habituellement un effort important en matière de sensibilisation des utilisatrices et de CCC (communication pour le changement de comportements). Cet aspect est d'autant plus important lorsqu'on propose de nouveaux produits, méconnus par leurs utilisatrices potentiels. Dans certains cas, il arrive que les sociétés se méfient des nouveaux produits, ce qui renforce encore l'importance d'une information complète ainsi que d'une éducation des utilisatrices et des parties prenantes clés de la société.

Au coût du programme, il faut ajouter le coût des produits distribués, qui représente une proportion significative de la dépense. Dans le cadre de cette analyse, on a utilisé un coût unitaire de 0,55 dollar US par préservatif féminin. Ce coût pourrait être réduit en fonction de la marque, des volumes d'achat ou encore des négociations avec les fabricants respectifs.

\* Le manque de données disponibles conduit la présente étude à utiliser le coût moyen par préservatif féminin constaté par PSI dans ses programmes en Afrique de l'Est et du Sud.

**Graphique 1 :**  
**Coût total de distribution d'un million de préservatifs féminins**



Le graphique 1 montre que, contrairement à une opinion assez répandue, **le coût des produits n'est pas le facteur principal dans le coût d'un programme** axé sur le préservatif féminin. En fait, le programme « hors coût des produits » représente une proportion importante du coût total. Comme pour n'importe quel nouveau produit, l'introduction du préservatif féminin sur de nouveaux marchés réclame un investissement en marketing, en sensibilisation utilisatrice et en éducation des sociétés. L'exemple du Zimbabwe prouve néanmoins que les programmes de préservatif féminin voient leur coût décroître sur la durée alors que la sensibilisation des sociétés s'accroît<sup>23</sup>.

Il y a deux points essentiels à mettre en avant pour aider les gouvernements et les bailleurs à revoir leur perception du préservatif féminin. En premier lieu, le coût du produit n'est pas le facteur principal dans le coût d'un programme - même s'il est exact que le préservatif féminin reste encore plus cher que le préservatif masculin ; les efforts se poursuivent pour faire baisser son prix par le biais d'achats en volume, de la stimulation de la demande et de la concurrence sur le marché. En second lieu, les programmes associés à un nouvel entrant sur le marché comportent toujours un coût d'investissement initial qui s'amortit sur la durée et va décroissant.

## 2.3 Quantification des avantages économiques attendus

L'ensemble des avantages économiques liés à l'amélioration de l'état sanitaire d'une population est difficile à cerner et se manifeste sur le long terme. Dans le cadre de la présente analyse du ROI, ces avantages économiques ont été appréhendés au travers de deux indicateurs clés :

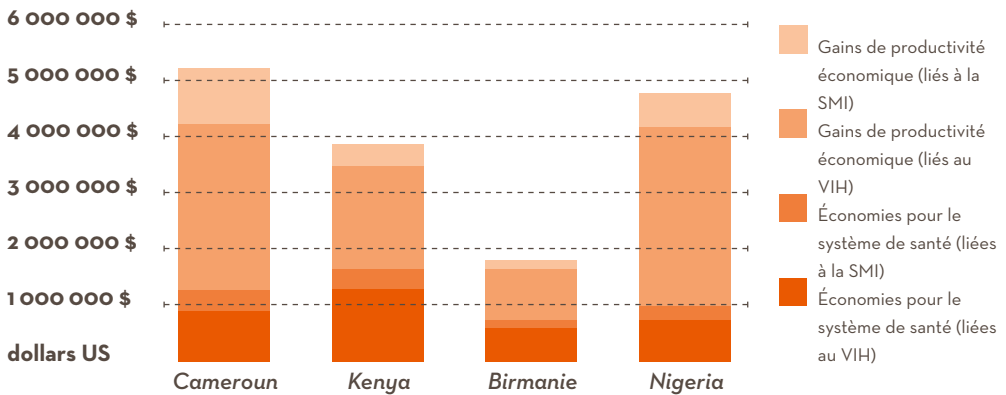
1. Les économies réalisées (grâce au préservatif féminin) par le système de santé qui évite d'avoir à prendre en charge les cas de VIH / sida et de morbidité maternelle ;
2. L'amélioration de la productivité économique, les pertes de productivité liées aux infections VIH et à la mortalité maternelle étant évitées grâce au préservatif féminin.

Ces indicateurs ont été choisis en raison de : leur lien direct avec les résultats sanitaires obtenus grâce à l'utilisation du préservatif féminin ; la durée relativement réduite qui est nécessaire pour que les avantages se concrétisent au niveau du système de santé et de l'économie du pays en général<sup>24</sup>.



Comme indiquées dans la partie Méthodologie et en Annexe I, les modélisations de PSI, de MSI et du Futures Institute ont été utilisées pour calculer les économies réalisées par le système de santé ainsi que les pertes de productivité économique évitées grâce à la distribution d'un million de préservatifs féminins<sup>25,26,27</sup>.

**Graphique 2 :**  
**Avantages économiques cumulés pour une distribution d'un million de préservatifs féminins**



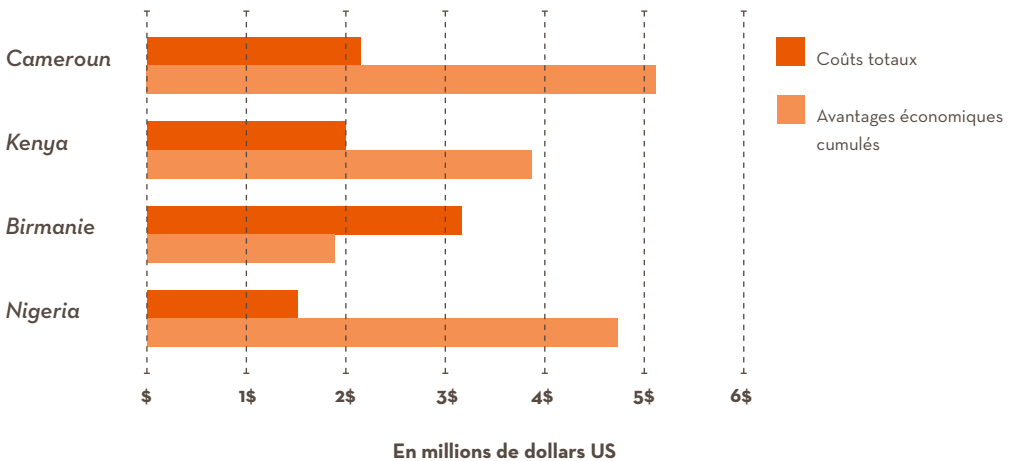
Le graphique 2 met en évidence les avantages économiques cumulés d'un programme de distribution d'un million de préservatifs féminins dans les pays retenus pour cette étude. Sur les bandes du graphique, on remarque que l'avantage économique le plus important découle des pertes de productivité qui sont évitées grâce à la réduction du taux d'infection au VIH. Cette analyse est basée sur l'hypothèse d'un accès sans restriction aux TAR (traitements antirétroviraux) et d'une observance régulière des traitements, qui permet aux adultes porteurs du VIH / sida de continuer à travailler - avec néanmoins une baisse de 25 % de leur productivité (cf. Annexe I). En réalité, la majorité des adultes atteints par le sida n'ont pas accès aux TAR et nombre de ces adultes ne reprennent pas leur activité après être tombés malades. La présente analyse donne donc une estimation prudente des pertes de productivité économique évitées.

Le graphique 2 montre clairement l'avantage économique cumulé lié à l'investissement dans le préservatif féminin, d'une part sous forme d'économie pour le système de santé des pays ciblés et d'autre part en termes de pertes de productivité évitées pour l'économie du pays. Pour les gouvernements, cela signifie qu'un tel investissement va faire réaliser des économies de plusieurs millions de dollars sur les années à venir, tant sur le budget de la santé que sur la production économique. Pour les bailleurs, investir dès maintenant permettra de réduire le niveau de soutien dont les pays auront besoin à l'avenir. Les avantages économiques offerts sont donc évidents pour ces deux parties prenantes.

## 2.4 Retour sur investissement au plan économique (ROI)

Quel niveau de retour sur investissement est-on en droit d'attendre si l'on apporte son soutien financier au préservatif féminin ? En comparant les coûts d'ensemble (coût du programme plus coût des produits) aux avantages économiques cumulés attendus, le retour sur investissement est excellent pour l'Afrique subsaharienne et présente des avantages conséquents comparativement au coût pour la Birmanie, le pays d'Asie du Sud-Est couvert par cette étude.

**Graphique 3 :**  
**Retour économique sur investissement pour un million de préservatifs féminins distribués**



Au Cameroun, un investissement de 1 dollar US rapporte 2,37 dollars à l'économie du pays. Au Kenya, un investissement de 1 dollar rapporte 1,94 dollar ; pour la Birmanie, le rapport est de 1 pour 0,61 dollar et pour le Nigeria, de 1 pour 3,20 dollars<sup>28,29</sup>. Si l'on considère ces rapports sous l'angle d'un investisseur - et en tenant compte des indicateurs sanitaires pour l'ensemble de la population -, les retours sur investissement sont excellents pour le Cameroun, le Kenya et le Nigeria. En ce qui concerne la Birmanie, plusieurs facteurs contribuent à réduire le retour sur investissement. La Birmanie présente un taux de prévalence du VIH inférieur aux pays d'Afrique subsaharienne étudiés et le nombre d'infections au VIH évitées pour un même nombre de préservatifs féminins distribués est donc plus faible. De plus, le programme de PSI en Birmanie ciblait spécifiquement les professionnelles du sexe et les autres groupes à haut risque. Le ciblage de groupes à haut risque peut générer des coûts de programmes plus élevés. Enfin, l'économie de la Birmanie est frappée par des sanctions internationales, ce qui renchérit le coût de toutes les activités de routine. En dépit de cela, un retour sur investissement de 60 % sous forme d'avantages économiques représente tout de même une proposition digne d'intérêt pour un investisseur social.

### 3. Analyse coût / efficacité des résultats des actions sanitaires

En lui-même, le préservatif féminin représente une solution efficace pour atteindre l'objectif-projet. Les bailleurs savent qu'ils peuvent attendre un retour sur investissement vérifié, sous forme d'avantages économiques au sein des pays ciblés. Cependant, les bailleurs et les gouvernements nationaux souhaitant investir dans le préservatif féminin souhaiteront pouvoir comparer cette méthode aux autres possibilités d'utilisation de leurs fonds.

En utilisant les mêmes modélisations que PSI et MSI, cette partie quantifie les résultats sanitaires attendus découlant d'un programme de distribution d'un million de préservatifs féminins. Par la suite, une analyse comparée des coûts / efficacité sera présentée pour mettre en lumière l'intérêt du préservatif féminin par rapport aux alternatives.

#### 3.1 Estimation de l'impact au plan sanitaire dans les pays étudiés

La distribution d'un million de préservatifs féminins par le biais de programmes efficaces produit des effets remarquables dans les pays étudiés<sup>30,31,32</sup>, effets qui peuvent être répliqués dans d'autres pays. À l'heure actuelle, les avantages sanitaires sont déjà notables : au Cameroun et au Nigeria, pays où l'UAFC soutient un programme axé sur le préservatif féminin et où la barre du million d'unités distribuées a déjà été franchie, et en Birmanie, où PSI mène une action de marketing social en faveur du préservatif féminin auprès de populations clés depuis 2003<sup>33</sup>.

**Tableau 1 :**  
**Résultats estimés pour une distribution d'un million de préservatifs féminins**

Par million de préservatifs féminins	Cameroun	Kenya	Birmanie	Nigeria
Nbre de DALY évitées	9 292	9 713	4 122	9 488
Nbre de grossesses non désirées évitées <sup>a</sup>	1 939	1 939	1 939	1 939
Nbre d'infections VIH évitées	108	125	62	100
Nbre de décès maternels évités	8	4	2	7
Nbre de décès de nourrissons évités <sup>b</sup>	53	39	14	77
Nbre d'avortements dangereux évités <sup>c</sup>	243	265	521	213

a. Le « nombre de grossesses non désirées évitées » est exprimé en tant que taux comparatif, à savoir un taux d'échec pour une méthode donnée comparé au taux de grossesse moyen en l'absence de contraception. Les taux de grossesse varient d'un pays à l'autre en raison des disparités biologiques et comportementales ; il n'existe pas d'étude permettant de quantifier ces disparités. Le présent indicateur montre donc le nombre de grossesses non désirées qui sont évitées grâce à la distribution d'un million de préservatifs féminins, quel que soit le pays – plutôt qu'une valeur spécifique par pays. C'est ce qui explique pourquoi le nombre de grossesses non désirées évitées est le même pour les quatre pays étudiés.

b. Le nombre de décès de nourrissons évités représente les décès évités en raison d'un meilleur espacement des naissances, c'est-à-dire d'une augmentation de l'intervalle entre les naissances.

c. Le nombre d'avortements dangereux évités équivaut au nombre de naissances vivantes évitées multiplié par le taux d'avortements dangereux – basé sur les estimations de l'OMS en matière d'avortements dangereux par sous-région en 2008. La distribution d'un million de préservatifs féminins évite davantage d'avortements dangereux en Birmanie qu'en Afrique subsaharienne en raison du taux d'avortement dangereux, qui est plus élevé en Asie du Sud-Est.

Améliorer l'accès à la santé présente un intérêt éthique indiscutable. À chacun des cas comptabilisés ci-dessus correspond une personne qui évitera une infection ou une grossesse non désirée et dont l'existence se trouvera améliorée. De plus, à chaque cas évité correspond l'opportunité pour une femme ou un homme de continuer à contribuer à l'économie, de consommer des biens et des services et de réduire la charge qu'ils imposeraient au système de santé publique pour des raisons évitables.

### 3.2 Analyse coût / efficacité

Une question essentielle pour les gouvernements et les bailleurs est de déterminer si le préservatif féminin représente un moyen efficace d'atteindre les objectifs de santé qu'ils se sont fixés. Est-il possible d'atteindre ces objectifs de façon plus efficace en faisant appel à d'autres types d'intervention ? L'analyse coût / efficacité permet de répondre en partie à cette interrogation. Il s'agit d'une approche utilisée par les économistes de la santé. Elle permet d'évaluer si les coûts d'une intervention sanitaire donnée sont raisonnables par comparaison avec des seuils prédéterminés et avec d'autres interventions susceptibles de produire des résultats similaires<sup>34,35</sup>.

Comparer les coûts et les avantages offerts par différentes méthodes d'intervention sanitaire passent par l'utilisation d'un « langage » homogène pour comparer les résultats. Pour ce faire, les analystes ont mis au point des indicateurs composites tels que le DALY (année de vie ajustée à l'incapacité). Le Disability Adjusted Life Year (DALY) a été proposé en 1993 par le « World Development Report (WPR) » pour mesurer de façon rationnelle, reproductible et comparable l'état de santé des populations<sup>36</sup>. Le DALY est le seul indicateur quantitatif (exprimé en années) du fardeau réel d'une maladie donnée. Il reflète, sur une période de temps donnée, la somme totale des années de bonne santé perdues (les années perdues, résultant soit de mortalité prématurée, soit d'invalidité). Une « DALY évitée » correspond donc à une année de vie en bonne santé.

### 3.2.1 Grille des seuils WHO-CHOICE du rapport coût / efficacité

La première question qui s'impose lors d'une analyse de rapport coût / efficacité est la suivante : comment comparer de tels rapports entre eux ? Afin de pouvoir uniformiser les comparaisons, le projet WHO-CHOICE de l'OMS recommande des seuils internationaux en matière de rapports coût / efficacité. Le coût d'une intervention par nombre de DALY est classé selon l'une des trois catégories suivantes : *très bon rapport coût / efficacité* ; *rapport coût / efficacité acceptable* ; *rapport coût / efficacité en dessous du seuil*<sup>37</sup>.

**Tableau 2 :**  
**Grille des seuils WHO-CHOICE du rapport coût / efficacité du préservatif féminin**

Le coût par DALY évitée est d'un...	
<b>très bon rapport coût / efficacité</b>	<b>s'il est inférieur au PIB par habitant</b>
<b>rapport coût / efficacité acceptable</b>	<b>s'il est compris entre une et trois fois le PIB par habitant</b>
<b>rapport coût / efficacité en dessous du seuil</b>	<b>s'il revient à plus de trois fois le PIB par habitant</b>

Définir des seuils de rapport coût / efficacité rapportés au PIB par habitant permet de mettre en perspective les niveaux de dépense possibles et raisonnables en fonction des ressources du pays considéré. Dans les pays étudiés dans le cadre de la présente analyse, le coût par DALY place le préservatif féminin dans la catégorie « très bon rapport coût / efficacité » de la grille WHO-CHOICE de l'OMS.

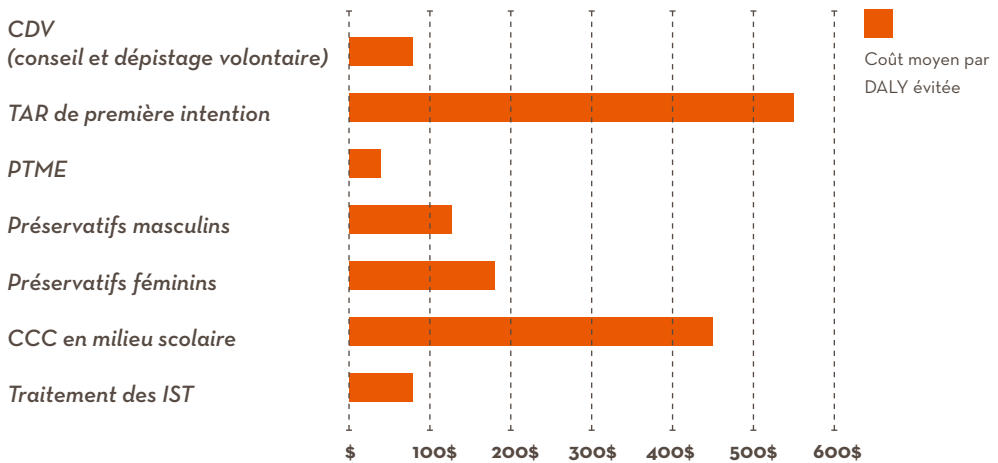
**Tableau 3 :**  
**Rapport coût / efficacité du préservatif féminin selon la grille WHO-CHOICE de l'OMS**

Coût par DALY d'un programme d'un million de préservatifs féminins	Coût par DALY en dollar US	Seuil OMS en dollar US	Performance
Cameroun	235	1 151	très bon rapport coût / efficacité
Kenya	209	862	très bon rapport coût / efficacité
Birmanie	757	1 200	très bon rapport coût / efficacité
Nigeria	158	1 555	très bon rapport coût / efficacité

### 3.2.2 Coût par DALY comparé aux autres interventions de niveau prioritaire

L'analyse comparative des rapports coût / efficacité permet en outre aux décideurs d'appréhender les résultats attendus d'une intervention par rapport aux autres possibilités d'utilisation de leurs fonds. En s'appuyant sur le coût moyen par DALY (relevé dans les rapports portant à la fois sur la prévention et le traitement en Afrique subsaharienne)<sup>38,39</sup>, le graphique 4 démontre que le préservatif féminin présente un coût par DALY **compétitif** par rapport au financement d'autres options. Cela signifie également que, par rapport à d'autres interventions possibles, le préservatif féminin offre un **coût d'achat compétitif** par « unité de santé ».

**Graphique 4 :**  
**Coût moyen par DALY évitée en Afrique subsaharienne**



## 4. Retombées économiques dans la société au sens large

Les données en termes de retour sur investissement et d'analyse coût / efficacité de la partie précédente montrent que le préservatif féminin peut atteindre l'objectif-projet de façon efficace. Cependant, les retombées liées aux programmes de préservatif féminin sont plus étendues que les simples résultats directs d'un investissement isolé.

L'augmentation du pourcentage de rapports sexuels protégés, la baisse de la fertilité et la diminution de la prévalence du VIH – qui peuvent tous découler d'un meilleur accès à une gamme étendue de méthodes contraceptives incluant le préservatif féminin – s'accompagnent d'avantages macro-économiques au sens large. L'impact économique total de l'utilisation du préservatif féminin est complexe, car les résultats peuvent être directs et indirects, s'étaler sur la durée et même à travers les générations. Cette partie traite des trois avantages sociaux au sens large qui découlent de l'utilisation du préservatif féminin. Chacun de ces avantages se traduit par un meilleur état de santé individuelle, ce qui contribue de façon significative à la croissance économique dans les pays en développement.

### 4.1 Élargir les choix et améliorer la protection

L'ajout du préservatif féminin à la gamme des méthodes de protection disponibles génère un accroissement du taux de rapports sexuels protégés. En matière de contraception, il est démontré que plus la gamme de méthodes de planification familiale disponible est diversifiée, plus le taux d'utilisation de méthodes de contraception augmente<sup>40,41</sup>. De plus, les études montrent qu'en matière de prévention du VIH, le nombre de rapports sexuels protégés augmente lorsque les préservatifs masculins et féminins sont tous deux disponibles (par rapport au préservatif masculin seul)<sup>42,43,44,45,46</sup>. **Positionner le préservatif féminin dans l'éventail des produits disponibles permet d'élargir le choix des méthodes contraceptives proposées et le taux de rapports protégés : cela se traduit par une diminution des infections IST / VIH et du nombre de grossesses non désirées.**

Bien que les préservatifs masculins soient relativement peu chers et largement disponibles, les données portant sur son utilisation montrent qu'une proportion significative des rapports sexuels, incluant ceux qui sont considérés comme à haut risque, ont lieu sans protection<sup>47,48,49</sup>. Cela tend à montrer que le préservatif masculin ne peut à lui seul satisfaire de façon adéquate les besoins des couples qui recherchent une méthode de protection double (IST et contraception). Les préservatifs féminins offrent les mêmes avantages en termes de protection double ; des études montrent également que de nombreux hommes préfèrent certaines spécificités du préservatif féminin (pas de sensation d'étroitesse, utilisation possible sans érection complète)<sup>50</sup>. Le préservatif féminin est donc une méthode de



protection cruciale à rajouter à l'éventail des méthodes disponibles pour les couples qui ne peuvent utiliser systématiquement le préservatif masculin (ou ont des difficultés à l'utiliser), ceux qui préfèrent les sensations procurées par un préservatif féminin et ceux qui souhaitent partager la responsabilité du recours à un préservatif.

**Le préservatif féminin permet d'augmenter le taux d'utilisation des protections contraceptives et des protections contre les IST / VIH, de réduire la charge sur les systèmes de santé et d'abaisser les taux de fertilité. Ces trois derniers indicateurs sont étroitement liés à une meilleure croissance économique.** Pour illustrer cette dynamique, une modélisation portant sur le Nigeria a montré que la réduction du taux de fertilité totale du pays d'un enfant par femme se traduirait par une augmentation de 13,2 % du PIB par tête au bout de 20 ans et de 25,4 % au bout de 50 ans<sup>51,52</sup>.

## 4.2 Soutien de l'autonomisation des femmes

L'autonomisation économique des femmes est un concept large qui englobe l'accès à l'éducation, la participation au marché du travail, les droits de santé sexuels et reproductifs, le statut et la capacité de négociation au sein du foyer ainsi que l'autonomie financière. Elle est corrélée avec une réduction de la pauvreté et avec la croissance économique<sup>53</sup>. Ce fait vérifié place ainsi l'autonomisation des femmes parmi les grandes priorités de l'ordre du jour en matière de développement mondial.

Des taux d'utilisation plus élevés en matière de contraception et de prévention du VIH sont fortement corrélés avec l'autonomisation économique des femmes. Une étude portant sur les zones rurales du Bangladesh démontre que, au niveau des foyers, les femmes habitant dans des villages où les moyens de contraception sont disponibles tendent à être propriétaires de davantage d'actifs à valeur économique que dans le groupe contrôle (village dépourvu de moyens de planification familiale)<sup>54</sup>. Les données pour le Botswana démontrent qu'il existe une forte corrélation entre le niveau d'indépendance économique des femmes et leur recours à un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel<sup>55</sup>.

**L'accès constant à une méthode qui permet aux femmes de mettre indépendamment en œuvre une protection double permet le renforcement mutuel de deux objectifs : l'autonomisation des femmes et un meilleur état sanitaire.** À court terme, le préservatif féminin procure aux femmes et à leurs partenaires un moyen d'assurer leur propre protection. Il donne également aux femmes et aux couples davantage de latitude et de pouvoir dans leur choix d'une méthode de protection. De la même façon, le fait de pouvoir prendre l'initiative de mettre en place une protection double et de pouvoir choisir sa méthode contribue à l'amélioration structurelle du statut de la femme sur le long terme<sup>56</sup>.

Les relations de causalité qui lient l'autonomisation économique des femmes et les meilleurs résultats en matière de santé sont difficiles à dissocier : l'autonomisation conduit en effet à une meilleure santé et un meilleur état sanitaire favorise l'autonomisation. Il est cependant clair qu'il est vital de catalyser ce mécanisme vertueux de renforcement mutuel des objectifs, qui bénéficie aux femmes et à leurs familles. Il est également évident que ces résultats positifs ont des ramifications très étendues au niveau de chaque pays. **L'autonomisation économique des femmes est étroitement liée à l'augmentation du revenu par habitant et à l'amélioration de la croissance économique<sup>57</sup>.**

### 4.3 Obtenir davantage d'égalité en matière de santé

L'un des objectifs principaux du développement consiste à faire progresser le niveau de revenu par habitant ; cependant, la distribution des richesses au sein de la population a également un impact sur la croissance économique. Réduire les disparités en matière de santé entre les différents groupes de la population tend à favoriser une meilleure répartition des revenus au plan national, ce qui conduit à de meilleurs taux de croissance économique, notamment dans les pays pauvres<sup>58</sup>.

Réduire les disparités en matière de santé - c'est-à-dire favoriser l'équité des états sanitaires - implique de répondre aux besoins des groupes désavantagés ou mal desservis. Ces groupes comprennent les personnes qui ont des difficultés à accéder aux services de santé soit pour des raisons financières, soit par manque d'information, ainsi que les personnes stigmatisées en raison de leur profession ou de leurs orientations sexuelles. Le préservatif féminin a démontré qu'il procurait une protection supplémentaire aux professionnel(le)s du sexe durant les activités sexuelles à des fins commerciales<sup>59,60,61</sup>. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ainsi que les couples hétérosexuels ayant des rapports sexuels anaux peuvent également bénéficier de l'accès au préservatif féminin<sup>62,63,64</sup>. Bien qu'aucune autorité réglementaire n'ait encore évalué ou approuvé le préservatif féminin pour les rapports sexuels anaux, cinq services de santé publique des États-Unis et du Canada recommandent officiellement leur utilisation dans ce domaine<sup>65</sup>.

En cela, le préservatif féminin représente un outil crucial pour la réduction des disparités en matière de santé au sein des groupes défavorisés.

Les jeunes femmes constituent un segment important, croissant et mal desservi de la population : elles encourent plus de risques en matière d'infection IST / VIH et d'avortements dangereux. Ce segment bénéficiera également de l'accès au préservatif féminin. Les personnes jeunes font plus souvent appel aux méthodes contraceptives à action brève que les femmes et les hommes plus âgés<sup>66,67,68</sup>. De plus, les jeunes femmes peuvent ne pas avoir les qualités nécessaires (confiance en soi, maturité et pouvoir de négociation) pour convaincre leurs partenaires d'utiliser un préservatif masculin.

Mettre à disposition une méthode de protection double qui reste à l'initiative des femmes permet aux jeunes femmes (et aux jeunes hommes) de mieux gérer leur santé sexuelle et reproductive.

**Répondre aux besoins de santé des groupes d'hommes et de femmes défavorisés permet de réduire les disparités dans l'état sanitaire d'un pays : cela favorise l'égalité des revenus, un facteur qui est associé à une croissance économique vigoureuse.** Lorsque les groupes défavorisés accèdent à une meilleure égalité des rôles au sein de la société et du marché du travail, on relève de meilleurs taux de productivité, un taux d'épargne plus fort ainsi qu'un élargissement de la base d'imposition - ce qui permet aux gouvernements d'investir dans les infrastructures, la santé et l'éducation. Chacune de ces tendances représente une composante cruciale du développement économique.

## 5. Dynamique de marché et avenir du préservatif féminin

Ce *business case* présente une analyse du retour sur investissement et du rapport coût / efficacité du préservatif féminin basé sur des faits vérifiés. Il met également en évidence les implications économiques majeures découlant de l'accès au préservatif féminin. Le préservatif féminin constitue une plate-forme éprouvée et est d'un bon rapport coût / efficacité pour les gouvernements et les bailleurs souhaitant mettre en œuvre une prévention IST / VIH doublée d'une planification familiale. Dans cette dernière partie, on examinera la dynamique du marché du préservatif féminin dans son ensemble.

### 5.1 Un moment privilégié pour investir

Les ventes de préservatif féminin augmentent de façon régulière<sup>69</sup> et de nouveaux produits font leur apparition sur le marché mondial (cf. Annexe II). Ces innovations offrent un choix plus étendu aux utilisatrices et confèrent davantage de flexibilité aux acheteurs en termes de produits et de prix de revente. La diversité de l'offre est de nature à stimuler la demande, les utilisatrices ayant la possibilité de choisir le produit qui satisfait le mieux à leurs besoins. Sur ce marché en pleine évolution, les moteurs principaux sont le degré de sensibilisation des sociétés d'une part et la demande totale pour le produit d'autre part. Le marketing et la CCC axés sur le préservatif féminin se sont montrés particulièrement efficaces dans de nombreux pays, notamment au Brésil, en Afrique du Sud et au Zimbabwe<sup>70,71,72,73,74,75</sup>. Le moment est venu de tirer les enseignements issus des différents pays et contextes afin de les répliquer. L'attention du monde étant focalisée sur l'objectif-projet (c'est-à-dire la réduction des besoins non satisfaits et l'augmentation du taux d'utilisation des méthodes de planification familiale et de protection contre le VIH), il est temps en effet de consolider les avancées et de tirer parti de cette étape privilégiée que traverse le marché du préservatif féminin.

En matière de protection, les besoins non satisfaits sont importants. Dans les pays en développement, plus de 222 millions de femmes indiquent que leurs besoins en matière de contraception ne sont pas satisfaits<sup>76</sup> et les besoins en matière de prévention VIH ne sont pas entièrement satisfaits par les préservatifs masculins. Assurer l'accès universel au préservatif féminin, avec le soutien de programmes exhaustifs, est une condition essentielle pour garantir un éventail de méthodes, capable de couvrir l'ensemble des besoins dans les divers pays et communautés.

Le préservatif féminin représente une opportunité pour les gouvernements et les bailleurs de lancer un cercle vertueux mettant en jeu une utilisation accrue, une demande soutenue, un état sanitaire amélioré, des économies plus fortes et des populations d'hommes et de femmes dont le pouvoir d'achat permet l'accès aux produits de santé. De tels cercles vertueux, qui se retrouvent au cœur du développement économique et social, sont attractifs pour les entreprises du secteur privé désireuses de s'implanter sur des marchés en croissance. **Investir dès maintenant dans des programmes axés sur le préservatif féminin permettra à la dynamique de marché de s'enraciner et à la demande d'atteindre son plein potentiel.**

## 5.2 Recommandations quant aux mesures à prendre

Pour atteindre les objectifs-projet et réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale et de méthodes de prévention des IST / VIH, la palette d'intervention possible doit inclure le préservatif féminin. Les parties prenantes doivent cependant agir au moment opportun. Pour assurer la bonne diffusion du préservatif féminin, faire connaître ses spécificités uniques et l'intégrer dans l'éventail des méthodes de protection double, il existe des points de passage obligés. Pour garantir la disponibilité du préservatif féminin et l'accès à celui-ci, la liste des thèmes cruciaux à traiter comprend :

**1. L'investissement, encore et toujours :** Le préservatif féminin nécessite des ressources et des investissements. Il apporte aux femmes des avantages non mesurables en matière de santé ainsi que la maîtrise des pratiques sexuelles sans risque. Pour les investisseurs, le préservatif féminin offre un excellent rapport qualité / prix pour chaque investissement pris isolément, et il a la capacité de lancer une dynamique sociale aux retombées économiques étendues.

**2. Comprendre où se situent les gains d'efficience :** Pour être mieux à même de répliquer les réussites déjà enregistrées par le préservatif féminin, il est nécessaire de documenter et de disséminer les enseignements acquis dans les pays où les programmes de préservatif féminin ont été déployés à grande échelle et où la demande est désormais établie. Des analyses de coûts rigoureuses permettront d'identifier les gains d'efficience liés aux économies d'échelle lorsque le préservatif féminin devient accessible au consommateur final par la distribution locale.

**3. Le couplage avec les canaux de distribution existants :** afin de minimiser les coûts de distribution et de créer une association dans l'esprit des consommateurs, les parties prenantes doivent jouer sur l'effet de levier fourni par les canaux de distribution de santé existants. Lorsque les personnes se rendent dans les commerces locaux où ils achètent habituellement des médicaments antipaludéens, des sels de réhydratation ou encore des préservatifs masculins, il faut que l'option du préservatif féminin leur soit également proposée. En s'appropriant les canaux de distribution et les points de vente existants, on peut tirer parti d'économies d'échelle et de l'association des produits dans l'esprit des consommateurs.

**4. Les systèmes de communication, un aspect crucial :** L'investissement dans le préservatif féminin doit se doubler d'une sensibilisation des consommateurs et d'une stimulation de la demande. Ceci est nécessaire pour communiquer clairement l'idée que la prévention des IST / VIH et la contraception coïncident précisément avec les spécificités uniques du préservatif féminin. Une campagne de marketing destinée à l'ensemble du public est cruciale si l'on souhaite obtenir une large base de soutien et une demande pérenne. Dans le même temps, des programmes ciblant les groupes défavorisés clés sont nécessaires, en veillant à ne jamais stigmatiser l'utilisation du préservatif féminin. Pour chaque groupe cible, une stratégie de communication efficace, axée sur des messages spécifiques au contexte et au groupe visé, devra être mise en place.

**5. L'expansion du marché :** l'innovation est la condition *sine qua non* de la progression du préservatif féminin. Des ressources doivent être consacrées à l'innovation afin d'élargir constamment les spécificités du produit ; elles doivent également être consacrées à l'ouverture de nouveaux marchés pour les nouveaux produits par le biais du soutien à l'agrément et la préqualification. La concurrence entre les divers produits stimule l'innovation et bénéficie directement aux consommateurs.

L'avenir du marché, pour ces produits qui amélioreront la santé de plusieurs millions de femmes et d'hommes, se façonne aujourd'hui. La question essentielle que les investisseurs doivent se poser est de savoir si la stratégie qu'ils utilisent parvient à satisfaire les besoins actuels tout en exerçant une influence stratégique sur un marché qui concernera les générations futures.

**La question est donc tranchée : investir dans le préservatif féminin – un produit à part, qui sauve des vies – représente une utilisation efficace et efficiente des ressources.** Le préservatif féminin apporte des résultats immédiats, mais suscite également une amélioration du marché : cette amélioration résultera d'une autonomisation des femmes, des progrès pour les sociétés et d'un renforcement des économies.

## Annexe I

# Méthodologie

L'approche méthodologique d'ensemble utilisée dans le présent *business case* est décrite dans la partie 1.3. Cette annexe apporte plus de détails en ce qui concerne les approches, les modélisations et les sources utilisées pour calculer les résultats annoncés dans les graphiques 1, 2, 3 et 4.

## Graphique 1

Le graphique 1 présente le coût total correspondant à la distribution d'un million de préservatifs féminins au Cameroun, au Kenya, en Birmanie ou au Nigeria. Pour préparer cette analyse des coûts, l'UAFC a fourni les données financières issues d'organismes partenaires mettant en œuvre des programmes de préservatif féminin au Cameroun et au Nigeria. **Des consultants indépendants ont étudié les données financières tirées des comptes annuels vérifiés pour les années 2010 et 2011. Tous les coûts directs et indirects associés aux programmes dans les pays concernés ont été inclus dans l'analyse.** Les recettes modestes générées par la vente de préservatifs féminins (faisant l'objet d'un marketing social) ont été réinvesties dans le programme et sont donc passées en déduction du coût total. Le coût d'un programme

de distribution d'un million de préservatifs féminins a ensuite été extrapolé sur la base des coûts annuels constatés et des volumes effectivement distribués par chaque programme. **Adoptant une approche prudente, en rapport avec l'investissement dans le préservatif féminin, les consultants ont fixé le coût unitaire du produit à 0,55 dollar US** – même si l'UAFC est parvenu à négocier un prix unitaire inférieur pour les achats en grandes quantités destinés à ses programmes. Pour le Kenya et la Birmanie, deux des pays étudiés, les consultants se sont basés sur les coûts de programme de PSI pour 2008 (publiés par Marseille et Khan en 2008) et ont extrapolé les coûts de programmation pour un million d'unités. Le même coût unitaire de 0,55 dollar US a été retenu pour l'étude des cas du Kenya et de la Birmanie.

## Graphique 2

Le graphique 2 met en évidence les avantages économiques cumulés découlant de la distribution d'un million de préservatifs féminins. Dans le cadre de cette analyse, les avantages économiques se subdivisent en deux catégories. Il y a en premier lieu les **économies réalisées par le système de santé** : le préservatif féminin évite des cas de VIH et de morbidité maternelle qui n'ont donc pas à être traités. Pour calculer cette valeur, la première étape consistait à évaluer le nombre de cas de morbidité évités grâce à la distribution d'un million de préservatifs féminins pour chacun des quatre pays de l'étude (cf. Tableau 1). L'outil *Impact 2*, développé par MSI, a été utilisé pour évaluer le nombre de cas de morbidité maternelle évités ; pour évaluer le nombre d'infections VIH évitées, on a fait appel au *DALYs Calculator* développé par PSI. Les méthodologies complètes

de ces modélisations – qui font appel à une modélisation de scénario basée sur des données issues d'études démographiques et sanitaires ainsi que d'autres sources – sont disponibles sur les sites internet respectifs de ces organismes.

La seconde étape consistait à estimer les coûts qui auraient été supportés par le système de santé si ces cas médicaux n'avaient pas été évités grâce à l'utilisation du préservatif féminin. Pour cela, on a utilisé l'outil *Impact 2* de MSI. Cette modélisation comporte des valeurs préremplies pour les coûts de traitement de la morbidité liée aux grossesses et à la maternité (coûts par pays). En ce qui concerne les infections VIH, les coûts économisés ont été calculés à l'aide de la modélisation *Future Cost of Anti-Retroviral Therapy*, développée par le Futures Institute. Cette

modélisation se base sur l'hypothèse que tous les adultes requérant un TAR (traitement antirétroviral) auront besoin de thérapies de première et de deuxième intention. Les consultants ont fait l'hypothèse que les adultes atteints entameront le TAR lorsque le niveau de leur marqueur CD4 sera compris entre 250 et 350. Les coûts pris en compte incluent le TAR, les examens de laboratoire et les soins de fin de vie, mais excluent le traitement des infections opportunistes. Le coût total sur la durée de vie par adulte s'établit à 8 935 dollars US (avec un taux de réduction de 3 %). **Le coût moyen de traitement du VIH ou de la morbidité maternelle est ensuite multiplié par le nombre de cas évités (grâce à la distribution d'un million de préservatifs féminins) dans chaque pays étudié (avec un taux de réduction de 3 %).** La principale restriction en ce qui concerne cette analyse – tant pour la question de la santé maternelle que pour le VIH – découle de l'hypothèse que tous les cas médicaux recevraient un traitement médical complet : on fait l'hypothèse que les femmes et les hommes qui ont besoin de soins auraient effectivement accès à ces derniers. À l'heure actuelle, cela n'est pas le cas : les systèmes de santé réalisent ainsi des économies, mais pour de très mauvaises raisons.

Les **pertes de productivité évitées** constituent le second avantage économique : elles découlent du maintien sur le marché de l'emploi d'adultes qui, grâce au préservatif féminin, ont évité les infections VIH ou la morbidité / mortalité maternelle. Pour évaluer celles-ci, les consultants ont utilisé une approche tirée de *Economic Returns to Investment in AIDS Treatment in Low and Middle Income Countries* (soit « retombées économiques d'un investissement dans les programmes de traitement du VIH dans les pays à revenus faibles et moyens ») par Resch et al (2011). Conformément à l'approche suivie par Resch et son équipe, on a utilisé le RNB (revenu national brut) par adulte en âge de travailler pour chaque pays comme approximation de la productivité des adultes appartenant à la population active (c'est à dire âgés de 18 ans ou plus). **On a établi une comparaison sur une durée de 22 ans de la productivité d'un adulte en bonne santé et de la productivité réduite d'un adulte séropositif ayant accès à un TAR.** On formule l'hypothèse selon laquelle, sur une durée de 20 ans, un adulte séropositif présentera une productivité équivalente à 75 % de celle d'un adulte en bonne santé. Pour les deux autres

années, on formule l'hypothèse que cette productivité sera réduite à 10 % de celle d'un adulte séronégatif. Ces deux années de productivité réduite à 10 % correspondent à la période durant laquelle le patient tombe malade et requiert un traitement antirétroviral ainsi que l'année de fin de vie. Si l'on prend l'exemple du Cameroun, le RNB moyen par adulte en âge de travailler était de 4 691 dollars US en 2012. Il en découle que, sur une période de 20 ans, un adulte actif séropositif sous TAR gagnerait annuellement 1 172 dollars US de moins qu'un actif en bonne santé. Durant la période de 2 ans correspondant à la phase symptomatique de la maladie et à la fin de vie, l'écart pour ce même adulte séropositif passerait à 4 222 dollars. On en déduit que, dans le cas du Cameroun, éviter une infection par VIH se traduit par une économie de productivité de 31 884 dollars (en faisant l'hypothèse d'un accès libre aux TAR). Ces pertes potentielles par cas d'infection doivent alors être multipliées par le nombre total d'infections évitées grâce à la distribution d'un million de préservatifs féminins, soit 108 pour le Cameroun. Les pertes de productivité évitées se chiffrent donc à 3 443 472 dollars. Si l'on applique un taux de réduction de 3 %, les pertes évitées s'élèvent à 3 340 168 dollars. La même méthodologie a été appliquée au Kenya, à la Birmanie et au Nigeria sur la base des RNB moyens par adulte en âge de travailler pour l'année 2012.

L'une des limitations de l'approche retenue en ce qui concerne le VIH est que cette maladie affecte davantage les personnes situées dans les quintiles économiques les moins favorisés. Aussi, l'estimation du RNB basée sur la moyenne pourrait surestimer le RNB réel des adultes séropositifs. Cela est néanmoins compensé par l'hypothèse selon laquelle tous ces adultes disposent d'un accès libre et complet à un TAR, ce qui leur assure une productivité équivalente à 75 % de celle qu'ils avaient avant d'être malades : la surestimation possible de leurs salaires annuels est compensée par l'hypothèse qui veut que tous les patients aient effectivement accès à un TAR et que leur productivité puisse retourner à un niveau raisonnablement élevé – une hypothèse particulièrement optimiste. On considère que, dans l'ensemble, les estimations des pertes de productivité sont particulièrement prudentes et que dans la réalité, les pertes seront plus élevées en raison de l'accès limité aux TAR.



Pour calculer les économies de productivité réalisées en évitant les cas de morbidité et de mortalité maternelle, on a utilisé une approche prudente en se focalisant uniquement sur la mortalité maternelle. Cela est dû au manque de données qui permettraient d'effectuer une estimation raisonnable des pertes de productivité liées à un taux de fertilité excessif, aux avortements dangereux et à la mortalité infantile. En prenant à nouveau l'exemple du Cameroun, on estime que les cas de mortalité maternelle interviennent à l'âge relativement élevé de 38 ans, pour tenir compte du fait que les risques augmentent avec l'âge. On formule l'hypothèse que toutes les femmes ont un revenu équivalent au RNB moyen pour les adultes actifs, soit 4 691 dollars US entre les âges de 18 et 58 ans. **Si un décès maternel à l'âge de 38 ans réduit prématurément leur espérance de vie, 20 années de productivité économique sont donc perdues par femme.**

Cela représente ainsi une perte de productivité de 93 820 dollars US par mort maternelle. Si l'on multiplie cette perte par le nombre de morts maternelles évitées grâce à la distribution d'un million de préservatifs féminins (soit 8 décès évités pour le Cameroun), on obtient le chiffre de 750 560 dollars US de pertes de productivité évitées. En appliquant un taux de réduction de 3 %, les pertes évitées s'élèvent alors à 728 043 dollars. La même méthodologie a été appliquée pour le Kenya, la Birmanie et le Nigeria.

## Graphique 3

Dans le graphique 3, les coûts totaux des programmes (tirés du graphique 1) sont rapprochés des avantages économiques cumulés (tirés du graphique 2).

## Graphique 4

En ce qui concerne le graphique 4, **le coût par DALY évitée grâce au préservatif féminin - calculé sur la base des coûts totaux par pays (tiré des données du graphique 1) divisé par le nombre de DALY évitées (fourni par le *DALYs Calculator* de PSI) - est rapproché au coût par DALY obtenu avec d'autres interventions.** Les informations sur le coût moyen d'une DALY varient selon les régions et les données disponibles hors Afrique subsaharienne étaient insuffisantes pour être prises en compte dans cette analyse.

Les données ont été essentiellement tirées des coûts par DALY relevés dans les études portant sur le rapport coût / efficacité des interventions sur le VIH en Afrique subsaharienne (voir la partie « références bibliographiques »). Il faut noter que la plupart de ces études indiquent des fourchettes de coûts par DALY. Dans ces cas-là, la valeur moyenne a été utilisée.

## Annexe II

# Les préservatifs féminins sur le marché

Les préservatifs féminins suivants sont soit déjà distribués (disponibles sur le marché ou bien en diffusion restreinte), soit en cours d'agrément réglementaire en vue d'une mise sur le marché. Consulter le site [www.fcmi.org](http://www.fcmi.org) pour plus d'informations.



### CUPID 1®

- **Fabriqué par** Cupid Ltd., Inde
- **Statut réglementaire** : marquage CE, préqualifié par l'OMS, en cours d'enregistrement auprès de la FDA (agence états-unienne des produits alimentaires et médicamenteux)
- **Spécificités du produit** : produit en latex naturel, anneau extérieur hexagonal, l'éponge de qualité médicale placée à l'intérieur facilite l'insertion et maintient le préservatif en place. Pré-lubrifié avec un lubrifiant à base de silicone. Disponible en version transparente ou de couleur rose. Parfumé à la vanille.
- Également commercialisé sous les appellations l'Amour® et Jeitosa®
- Disponible en Inde, au Brésil, en Indonésie, aux Pays-Bas, en Afrique du Sud, au Mozambique et en République kirghize



### FC2®

- **Fabriqué par** Female Health Company, Malaisie
- **Statut réglementaire** : marquage CE, préqualifié par l'OMS, enregistré auprès de la FDA
- **Spécificités du produit** : caoutchouc synthétique de type nitrile, l'anneau intérieur facilite l'insertion et maintient le préservatif en place. L'anneau extérieur flexible protège les parties génitales ; pré-lubrifié avec un lubrifiant à base de silicone.
- Également commercialisé sous les appellations Femidom®, Protectiv®, Care® et de nombreuses autres marques
- Disponible dans 140 pays



### HLL FEMALE CONDOM

- **Fabriqué par** Hindustan Lifecare Ltd®
- **Statut réglementaire** : préparation du dossier de préqualification OMS en cours
- **Spécificités du produit** : produit en latex naturel, l'anneau intérieur souple en copolymère facilite l'insertion et l'anneau extérieur assure le maintien
- Également commercialisé sous les appellations Velvet et Rani
- Disponible en Inde



### ORIGAMI FEMALE CONDOM

- **Conçu par** STRATA Various Product Design, États-Unis
- **Spécificités du produit** : réalisé en matière à base de silicone, replié en accordéon. Inséré en poussant et en dépliant le corps du préservatif dans le vagin. Une collerette circulaire assure le maintien à l'extérieur. Pré-lubrifié avec un lubrifiant à base d'eau.
- Pas encore commercialisé



### PHOENURSE®

- **Fabriqué par** Tianjin Condombao Medical Polyurethane Tech. Co, Ltd., Chine
- **Statut réglementaire** : marquage CE
- **Spécificités du produit** : réalisé en polyuréthane, muni d'anneaux extérieur et intérieur. Vendu avec un applicateur qui se fixe sur l'anneau intérieur et facilite l'insertion (utilisation facultative). Pré-lubrifié avec un lubrifiant à base de silicone.
- Disponible en Chine, au Brésil, au Kenya, au Mexique et au Sri Lanka



### VA W.O.W.®

- **Fabriqué par** HLL (anciennement Hindustan Latex Limited)
- **Statut réglementaire** : marquage CE, approuvé par les autorités sanitaires de l'Inde et du Brésil. Dossier de candidature soumis pour examen de pré-qualification par l'OMS
- **Spécificités du produit** : produit en latex naturel muni d'un anneau de maintien extérieur de forme triangulaire. L'éponge en polyuréthane facilite l'insertion et le maintien du préservatif. Pré-lubrifié avec un lubrifiant à base de silicone.
- Disponible en Inde, au Brésil et au Cameroun



### WOMAN'S CONDOM

- **Fabriqué par** Shanghai Dahua Medical Apparatus Company, Chine
- **Statut réglementaire** : marquage CE, dossier de candidature soumis pour examen de préqualification par l'OMS, dossier de candidature en préparation pour l'enregistrement auprès de la FDA états-unienne
- **Spécificités du produit** : réalisé en polyuréthane. La capsule d'insertion, similaire à un tampon, se dissout immédiatement après insertion. De petites perles en mousse réparties sur sa partie extérieure assurent le maintien. Anneau extérieur flexible.
- Également commercialisé sous les appellations O'Lavie™ en Chine et V en Afrique du Sud
- O'Lavie™ est distribuée de façon limitée par le secteur privé en Chine ; V n'est pas encore disponible dans le commerce.

## Références

1. The Female Condom Company Reports First Quarter Operating Results. The Wall Street Journal, 13 février 2014.
2. Ahmed K, Deperthes B. Contraceptive Commodities for Women's Health: Key Data and Findings. United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children, mars 2012.
3. Bounds W. et al. Female condom (femidom): A clinical study of its use-effectiveness and patient acceptability. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18(2), 36-4.
4. Soper D. et al. Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexually Transmitted Diseases*, 1993, 20(3), 137-139.
5. Farr G. et al. Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *American Journal Of Public Health*, 1994, 84(12), 1960-1964.
6. Trussell J. Contraceptive efficacy of the reality® female condom. *Contraception*, 1998, 58(3), 147-148.
7. Fontanet AL. et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: Results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998, 12(14), 1851-1859.
8. French PP. et al. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30(5), 433-439.
9. Hatzell T, Feldblum PJ. The female condom: Is "just as good" good enough? *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30(5), 440-2.
10. Vijayakumar G. et al. A review of female-condom effectiveness: patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *International Journal of STD & AIDS*, 2006, 17, 652-659.
11. Farr G, Gabelnick H, Sturgen K, Dorflinger L. Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *American Journal of Public Health*, 1994, 84(12).
12. Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, Sakondhavat C, Bhiraueus P, Ruggao S, et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998 ; 12 : 1851-1859.
13. Marseille E, Kahn J. Smarter Programming of the Female Condom: Increasing its Impact on HIV Prevention in the Developing World. FSG Social Impact Advisors, octobre, 2008.
14. The Female Condom Company Reports First Quarter Operating Results. The Wall Street Journal, 13 février 2014.
15. Latin American Herald Tribune. Brazil to Distribute 20 Million Female Condoms Free, 22 avril 2014.
16. Green A. Birth Control Hits the Spot. Mail and Guardian, 13 septembre 2013. [Extrait le 22 avril 2014 : <http://mg.co.za/article/2013-09-13-00-birth-control-hits-the-spot>].
17. Stevens M, Parenzee P, Osborne K. Comment: Condoms - One Size Doesn't Fit All. Mail and Guardian, 13 septembre 2013. [Extrait le 22 avril 2014 : <http://mg.co.za/article/2013-09-13-00-comment-condoms-one-size-doesnt-fit-all>].
18. Zimbabwe Standard. Zimbabwe: Female Condom Use on the Rise. AllAfrica Global Media (allAfrica.com), 5 mai 2013 [Extrait le 22 avril 2014 : <http://allafrica.com/stories/201305050163.html>].
19. Schwartz A. The Struggle to Bring Female Condoms to the Masses Isn't Just About Design Innovation. Fast Company, 15 avril 2014.
20. Ross J, Stover J. Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982-2009, *Global Health Science and Practice*, 2013. 21 Gray AL, Smit JA, Manzini N; Beksinska M. Systematic Review of Contraceptive Medicines - Does Choice Make a Difference?" RHRU, 2006.
22. Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, Sakondhavat C, Bhiraueus P, Ruggao S, et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998, 12, 1851-1859.
23. Ahmed K, Deperthes B. Contraceptive Commodities for Women's Health: Key Data and Findings. United Nations Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children, mars, 2012.
24. Resch S, Korenromp E, Stover J, Blakley M, Krubiner C, Thorien K, Hecht R, Atun R. Economic returns to investment in AIDS treatment in low and middle income countries. *PLOS One*, 2011, 6 (10).
25. Marie Stopes International (MSI). Impact 2, 2013.

26. Population Services International (PSI). DALYS Calculator, 2014.
27. Futures Institute. The Future Costs of Anti-Retroviral Therapy in Low- to Middle-Income Countries Model.
28. Marie Stopes International (MSI). Impact 2, 2013.
29. Futures Institute. The Future Costs of Anti-Retroviral Therapy in Low- to Middle-Income Countries Model.
30. Marie Stopes International (MSI). Impact 2, 2013.
31. Population Services International (PSI). DALYS Calculator, 2014.
32. Weinberger M, Pozo-Martin F, Boler T, Fry K, Hopkins K. Impact 2: An innovative tool for estimating the impact of reproductive health programmes – methodology paper. Londres, Marie Stopes International, 2012.
33. Marseille E, Kahn J. Smarter Programming of the Female Condom: Increasing its Impact on HIV Prevention in the Developing World. FSG Social Impact Advisors, octobre 2008.
34. Tan-Torres Edejar T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Achanya A, Evans DB, Murray CJL. Making Choice in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis, OMS. Genève, 2003.
35. Holtgrave D, Kharfen M, Jia Y, Wu C, Opoku J, West T, Pappas G. Cost-Utility Analysis of a Female Condom Promotion Program in Washington DC. *AIDS Behavior*. 2012.
36. Tan-Torres Edejar T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Achanya A, Evans DB, Murray CJL. Making Choice in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis, OMS, Genève, 2003.
37. Tan-Torres Edejar T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Achanya A, Evans DB, Murray CJL. Making Choice in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis, OMS, Genève, 2003.
38. Hogan DR, Baltussen R, Hayashi C, et al. Cost effectiveness of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. *Br Med J*, 2005, 331, 1431-7.
39. Galarraga O, Colechero MA, Wamai R, Bertozzi S. HIV prevention cost-effectiveness: a systematic review. *BMC Public Health*, 2009, 9 (1).
40. Ross J, Stover J. Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982-2009, *Global Health Science and Practice*, 2013. [Internet].
41. Gray AL, Smit JA, Manzini N; Bekinska M. Systematic Review of Contraceptive Medicines - Does Choice Make a Difference?" RHRU, 2006.
42. Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, Sakondhavat C, Bhiralessu P, Ruggao S, et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998 ; 12 : 1851-1859.
43. Artz L, Macaluso M, Brill I, Kelaghan J, Austin H, Fleenor M, et al. Effectiveness of an intervention promoting the female condom to patients at sexually transmitted disease clinics.' *Am J Public Health*, 2000, 90, 237-244.
44. Choi K-H, Hoff C, Gregorich SE, Grinstead O, Gomez C, Hussey W. The efficacy of female condom skills training in HIV risk reduction among women: a randomized controlled trial.' *Am. J. Public Health*, 2008. [Internet].
45. Welsh MJ, Feldblum PJ, Kuyoh MA, Mwarogo P, Kungu D. Condom use during a community intervention trial in Kenya, *Int J STD AIDS* 2001, 12, 469-474.
46. Weeks MR, Coman E, Hilario H, Li J, Abbott M. Initial and sustained female condom use among low-income urban U.S. women.' *J. Womens Health*, 2013, 22(1), 26-36.
47. Ahmed S et al. HIV incidence and STD prevalence associated with condom use in Rakai, Uganda. *AIDS* 2001, 15(16), 2171-2179.
48. United Nations Population Fund (UNFPA) and PSI. It Takes a Market to get Men to Use Condoms in Africa. Here's How, 2013. [Internet].
49. Reece M, Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD. Condom use rates in a national probability sample of males and females ages 14 to 94 in the United States. *J Sex Med*, 2010 [Internet].
50. Koster W, Bruinderink MG. Male Views on Female Condoms: A Study of Male Acceptance of Female Condoms in Zimbabwe, Cameroon, and Nigeria. Amsterdam Institute for International Development. Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD), 2012.
51. Ashraf QH, Weil DN, Wilde J. The effect of interventions to reduce fertility on economic growth. National Bureau of Economic Research working paper series n°. 17377, août 2011.
52. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *The Lancet*, 2012, 380, 165-71.
53. Tembon M, Fort L. Girls' Education in the 21st Century: Gender Equality, Empowerment, and Economic Growth, Washington, DC, La Banque mondiale 2008

- 54.** Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *The Lancet* 2012, 380, 165-71.
- 55.** Greig FE, Koopman C. Multilevel analysis of women's empowerment and HIV prevention: quantitative survey Results from a preliminary study in Botswana. *AIDS Behav*, 2003, 7(20),195-208.
- 56.** Gollub E. Choice Is Empowering: Getting Strategic About Preventing HIV Infection in Women. *International Family Planning Perspectives*, 2006,32(4).
- 57.** Dollar D, Gatti R. Gender Inequality, Income, and Growth: Are Good Times Good for Women? Development Research Group,Washington, DC: [Internet]. 1999.
- 58.** Barro R. Inequality and Growth in a Panel of Countries.. *Journal of Economic Growth*, 2000,5:5-32.
- 59.** Fontanet AL, Saba J, Chandelying V, et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998, 12(14),1851-1859.
- 60.** Thomsen SC, Ombidi W, Toroitich-Ruto C, Wong EL, Tucker HO, Homan R, et al. A prospective study assessing the effects of introducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya. *Sex Transm Infect*, oct 2006, 82(5), 397-402.
- 61.** Ray S and Maposhere C, Male and female condom use by sex workers in Zimbabwe: acceptability and obstacles, in: Beer M, ed., *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*, Londres, Reproductive Health Matters, 1997.
- 62.** Kelvin EA, Mantell JE, Candelario N, Hoffman S, Exner TM, Stackhouse W, et al. Off-label use of the female condom for anal intercourse among men in New York City. *Am J Public Health*, [Internet], 2011 décembre, 101(12), 2241-4.
- 63.** Gibson S, McFarland W, Wohlfeiler D, Scheer K, Katz MH. Experiences of 100 men who have sex with men using the Reality condom for anal sex. *AIDS Educ Prev*, 1999, 11, 65-71.
- 64.** Gross M, Buchbinder SP, Holte S, Celum CL, Koblin BA, Douglas JM. Use of reality "female condoms" for anal sex by US men who have sex with men. HIVNET Vaccine Preparedness Study Protocol Team. *Am J Public Health*, [Internet] nov 1999 [Extrait le 22 avril 2014], 89(11), 1739-41.
- 65.** Kelvin EA, Smith RA, Mantell JE, Stein ZA. Adding the female condom to the public health agenda on prevention of HIV and other sexually transmitted infections among men and women during anal intercourse. *Am J Public Health*, 99(6), 985-7.
- 66.** Blanc A, Tsui A, Croft T, Trevitt J. Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2008,35 (1).
- 67.** McQueston K, Silverman R, Glassman A. Adolescent fertility in low and middle-income countries: effects and solutions and World Health Organisation. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Recommendations OMS, 2011.
- 68.** Guttmacher, International Planned Parenthood Federation. Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world, 2010.
- 69.** The Female Condom Company Reports First Quarter Operating Results. The Wall Street Journal, 13 février 2014.
- 70.** Latin American Herald Tribune. Brazil to Distribute 20 Million Female Condoms Free, 22 avril 2014. [Extrait le 22 avril 2014].
- 71.** Schwartz A. The Struggle to Bring Female Condoms to the Masses Isn't Just About Design Innovation. *Fast Company*, 15 avril 2014. [Extrait le 22 avril 2014].
- 72.** Green A. Birth Control Hits the Spot. Mail and Guardian, 13 septembre 2013. [Extrait le 22 avril 2014].
- 73.** Stevens M, Parenzee P, Osborne K. Comment: Condoms - One Size Doesn't Fit All. Mail and Guardian [Internet], 13 septembre 2013. [Extrait le 22 avril 2014].
- 74.** Zimbabwe Standard. Zimbabwe: Female Condom Use on the Rise. Posted by AllAfrica Global Media (allAfrica.com), 5 mai 2013 [Extrait le 22 avril 2014].
- 75.** Motsi, Petronila Dadirai; Banda, Richard Gamuchirai; Mabvurira, Vincent. Traditional Practices and Uptake of Female Condoms in Zimbabwe. *Journal of Emerging Trends in Educational Research & Policy Studies*, 2012, 3(3), 365-370.
- 76.** Singh S, Darroch J. Adding it up : Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012. New York, NY, Guttmacher Institute et UNFPA, 2012.

**Citation suggérée :**

*Business case pour le préservatif féminin,*  
Document préparé par Sarah Thurston et  
Anna Forbes, Global Health Visions, sur une  
idée d'Equilibres & Populations, mai 2014.

**Crédits**

**Etude réalisée par** Sarah Thurston  
et Anna Forbes (Global Health Visions)  
**Secrétariat de rédaction :** Yvonne Bogaarts,  
Saskia Husken (Rutgers WPF) et Serge Rabier,  
Nicolas Rainaud, Caroline Kientz (Equipop)  
**Secrétariat d'édition :** Nathalie Perrotin (Equipop)  
**Traduction :** BlueSky International

**Photo :** Sensibilisation des jeunes filles,  
Ryan W. Daniels for UAFC, mai 2013.

**Création :** Jean-Luc Gehres  
[www.welcomedesign.fr](http://www.welcomedesign.fr)

**Impression :** Simon Graphic, Ornans  
Ce document est imprimé  
sur du papier certifié.

