

The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care

An international journal

Vol 30 • No 3 • July 2004

ISSN 1471-1893

REPRINT

ORIGINAL ARTICLE

**Attention au fossé:
Comment répondre à la crise du financement
international pour la planification familiale ?**
James N Gribble, Victoria Jennings and Minna Nikula

Permission has been granted by the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care for this article to be reproduced and circulated in printed paper and/or electronic formats by the Institute for Reproductive Health, Georgetown University, Washington DC, USA.

The *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* publishes high-quality, peer-reviewed research and information relevant to clinical care, service delivery, training and education in the field of contraception and reproductive sexual health.

For details of how to subscribe to this quarterly journal and for further information about Membership or Associate Membership of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care visit the Faculty website.

www.ffprhc.org.uk

Reprint JFPRHC Vol 30 No 3 July 2004

PMH

FREE ONLINE ACCESS
available to subscribers now at
www.ffprhc.org.uk

Attention au fossé: Comment répondre à la crise du financement international pour la planification familiale ?

James N Gribble, ScD, *Associé sénior de recherche technique, Projet POLICY, The Futures Group International, Washington, DC, USA* ; **Victoria Jennings**, PhD, *Professeur et Directrice, Institut de la Santé de la reproduction, Georgetown University, Washington, DC, USA* ; **Minna Nikula**, MD, MPH, *Chercheur, National Research and Development Center for Welfare and Health, Helsinki, Finlande*

Correspondance : *Dr James N Gribble, The Futures Group International, 1050 17th Street, NW, suite 1000, Washington, DC 20036, USA. Téléphone : 1 202 775 9680. Fax: 1 202 775 9698. Courrier électronique : j.gribble@tfgi.com*

Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2004 : 30(3) : 155-157

Abrégé

Le fossé qui ne cesse de se creuser entre le coût pour répondre aux besoins en matière de planification familiale et le financement disponible pour les produits et les programmes est source de préoccupation pour les professionnels de la santé de la reproduction. Ce déficit pourrait bien atteindre la barre des 210 millions de dollars d'ici 2015. Si les causes sont claires, les solutions par contre le sont nettement moins. Certes, on pourra tenter d'y remédier en procédant à divers changements au niveau de la composition des méthodes d'un programme et en redistribuant les coûts, et pourtant par ailleurs, la mise au point et l'introduction de méthodes efficaces et à faible coût est une solution souvent laissée pour compte. En effet, la Méthode des Jours FixesTM (MJF) a un taux d'échec de la première année de 4,8 seulement (emploi correct) et elle est acceptable pour de nombreuses femmes dans le monde entier. Elle est intégrée aisément aux programmes. Un grand nombre des utilisatrices de la MJF utilisent le Collier du CycleTM pour déterminer quels sont les jours où elles peuvent tomber enceintes. La MJF qui répond déjà aux besoins des couples dans bien des endroits est une solution parfaite dans les endroits connus pour leur utilisation élevée de méthodes traditionnelles, niveaux élevés de besoins non satisfaits et manque chronique de produits. Certes, le déficit dans le financement des bailleurs de fonds risque d'avoir des conséquences négatives mais il peut également par ailleurs pousser à revoir les programmes et politiques de planification familiale dans une autre lumière afin d'inclure d'autres méthodes efficaces à faible coût.

Points saillants du message

- **Le déficit du financement des bailleurs de fonds est créé par la demande sans cesse croissante pour des services de planification familiale et des niveaux de financement qui prennent de plus en plus de retard sur ces nouveaux besoins.**
- **L'adoption de méthodes de planification familiale simples, efficaces et de faible coût, à l'exemple de la Méthode des Jours Fixes (MJF), est une des solutions possibles pour tenter de combler ce fossé.**
- **Répondant certes aux besoins d'un grand nombre de couples sur le plan de la planification familiale, la MJF revêt une importance particulière dans des endroits connus pour leur forte utilisation de méthodes traditionnelles, leurs niveaux élevés**

de besoins non satisfaits de planification familiale et manque chronique de produits contraceptifs.

Introduction

Le fossé qui ne cesse de se creuser entre le coût nécessaire pour répondre à la demande croissante de planification familiale et le financement limité pour les produits contraceptifs dans les pays en développement est appelé le « déficit du financement des bailleurs de fonds », ces derniers étant des organismes publics de développement, des organisations des Nations Unies, la Banque mondiale et des organismes internationaux de planification familiale. A l'instar des utilisateurs du métro de Londres qui sont mis en garde contre les trous pour éviter de tomber et de se faire mal, les décideurs et la communauté de la santé de la reproduction eux aussi sont mis en garde car des fonds insuffisants pour les produits de la planification familiale pourraient bien créer une situation dangereuse risquant de nuire à tant de femmes et d'hommes dans le monde. Si les causes du déficit sont bien claires, les solutions par contre le sont nettement moins. Le présent commentaire se penche sur les conséquences possibles du déficit et met en exergue une option de remplacement souvent ignorée.

Le déficit du financement des bailleurs de fonds

C'est la demande sans cesse croissante pour la planification familiale dans le monde qui creuse de plus en plus le fossé financier. En effet, le nombre croissant de personnes en âge de procréer est au titre des facteurs pesant sur la demande. D'après les estimations, on compte en 2000, 1,261 milliards de femmes âgées entre 15 et 49 ans dans des pays en développement et ce chiffre devrait grimper à 1,548 milliards d'ici 2015.¹ Ce nombre supplémentaire de femmes – pratiquement 23% de plus qu'en 2000- obèrera les programmes de planification familiale même si la prévalence de la contraception n'augmente pas. Par ailleurs, la demande pour les produits subit également l'influence d'une prévalence contraceptive en train d'augmenter. En 2000, d'après les estimations, la prévalence chez les femmes vivant une relation établie (en union) dans les pays en développement s'élevait à 59,8% et, en 2015, ce pourcentage est estimé à 65,4%.² Suite à l'accroissement de la prévalence, conjuguée à l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer, les niveaux actuels de financement ne suffiront plus pour répondre aux besoins sur le plan de la planification familiale.

Et quant aux coûts des produits pour répondre à la demande croissante pour la planification familiale ? Le tableau présente trois estimations de prix pour les produits contraceptifs : les estimations de Bulatao de 1999 reposant sur les prévisions du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), les prix de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) en 2000 et les estimations de Saunders de 2001 pour le UNFPA.²⁻⁴ C'est sur les coûts unitaires que reposent les estimations des fourchettes des coûts des produits pour une année d'utilisation de la méthode. Par exemple, si une plaquette de pilules coûte entre 0,175\$ et 0,287\$ alors 15 plaquettes qui est le chiffre utilisé par l'USAID pour calculer un couple-année de protection coûteront entre 2,28\$ et 3,73\$. Les coûts des méthodes qui dépendent du coût (condoms et spermicides) se fondent sur le résultat de Stover et ses collègues indiquant que les personnes qui utilisent ces méthodes ont des rapports sexuels en moyenne 64 fois par an, estimation bien plus faible que les 105-120 unités utilisées pour mesurer un couple-année de protection.⁵ Si un couple utilise des spermicides vaginaux, le coût annuel des produits se situerait dans une fourchette allant de 3,84\$ à 8\$.

Si l'on combine la demande pour la contraception au coût des produits, l'ampleur du déficit devient évidente. Après la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994, les donations avaient augmenté brièvement pour atteindre 172 millions de dollars en 1996 mais ensuite elles sont retombées à 131 millions de dollars en 1999.³ D'après les projections de Ross et Bulatao, le coût des produits devrait atteindre environ 350 millions de dollars d'ici 2015, soit une augmentation de 155% par rapport au niveau de financement moyen de 1997-1999 qui s'élevait à 147 millions de dollars.³ Ils estiment ensuite la taille du déficit en fonction des deux scénarios de financement. Dans l'un des scénarios, le financement des bailleurs de fonds augmente de 3% par an par rapport au niveau de 2000 et le déficit atteint 140 millions de dollars d'ici 2015. Dans le second scénario, le financement des bailleurs de fonds se maintient constant par rapport au niveau de 2000 (environ 140 millions de dollars) et le déficit atteint 210 millions de dollars en 2015. Certes, ces scénarios représentent une situation hypothétique mais ils n'en illustrent pas moins un point sur lequel tout le monde s'entend : le financement des bailleurs de fonds perd du terrain par rapport à la demande croissante pour la planification familiale.

Tableau 1 : Coûts des produits contraceptifs, estimations de 1999 à 2001

Méthode	Coûts unitaires (\$US)			Unités nécessaires/année	Coût/année (\$US)
	UNFPA (1999) ²	USAID (2000) ³	Saunders (2001) ⁴		
Méthodes à court terme					
Pilule	0,287	0,217	0,175	15 plaquettes	2,28-3,73
Injectable	1,100	0,970	0,675	4 injections	2,70-4,40
Condom	0,026	0,066	0,025	64 unités	1,60-4,22
Spermicides vaginaux	0,099	0,125	0,060	64 unités	3,84-8,00
Méthodes à long terme					
Norplant®	ND	23,80	23,00		6,57-6,80
Stérilisation féminine	10,64	ND	ND		1,20
Stérilisation masculine	5,92	ND	ND		0,67
DIU	1,65	1,45	ND		0,41-0,47

Sources de données sur les coûts : Bulatao (1999)²; Ross et Bulatao (2001)³ et Saunders (2001)⁴. Les coûts/année des condoms et des spermicides vaginaux en fonction de 64 rapports sexuels par an. Les coûts/année des méthodes à long terme en fonction du couple-années de protection (CAP) (produits suffisants pour fournir une contraception d'une année à un couple), publié par Stover et al. (2000)⁵; Norplant basé sur 3,5 CAP, stérilisation basée sur 8,9 CAP et DIU basé sur 3,5 CAP.

DIU, dispositif intra-utérin

ND, non disponible

USAID, Agence des Etats-Unis pour le Développement international

Solutions au déficit des bailleurs de fonds

Si le fossé continue de se creuser et si un déficit de telle ampleur dans le financement des produits devient effectivement une réalité, alors que peuvent faire les programmes pour

minimiser les effets adverses de la situation ? Plusieurs solutions se présentent : changer les niveaux de financement et restrictions des bailleurs de fonds ; partager et redistribuer les coûts et introduire d'autres méthodes moins chères.

L'option la plus directe concerne les bailleurs de fonds. Effectivement, s'ils augmentent leur niveau de financement et assouplissent leurs restrictions, leurs contributions auront un impact plus prononcé sur les besoins de plus en plus pressants. Seulement par ailleurs, ces changements semblent peu probables au regard des conditions économiques et politiques actuelles. L'écart de financement représentant jusqu'à 150% des niveaux actuels de financement, il n'est guère probable que les donations futures à elles seules combleront le fossé.

Le partage des coûts, souvent invoqué dans le contexte des initiatives de la sécurité contraceptive, représente une autre possibilité pour maintenir les niveaux d'activité actuels des programmes.⁶ Dans cette optique, on fait appel au gouvernement et au public qui doit assumer une part plus grande des coûts. Les gouvernements à leur tour rétrocèdent cette majoration sur les tarifs des services. Dans certains pays, la solution est faisable et représente d'ailleurs le but d'un grand nombre de réformes du secteur de la santé. La segmentation du marché permet de repérer les personnes qui sont le plus dans le besoin pour leur offrir des produits contraceptifs subventionnés demandant aux autres de payer pour les services de planification familiale. En effet, les études ont montré qu'une nette proportion de femmes qui reçoivent des pilules subventionnées du secteur public seraient de fait en mesure de payer pour ces produits.^{7,8} Des programmes conçus pour stimuler le secteur commercial pourraient devenir une source plus viable de planification familiale. Autre approche du partage de coûts : les communautés pourraient utiliser des mécanismes tels que le service payant, les fonds de roulement et les programmes d'assurance comme moyen de financement des produits et services de planification familiale.

Les gouvernements au lieu d'adopter le partage des coûts peuvent également opter pour la redistribution des coûts en supprimant certaines des méthodes les plus chères de la gamme des produits des programmes du secteur public. En effet, le coût par année des implants et spermicides est nettement plus élevé que celui d'autres méthodes et dans une situation critique, la décision pourrait être prise de diminuer l'offre de ces méthodes du moins dans le secteur subventionné. Toujours dans le même ordre d'idées, les gouvernements pourraient accorder une plus grande importance aux méthodes à long terme qui améliorent par la suite le coût-efficacité des programmes. De telles décisions limitent pourtant le nombre d'options et le choix dont disposent les femmes et les hommes, surtout en ce qui concerne les méthodes d'espacement des naissances. Malgré les conséquences négatives sur le plan du choix informé et de la qualité des soins, ces options devront probablement être envisagées comme des solutions possibles face au déficit financier des bailleurs de fonds.

Il existe encore une autre option de nature plus positive : la mise au point et l'adoption de nouvelles méthodes de faible coût. Lors d'un atelier récent sur les programmes de planification familiale au 21^e siècle, le coût a été retenu comme le principal facteur limitant la disponibilité des contraceptifs hormonaux à long terme qui représentent l'essentiel des technologies mises au point actuellement.⁹ Au vu du déficit anticipé au niveau du financement des bailleurs de fonds, les méthodes à coût élevé représenteront une charge trop lourde pour des programmes qui ont déjà du mal à se maintenir. Il est temps probablement de se tourner vers des méthodes à faible coût.

Une alternative efficace par rapport aux coûts : La Méthode des Jours Fixes

Une nouvelle méthode qui est en train d'être adoptée par un grand nombre de programmes est une méthode qui repose sur la connaissance de la fécondité, c'est la Méthode des Jours Fixes (MJF). Elle délimite une période féconde fixe pendant le cycle menstruel et aide les utilisatrices à reconnaître les jours pendant lesquels elles peuvent tomber enceintes. Si le couple veut éviter une grossesse, il devra s'abstenir des relations sexuelles non protégées du 8^e au 19^e jour du cycle de la femme. Nombreux sont les couples qui utilisent des préservatifs lorsqu'ils ont des rapports sexuels lors des jours féconds.¹⁰⁻¹² Dans le cadre d'une étude sur l'efficacité réalisée dans de multiples sites, on a constaté que la MJF avait un taux d'échec de la première année de 4,8 si elle était utilisée correctement et de 12 lors d'un emploi typique et tel que le montre le Tableau 2 ; ces taux soutiennent bien la comparaison avec ceux d'autres méthodes qui dépendent de l'utilisateur.^{13,14} La méthode est intégrée facilement aux programmes de soins de santé primaires, aux associations de planification familiale et aux organisations non gouvernementales hors santé. Des prestataires de la planification familiale peuvent être formés en une demi-journée seulement pour être en mesure d'offrir la MJF.

Tableau 2 : Taux de grossesses non souhaités pendant la première année d'utilisation typique et correcte de méthodes de planification familiale qui dépendent de l'utilisateur

Méthode	Taux de grossesse	
	Utilisation typique	Utilisation correcte
Chance	85	85
Spermicides	26	6
Cape cervicale		
Femmes pares	40	26
Femmes nullipares	20	9
Eponge		
Femmes pares	40	20
Femmes nullipares	20	9
Diaphragme	20	6
Condom		
Masculin	14	3
Féminin	21	5
Méthode des Jours Fixes TM	12	5

Sources : Hatcher et al. (1998)¹⁴ et Arévalo et al. (2002)¹³. NB. Les taux de grossesses sont tirés d'études utilisant différentes méthodologies et risquent de ne pas être directement comparables.

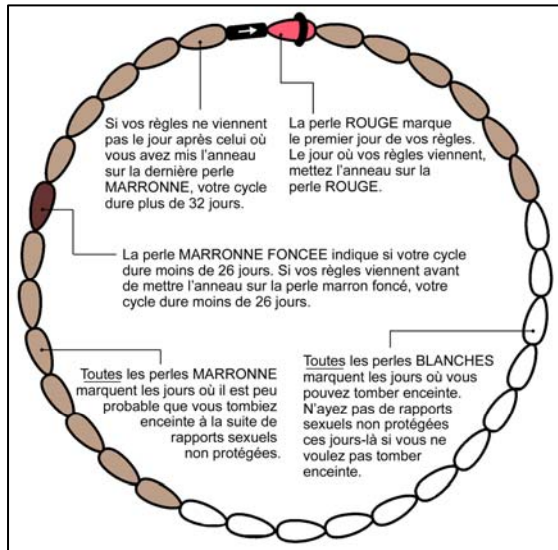


Figure 1 : Collier du CycleTM : outil aidant les utilisatrices de la Méthode des Jours Fixes à reconnaître les jours où une grossesse est probable et où elles se trouvent dans leur cycle mensuel.

Les utilisatrices de la MJF peuvent se servir d'un collier avec des perles de couleurs différentes appelé le Collier du CycleTM (Figure 1) pour aider à identifier les jours féconds et les jours non féconds et à suivre la durée du cycle. Chaque perle représente un jour du cycle et l'anneau est déplacé chaque jour d'une perle à l'autre pour suivre le cycle. Les jours des perles marronnes, le risque de grossesse est extrêmement faible et le jours des perles blanches, le risque de grossesse est élevé. Le Collier du Cycle coûte environ 1,25\$-1,50\$ pour la fabrication et la mise dans le système de distribution. Il dure plus de deux ans pour un coût annuel nettement inférieur à 0,75\$.

L'introduction de la MJF est une stratégie efficace par rapport aux coûts pour aider les couples à atteindre leurs objectifs sur le plan de la procréation. Au vu de l'urgence du déficit du financement des bailleurs de fonds, il faudrait envisager d'introduire la MJF dans divers contextes, tel que décrit ci-dessous :

1. *Utilisation élevée de méthodes traditionnelles.* Par exemple, en Bolivie, où 48% de la prévalence contraceptive est imputable à l'utilisation de méthodes traditionnelles, la MJF peut aider les utilisateurs de l'abstinence périodique à identifier les jours du cycle où une grossesse risque de survenir.¹⁶ Il est également utile pour les utilisateurs du retrait de connaître les jours où la femme risque de tomber enceinte pour qu'ils emploient ces jours-là des méthodes barrières ou évitent les rapports sexuels.
2. *Taux élevé de besoin non satisfait en planification familiale :* Dans l'Uttar Pradesh, en Inde, le besoin non satisfait de planification familiale s'élève à 25% chez les femmes mariées en âge de procréer.¹⁷ Une prévalence contraceptive de 28,1% dont la moitié est représentée par la stérilisation féminine est la base sous-jacente de ce besoin non satisfait. Dans un tel contexte, de nombreuses femmes sont réticentes à utiliser la contraception hormonale de crainte qu'elle ne se répercute négativement sur leur fécondité ou à cause d'un allaitement maternel prolongé.¹¹ La MJF pourrait être une solution à faible coût répondant aux besoins de planification familiale de nombreuses femmes dans de tels milieux.

3. *Rupture de stocks chroniques de produits contraceptifs* : La Roumanie connaît régulièrement pour un certain nombre de raisons des pénuries de stocks de produits contraceptifs.¹⁸ En 1999, seules 27% des femmes en union libre utilisaient des méthodes modernes, et le retrait ainsi que l'emploi irrégulier de condoms expliquent en partie le taux élevé d'échec de la contraception et les taux élevés d'avortement.^{18,19} La MJF pourrait être introduite comme mesure palliative quand les stocks sont épuisés et comme autre méthode à faible coût de la gamme du programme.

Une analyse plus poussée s'inspirera de données d'enquêtes démographiques et de santé réalisées récemment et utilisera des simulations informatiques pour éprouver le coût-efficacité de l'introduction de la MJF dans de tels contextes et se penchera sur les questions concernant les coûts et les taux de fécondité. Sachant que le soutien des bailleurs de fonds diminue constamment pour les produits contraceptifs, la MJF offre une option économique et efficace qui a le potentiel de répondre aux besoins programmatiques et individuels.

Conclusions

L'avertissement pour la communauté de la santé de la reproduction ne saurait être plus clair : Attention au fossé. Ce fossé qui se creuse de plus en plus pourrait avoir bien des répercussions négatives. Par ailleurs, c'est également l'occasion de ré-évaluer les politiques des programmes de planification familiale dans une nouvelle optique et de se pencher sur la disponibilité de méthodes efficaces et de faible coût comme la MJF.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier John Stover, John Rooss, Erin Anastasi et Rebecka Lundgren pour leurs commentaires fort utiles sur les versions préliminaires de cet article.

Financement et intérêts conflictuels

Financement : cette recherche a été financée par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international. Aux termes de l'accord coopératif HRN-A-OO-97-00011-00 avec Le centre médical de Georgetown University/Institut de la santé de la reproduction.

Intérêts conflictuels : Aucun de retenu

Références

- 1 United Nations Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division. *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division, 1999.
- 2 Bulatao RA. *Reproductive-health Commodity Requirements and Costs in Developing Regions, 1999-2015*. New York, NY: United Nations Population Fund, 1999 [cited in Ross and Bulatao, 2001].
- 3 Ross J, Bulatao R. *Contraceptive Projections and the Donor Gap* (Meeting the Challenge Series). Rosslyn, VA: John Snow, Inc., 2001.
- 4 Saunders C. *Procurement: A Key Element of Supply Security. Meeting the Reproductive Health Challenge: Securing Contraceptives, and Condoms for HIV/AIDS Prevention* (Meeting the Challenge Series). Washington, DC: Population Action International, 2001.
- 5 Stover J, Bertrand J, Shelton J. Empirically based conversion factors for calculating couple-years of protection. *Eval Rev* 2000; 24: 3-46.
- 6 Fort C. *Financing Contraceptive Supplies in Developing Countries: Summary of Issues, Options, and Experiences* (Meeting the Challenge Series). Rosslyn, VA: John Snow, Inc., 2001.
- 7 Bulatao RA. *What Influences the Private Provision of Contraceptives?* Commercial Market Strategies Technical Paper Series No. 2. Washington, DC: The Futures Group International, 2002.

- 8 Foreit KG. *Broadening the Commercial Sector Participation in Reproductive Health*. Commercial Market Strategies Project Technical Paper Series No. 3. Washington, DC: The Futures Group International, 2002.
- 9 Bongaarts J, Johansson E. Future trends in contraceptive prevalence and method mix in the developing world. *Stud Fam Plann* 2002; 33: 24-36.
- 10 Gribble J, Velasquez C, Pinto E, et al. *Using Condoms Together with Four Methods of Family Planning* (Institute Working Paper). Washington, DC: Institute for Reproductive Health/Georgetown University, 2003.
- 11 Dosajh U, Sood B, Lundgren R. *Incorporating the Standard Days Method into CASP Reproductive Health and Sustainability Project, Final Report*. New Delhi, India: TNS MODE, 2003.
- 12 Pavon S, Velasquez C. *Introducing the Standard Days Method of Family Planning into Existing Multi-method and Natural Method Family Planning Programs in Honduras, Final Report*. Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA, 2003.
- 13 Arévalo M, Jennings V, Sinai I. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. *Contraception* 2002; 65: 333-338.
- 14 Hatcher R, Trussell J, Stewart F, et al (eds) *Contraceptive Technology* (17th edn). New York, NY: Ardent Media, Inc., 1998.
- 15 Gribble J. The Standard Days Method of family planning: a response to Cairo. *Int Fam Plann Perspect* 2003; 29: 188-191.
- 16 Ministerio de Hacienda, Instituto Nacional de Estadística de la República de Bolivia. Programa DHS. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Calvert, MD: Demographic and Health Surveys/Macro International Inc., 1998.
- 17 India Institute for Population Sciences (LIPS) and ORC Macro. *National Family Health Survey (NFHS-2)*, India, 1998-1999. Uttar Pradesh, Mumbai, India: LIPS, 2001.
- 18 Dayaratna V, Zosa-Feranil I, Stanescu A, et al. *Barriers to Implementing Contraceptive Security Policies in Romania*. Washington, DC: The Futures Group International, 2002.
- 19 Serbanescu F, Morris L, Marin M (eds). *Reproductive Health Survey Romania, 1999*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2001.