

L'intégration de la planification familiale dans les initiatives de couverture sanitaire universelle



L'intégration de la planification familiale dans les initiatives de couverture sanitaire universelle

Dans le monde entier, de nombreux pays s'efforcent d'atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Le mouvement vise à assurer que toute la population puisse accéder à des services de santé de qualité sans éprouver trop de difficultés financières. Les engagements pris par les pays pour atteindre la CSU sont fondés sur les principes selon lesquels la santé, y compris la planification familiale, est un droit de tout être humain et les investissements dans la santé produisent des dividendes à la fois humains et économiques. Une population en bonne santé favorise la croissance économique et l'égalité, en particulier la santé des femmes, des filles et des pauvres (Naik et al., 2014). L'inclusion de la CSU comme cible liée à la santé dans le cadre des Objectifs de développement durable adoptés par les Nations Unies en 2015 a représenté une étape importante pour le mouvement, en illustrant son importance et en augmentant sa visibilité.



Les bons sont une approche de financement de la santé qui peuvent améliorer l'accès aux services de planification familiale.

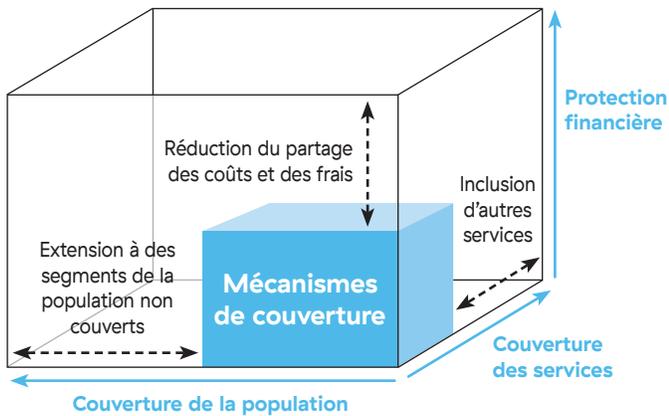
Photo : Marie Stopes International. Tous droits réservés.

Une opportunité de progresser vers l'atteinte des objectifs en matière de planification familiale.

Le mouvement consacré à la CSU offre des voies potentielles pour atteindre les objectifs de la planification familiale. Les promoteurs de la planification familiale évaluent les possibilités d'intégrer, de mettre à l'échelle et de pérenniser la couverture de la planification familiale au moyen de mécanismes de financement tels que l'assurance et de coordonner leurs actions avec les initiatives plus larges visant à étendre la couverture des services de santé préventifs et primaires.

Ce briefing décrit les approches communément utilisées pour financer la santé dans le contexte de la CSU ainsi que l'importance de ces approches pour la planification familiale. Ces approches sont appelées « programmes de financement de la santé ». Les auteurs soulignent le rôle des prestataires de services de santé privés et les mécanismes utilisés pour les rémunérer.

Figure 1. Trois dimensions de la couverture sanitaire universelle



Source : Adapté de WHO (2010)

Il n'y a pas de route unique et directe pour atteindre la CSU ; attendez-vous à des détours
L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrit la CSU comme ayant trois dimensions principales (Figure 1) :

1. Couverture de la population : qui est couvert, combien de personnes sont couvertes ?
2. Couverture des services : quels services, y compris les services de planification familiale, sont couverts ? Quels prestataires fourniront les services ? La qualité est-elle acceptable ?
3. Protection financière : dans quelle mesure les coûts des services de santé sont-ils couverts ? Combien les gens doivent-ils payer eux-mêmes pour des services de santé ? Ces paiements entraînent-ils des difficultés financières, voire l'appauvrissement, pour les patients et leurs familles ?

Il est facile de convenir du fait que la CSU est un objectif louable. Ce qui est difficile, c'est de se mettre d'accord sur la manière dont la CSU sera mise en place, et en particulier comment elle sera financée. Les détails des approches propres à la CSU sont souvent débattus avec acharnement et influencés par des considérations politiques. Les questions cruciales concernent le coût des interventions ; leur financement ; les personnes et les services qui seront couverts ; les modèles de gouvernance et de gestion qui seront utilisés ; et les détails de leur mise en oeuvre, en particulier le calendrier. Des recherches récentes menées par l'OMS présentent de nouvelles estimations des investissements que les pays doivent réaliser pour atteindre les objectifs liés à la santé spécifiés dans les Objectifs de développement durable et les avantages potentiels de meilleurs résultats sanitaires si ces objectifs sont atteints d'ici 2030. Les estimations confirment que des déficits de financement substantiels doivent être comblés pour atteindre la CSU, et en particulier pour étendre la couverture des services. Un accroissement du financement par tête d'habitant peut être nécessaire par rapport aux estimations antérieures. En outre, les pays doivent continuer à faire les efforts nécessaires pour intégrer et étendre les programmes de planification familiale et d'autres services de santé de manière politiquement acceptable, équitable pour les citoyens et durable. Malgré ces défis, même les pays les plus pauvres peuvent faire des progrès pour assurer une couverture universelle des services essentiels (Stenberg et al., 2017).

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que les voies d'accès à la CSU varient selon les pays et que les progrès soient mitigés. Généralement, les pays mettent en oeuvre simultanément plusieurs programmes de financement de la santé. Ils les adaptent en fonction de leur situation, de leurs besoins et de leurs capacités (Lagomarsino et al., 2012). Les mécanismes qu'ils choisissent visent à contribuer aux objectifs de santé, souvent en ciblant des segments spécifiques de la population ou en regroupant les risques pour la santé afin de réduire le fardeau financier des citoyens lorsqu'ils ont besoin de soins de santé.

Quelle que soit la voie choisie, la progression vers la couverture sanitaire universelle et l'assurance d'un accès universel à la planification familiale sont très difficiles à mettre en oeuvre et nécessitent un engagement à long terme. Il y a plusieurs raisons à cela, notamment :

1. **Ressources financières insuffisantes.** Les pays luttent pour mobiliser et pérenniser un financement suffisant pour fournir les services essentiels et pour distribuer le financement de manière équitable et efficace. Dans la Déclaration d'Abuja de 2001, les chefs d'État des pays de l'Union africaine se sont engagés à consacrer 15 % de leur budget à la santé. Dix ans plus tard, 26 pays ont augmenté leurs dépenses de santé, mais un seul pays, la Tanzanie, a atteint l'objectif de 15 %. Onze autres pays ont réduit leurs dépenses relatives à la santé, tandis que les neuf autres n'ont pas montré de tendance à la hausse ou à la baisse (OMS 2011). Si l'on considère les 22 pays prioritaires de l'USAID¹ pour la planification familiale, qui couvrent l'Afrique et l'Asie, les dépenses publiques de santé vont de 4,7 % au Pakistan à 16,8 % au Malawi. Les dépenses de 20 de ces pays n'atteignent pas l'objectif d'Abuja (Figure 2).

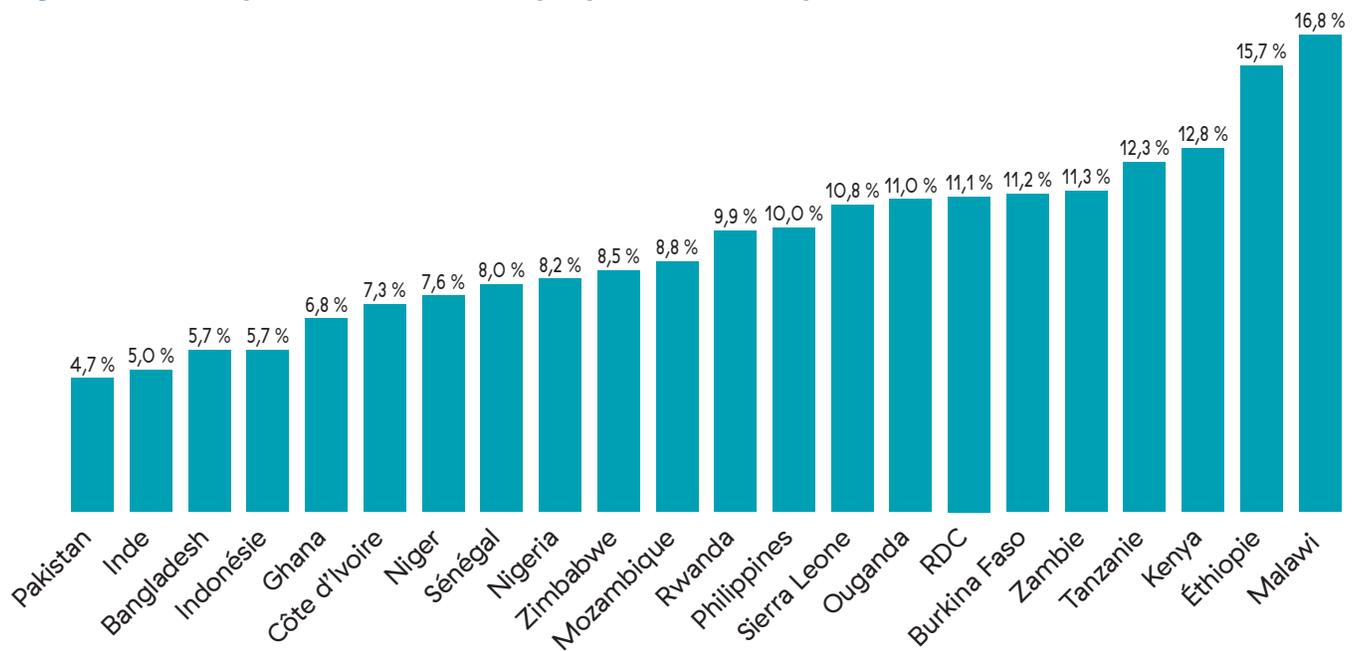
¹ En mai 2017, l'USAID soutenait des programmes de planification familiale dans 22 pays prioritaires.



Une séance de conseil en planification familiale en Inde.

Photo : Jessica Scranton

Figure 2. Les dépenses de santé en proportion des dépenses totales de l'État



Source : Banque mondiale 2014

- Besoin constant de faire des compromis difficiles.** Comme indiqué, la couverture est un concept multidimensionnel. L'augmentation de la couverture de la population, de la couverture des services et de la protection financière nécessite des compromis difficiles pour déployer des ressources limitées. Par exemple, les programmes doivent décider s'ils veulent couvrir plus de personnes avec moins de services, ou couvrir davantage de services avec un niveau de protection financière inférieur – ou d'autres variantes. Les pays doivent également utiliser des ressources limitées plus efficacement — essentiellement étendre la couverture sans pouvoir utiliser plus de ressources (OMS 2010). Ils s'efforcent de le faire en utilisant plusieurs leviers. Il s'agit notamment d'adopter des approches pour des achats plus stratégiques de services de santé qui introduisent de nouveaux mécanismes de paiement des prestataires, des transferts de tâches entre agents de santé et une amélioration des achats et de l'utilisation des médicaments et des produits de santé. Des compromis difficiles sont parfois trouvés au détriment de la planification familiale. Par exemple, un forfait de prestations peut ne pas couvrir une gamme complète de méthodes de planification familiale afin que d'autres services plus coûteux puissent être couverts.
- Réalités politiques et sociales.** La nature politique de la CSU affecte les choix de mise en oeuvre et les résultats. Les gouvernements peuvent décider de donner la priorité à des services curatifs moins économiques mais plus urgents, et souvent vitaux, comme le traitement du cancer ou l'hémodialyse, au détriment des services de prévention et de soins primaires. — y compris la planification familiale (Wright et Holtz 2017). La couverture des services de planification familiale dans le cadre des programmes de financement de la santé et l'accès à ces services peuvent également être soumis à d'autres limitations découlant des préférences et des normes religieuses, sexuelles et culturelles.
- Priorité au secteur formel.** Les programmes de financement de la santé, en particulier les régimes d'assurance, commencent souvent par couvrir les fonctionnaires ou d'autres travailleurs du secteur formel et leurs familles. Les ménages du secteur formel sont plus faciles à identifier et à recruter, et il est plus facile d'encaisser leurs primes. Typiquement, dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, les personnes travaillant dans le secteur

formel représentent une minorité de la population et ce sont les personnes les mieux nanties. La majorité de la population active, qui comprend les journaliers, les petits commerçants et les agriculteurs de subsistance, travaille dans le secteur informel ou est à son compte, et elle vient souvent de ménages pauvres et vulnérables. Ces ménages et les jeunes du secteur informel sont souvent ignorés, ce qui limite la couverture de la population.

5. **Priorité aux services curatifs.** Comme indiqué précédemment, les réalités politiques produisent souvent des programmes de financement de la santé qui mettent l'accent sur la couverture des patients hospitalisés et d'autres services curatifs et coûteux. Les soins de santé primaires et les médicaments peuvent être exclus ou couverts à un niveau inférieur. En outre, les régimes d'assurance peuvent se concentrer sur des services curatifs plus coûteux, car ces services sont moins fréquents, moins sujets à la fraude et moins chers à gérer.
6. **Accès limité aux prestataires privés.** Certains programmes de financement de la santé ne couvrent que les services obtenus auprès de prestataires publics et non les services obtenus auprès de prestataires privés. Cependant, la capacité et la qualité des services dans le secteur public sont souvent limitées, et les citoyens, même les plus démunis, choisissent d'obtenir certains services auprès de prestataires privés et de les payer de leur poche.

Il est important de noter que les programmes conçus pour étendre la couverture peuvent être mis en oeuvre plus lentement que prévu ou se bloquer, affectant ainsi une ou plusieurs dimensions de la couverture (couverture de la population, couverture des services et protection financière). Des problèmes supplémentaires peuvent survenir. Par exemple, les programmes peuvent avoir du mal à payer les prestataires salariés ou contractuels de manière adéquate et ponctuelle, exacerbant ainsi les pénuries de ressources humaines pour la santé et limitant le financement à la disposition du système de santé pour développer et entretenir l'infrastructure nécessaire.

Programmes qui financent les services de santé

La CSU peut être financée par des approches variées. Citons notamment la prestation de services financée par le secteur public, l'assurance et les bons (Encadré 1).

Encadré 1. Programmes de financement de la santé qui soutiennent la CSU

Prestation de services de santé financée par le secteur public

- Les établissements publics dominent la prestation des services ; des prestataires privés peuvent également être engagés sous contrat
- Financement par le budget général de l'État (p. ex., taxe sur la valeur ajoutée) ; peut être augmenté par un financement de bailleurs
- Certains services peuvent être gratuits, ou les patients peuvent payer eux-mêmes pour ces services

Assurance maladie sous l'égide de l'État

- Financement par les primes à la charge des employeurs et / ou des employés
- Des subventions de l'État peuvent aider à couvrir les pauvres et à financer un programme
- L'inscription peut être volontaire ou obligatoire ; les programmes peuvent cibler un groupe particulier (p. ex., les fonctionnaires)

Bons

- Instrument de financement du côté de la demande : le gouvernement (ou un bailleur) remet un bon à un bénéficiaire à un coût minime ou nul pour lui permettre d'obtenir des services prioritaires tels que des services de planification familiale ou des soins de maternité
- Ils ciblent souvent les populations pauvres et vulnérables

Source : Adapté du projet SHOPS Plus, 2016

Dans le cadre de la première approche, les fonds publics sont utilisés pour payer les services de santé fournis aux citoyens gratuitement ou à un coût réduit. L'assurance maladie est une deuxième approche de financement ; elle permet de répartir le coût des maladies encouru par certains membres du programme d'assurance entre tous les membres. Les membres assurés font des paiements anticipés réguliers, appelés primes ou cotisations, au fonds commun qui paient le coût des services de soins de santé couverts que les membres utilisent. Ces fonds communs remplacent tout ou partie du coût souvent onéreux des services qui serait sans cela à la charge des patients individuels. De cette façon, les personnes saines subventionnent les personnes malades, et la probabilité de dépenses de santé catastrophiques à la charge de membres individuels est réduite.

De nombreux pays mettent en oeuvre ou prévoient de mettre en oeuvre des programmes d'assurance sponsorisés par le gouvernement en tant que composante essentielle de leurs stratégies visant à atteindre la couverture sanitaire universelle. Dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire, de tels programmes servent aujourd'hui des millions de personnes, y compris les pauvres. L'assurance maladie peut également être offerte par des promoteurs privés tels que des compagnies d'assurances agréées ou des organisations communautaires. Les

programmes sponsorisés par le gouvernement sont une composante essentielle des stratégies nationales visant à atteindre la CSU. Bien que les programmes d'assurance maladie du secteur privé puissent constituer un complément des programmes de l'État, ils ciblent généralement les ménages à revenu élevé et desservent un petit nombre de personnes.

Si les programmes d'assurance excluent souvent la planification familiale initialement, ils offrent la possibilité de passer de programmes de planification familiale « verticaux » financés séparément à des programmes plus vastes intégrant et soutenant les services et le financement de la planification familiale.

Les bons et les programmes de transferts monétaires conditionnels constituent une troisième approche de financement. Ces programmes sont des mécanismes importants de financement du côté de la demande, grâce auxquels un pouvoir d'achat accru pour la planification familiale et d'autres services de santé est transféré aux clients. Ces mécanismes peuvent accroître l'accès à la planification familiale, en particulier par les groupes vulnérables ciblés ; ils servent également de tremplin pour introduire et étendre les programmes de financement de la santé. Parallèlement, l'existence de plusieurs programmes parallèles peut entraver les progrès vers la CSU. Des programmes fragmentés peuvent accroître les coûts

Tablets Berehe tient sa carte d'assurance maladie communautaire à Kilite Awlalo, Région de Tigray, en Éthiopie.

Photo : © 2016 Habtamu Bogale / Abt Associates, avec la permission de Photoshare



et les inégalités parmi les groupes qui contribuent à différents niveaux et qui, en retour, bénéficient de différents niveaux de couverture et d'accès (Evans, Beyeler et Beith 2015).

Importance croissante de l'assurance maladie sponsorisée par l'État

De plus en plus, les pays appliquent des régimes d'assurance maladie sponsorisés par le gouvernement pour promouvoir la couverture sanitaire universelle. En mai 2017, 14 des 22 pays prioritaires de l'USAID pour la planification familiale avaient en place une forme d'assurance maladie sponsorisée par le gouvernement (Avenir Health 2016a). La plupart des autres pays (le Zimbabwe et l'Ouganda sont des exceptions) ont l'intention d'introduire des programmes d'assurance maladie à l'avenir, démontrant ainsi leur engagement, mais les progrès sont encore très limités. La couverture de la population – combien de personnes et quels groupes de personnes sont inscrits – dans les programmes actuels varie, beaucoup d'entre eux ne couvrant

toujours pas la majorité des citoyens. Seuls deux des pays prioritaires de l'USAID, les Philippines et le Rwanda, ont mis en place des programmes d'assurance maladie couvrant presque toutes leurs populations. Ces deux programmes s'efforcent d'étendre la couverture depuis des décennies. Depuis 1995, le gouvernement des Philippines exploite la Philippines Health Insurance Corporation (PhilHealth), le régime d'assurance maladie national du pays, comme principal moyen d'atteindre la CSU. En 2016, PhilHealth couvrait 91 % de sa population admissible (PhilHealth 2016), avec des prestations couvrant certains services de planification familiale – mais pas tous.² Le Gouvernement du Rwanda a commencé à développer son modèle communautaire d'assurance maladie nationale en 1999 ; en 2013, 74 % de la population était couverte (Management Sciences for Health 2016).

² PhilHealth exclut l'enlèvement des DIU et des implants, et les pilules contraceptives orales, sauf le premier mois pour les clientes post-partum (les produits sont gratuits dans les établissements publics), selon une évaluation de SHOPS Plus.

Comparaison des mécanismes de paiement des prestataires

	 Paiement à l'acte	 Capitation
 Moment du paiement	Rétrospectif (paiement après la prestation du service et du dépôt d'une fiche de réalisation de la prestation)	Prospectif (paiement au début de chaque période définie, p. ex., une fois par mois ou par an)
 Événement déclenchant l'obligation de paiement	Prestation du service	Le client s'est inscrit auprès d'un prestataire
 Fondement des paiements	Tarif par prestation (ou maladie, ou jour)	Tarif par personne (ou famille) par période pour un forfait de prestations défini
 Les revenus du prestataire sont déterminés par	Le nombre de services fournis à un tarif de X par service	Le nombre de personnes inscrites à un tarif de capitation de X par personne inscrite
 Risque financier associé à l'utilisation des services	L'acheteur supporte le risque financier (le montant varie en fonction du fondement du paiement)	Le prestataire assume le risque financier

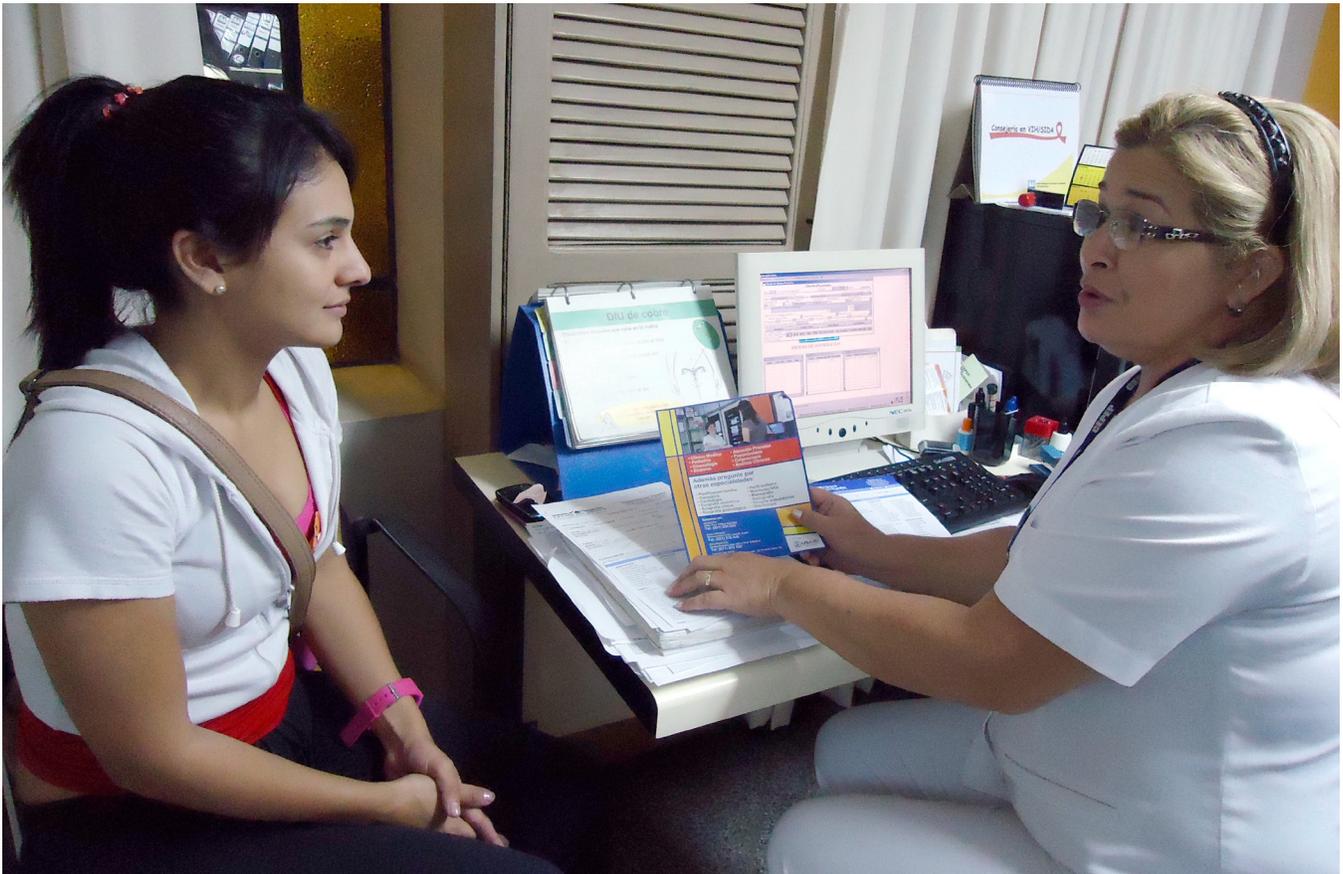
Financement de la planification familiale dans le contexte du financement de la CSU

Les approches nationales du financement de la planification familiale varient également. Elles peuvent s'inscrire dans le cadre des initiatives plus générales décrites plus haut, ou s'exercer en parallèle avec celles-ci. La communauté de la planification familiale s'intéresse actuellement à la possibilité de rendre accessible toute la gamme des services de planification familiale, en particulier aux populations défavorisées comme les jeunes ou les pauvres, et à la meilleure façon de le faire, ainsi que de répondre aux besoins non satisfaits dans le cadre d'initiatives plus larges visant à atteindre la CSU. Historiquement, la planification familiale a souvent été mise en oeuvre par des programmes autonomes ou verticaux financés par des bailleurs. La force de ces programmes est qu'ils captent et conservent une expertise technique et un financement dédiés. Toutefois, un programme vertical de planification familiale qui offre des services gratuits ou fortement subventionnés financés par un bailleur externe peut avoir pour effet involontaire de dissuader la mise en place d'un programme financé par des fonds publics pour couvrir les services de planification familiale (Encadré 2). Néanmoins, les acheteurs de soins de santé représentant les gouvernements ont commencé à reconnaître que les programmes verticaux sont vulnérables lorsque leurs pays cessent de recevoir un financement des bailleurs et doivent financer de plus en plus la planification familiale et d'autres services de santé avec des ressources nationales.

Encadré 2. Planification familiale et assurance maladie publique au Ghana

Historiquement, au Ghana, la planification familiale a été financée par le gouvernement, par les dépenses directes des usagers et par des bailleurs tels que l'USAID. Pour accroître l'utilisation de la contraception, les services de planification familiale ont été inclus dans le forfait de prestations du Régime national d'assurance maladie prévu par la loi de 2012 sur l'assurance maladie nationale. Cette loi n'a pas encore été pleinement appliquée, et les services de planification familiale ne sont toujours pas intégrés dans le programme de prestations du Régime. Néanmoins, la législation présente une opportunité importante non seulement d'accroître la disponibilité des services de planification familiale, mais également de mobiliser les ressources nationales et de réduire la dépendance par rapport aux bailleurs (Chaitkin et al. 2015).

Des pays comme le Bangladesh, le Malawi et l'Ouganda ne financent pas actuellement l'assurance maladie, mais ils gèrent des programmes autonomes qui incluent la planification familiale et des prestataires privés sous contrat pour fournir des services de planification familiale. Par exemple, le Bangladesh gère un système de remboursement financé par des fonds publics qui fournit une indemnisation aux personnes acceptant d'utiliser des contraceptifs réversibles à action prolongée et des méthodes permanentes. Le Malawi conclut des contrats avec des prestataires privés dans le cadre d'accords de niveau de service avec la Christian Health Association of Malawi (CHAM) pour fournir des services de santé, y compris des services de planification familiale, dans des zones difficiles d'accès. L'Ouganda gère des programmes de bons de planification familiale sur une grande échelle qui aident à alléger le fardeau financier associé à l'accès aux services de planification familiale. Les clients dans le cadre de ce programme sont indemnisés pour les pertes de salaires lorsqu'ils acceptent des méthodes permanentes ou ils reçoivent une subvention de transport lorsqu'ils accèdent aux contraceptifs réversibles à action prolongée (Avenir Health 2016f).



La couverture sanitaire universelle est généralement plus avancée dans les pays d'Amérique latine. Ci-dessus : une infirmière du Centre d'Études sur la population du Paraguay discute des options de planification familiale avec une jeune cliente.

Photo : Martha Merida

La couverture de la planification familiale dans les régimes d'assurance

Les services de planification familiale sont souvent exclus des prestations d'assurance maladie. Des exceptions à cette règle sont observées dans de nombreux pays d'Amérique latine, où les progrès vers la CSU sont généralement plus avancés (Encadré 3). Des recherches menées par Avenir Health ont montré que seulement six des 14 régimes d'assurance maladie sous l'égide du gouvernement dans les pays prioritaires pour la planification familiale de l'USAID incluent la planification familiale dans leur forfait de prestations (Encadré 4). Il peut exister diverses raisons pour lesquelles certains pays pourraient ne pas inclure la planification familiale. Comme on l'a noté, la planification familiale est souvent financée par les bailleurs au moyen de programmes verticaux, ce qui dissuade le gouvernement d'intégrer la planification familiale à d'autres programmes de financement. Les programmes d'assurance ont également tendance à couvrir des problèmes de santé coûteux, tels que les hospitalisations. La planification familiale est préventive et moins coûteuse que la plupart des autres services.

Encadré 3. La planification familiale et la CSU en Amérique latine et aux Caraïbes

L'Amérique latine et les Caraïbes ont des programmes d'assurance mieux établis, à plus grande échelle et sponsorisés par le gouvernement, qui contribuent à l'atteinte de la CSU. Les inscriptions sont presque universelles au Chili, en Colombie et au Costa Rica, et la plupart des programmes dans la région incluent toutes ou presque toutes les méthodes de planification familiale dans leur forfait de prestations.

Bien que des progrès aient été réalisés en termes de couverture de la population et de taux de prévalence des contraceptifs (TPC), des obstacles à la planification familiale subsistent, en particulier pour les groupes marginalisés, les femmes non assurées et les femmes les plus pauvres. En moyenne, le TPC moderne est inférieur de 20 % chez les femmes autochtones, de 5 % chez les femmes non assurées et de 7 % chez les femmes du quintile le plus pauvre (Fagan et al., 2017).

D'autres régions, en particulier l'Afrique, peuvent imiter les réalisations de l'Amérique latine et des Caraïbes au fil du temps, à mesure qu'elles progressent vers la CSU. Une leçon tirée de cette région plus avancée est que les programmes de soutien à la CSU et l'accès universel à la planification familiale continueront à avoir des lacunes, en particulier en ce qui concerne l'atteinte des populations vulnérables.

Encadré 4. Six régimes publics d'assurance maladie couvrant la planification familiale

Selon une étude d'Avenir Health, 14 des 22 pays prioritaires de l'USAID en matière de planification familiale gèrent une forme d'assurance maladie financée par l'État : Côte d'Ivoire, Sénégal, Éthiopie, Ghana, Kenya, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Tanzanie, Zambie, Inde, Indonésie, Pakistan et Philippines.

Cependant, seulement six des 14 régimes d'assurance maladie sous l'égide de l'État incluent la planification familiale dans leur forfait de prestations : le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, le Kenya, les Philippines et le Rwanda. Cependant, cette liste est trompeuse ; la planification familiale pourrait être incluse uniquement sur papier. Par exemple, les prestations d'aide à la planification familiale du Ghana incluent légalement la planification familiale, mais le forfait n'a pas encore été mis en oeuvre. Aux Philippines, toutes les méthodes sont techniquement couvertes, mais il existe actuellement une interdiction de fournir des implants.

Source : Avenir Health (2016a)

Le rôle des prestataires privés

Les prestataires privés sont une source importante de soins dans la plupart des pays. Bien que la planification familiale soit généralement gratuite ou presque gratuite lorsqu'elle est obtenue dans le secteur public, en réalité un nombre important de personnes, y compris des pauvres, recherchent des services de PF auprès de prestataires privés. Les raisons comprennent les ruptures de stock, l'accès géographique limité et la mauvaise qualité dans le secteur public. La perception du respect de la vie privée dans le secteur privé est une autre raison pour laquelle les clients l'ont choisi, souvent aussi en raison d'un accès plus pratique et plus rapide. Selon une étude réalisée en 2015 par Campbell et ses collègues sur la prestation de services de planification familiale par le secteur privé, le secteur

privé fournit 37 % des services de planification familiale. Sur ce pourcentage, plus de la moitié (54 %) des services de planification familiale sont fournis par des prestataires de soins médicaux, 36 % par des vendeurs de médicaments spécialisés et 6 % par des détaillants. Des recherches menées dans le cadre du projet SHOPS (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector) soutenus par l'USAID ont montré que le secteur privé était la source de planification familiale pour un peu moins de la moitié des utilisateurs de contraceptifs en Amérique latine et aux Caraïbes, ainsi qu'en Asie. En Afrique subsaharienne, la part du secteur privé était juste inférieure à un tiers (Ugaz et al., 2015). Les recherches de SHOPS montrent également que les prestataires privés sont une source importante de soins pour les pauvres (Figure 3).

Figure 3. Utilisation des prestataires privés pour les méthodes modernes de planification familiale par les deux quintiles les plus pauvres (%)



Source : le projet SHOPS Plus (2014)

Les prestataires privés sont engagés pour fournir des services de planification familiale dans le cadre de certains programmes de financement de la santé. Deux programmes de bons en Ouganda utilisent des prestataires privés pour fournir des services de planification familiale : le projet de bons de santé reproductive et le projet de méthodes de planification familiale à long terme (par le biais des cliniques franchisées BlueStar). En Éthiopie, l'ONG Family Guidance Association d'Éthiopie a conclu des accords avec des cliniques privées pour fournir gratuitement des contraceptifs aux clients. Les ONG jouent un rôle important dans la fourniture de services de santé aux zones rurales et aux bidonvilles du Bangladesh (Avenir Health 2016b).

Les prestataires privés de petite et moyenne tailles en particulier peuvent permettre aux programmes de financement de la santé d'étendre l'accès aux services. Beaucoup de gens, particulièrement les pauvres, cherchent des soins auprès de ces prestataires, souvent établis dans leurs communautés. Cependant, ces prestataires restent largement inexploités par les programmes de financement de la santé. Les

prestataires de petite et moyenne tailles sont nombreux mais peuvent être difficiles à cataloguer, à organiser et à superviser. Au lieu de cela, les prestataires privés les plus connus et les plus importants tels que les cliniques ou les hôpitaux ont tendance à être engagés sous contrat par les programmes de financement de la santé. Les grands prestataires privés sont également souvent bien considérés. Ils peuvent être plus efficaces en matière de conclusion de contrats, offrant notamment un « guichet unique » pour un acheteur. Cependant, leurs tarifs peuvent être plus élevés.

La couverture peut être plus théorique que réelle

La capacité des pays à mesurer les progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle s'améliore (OMS 2015). Cependant, en ce qui concerne la couverture sanitaire, ce qui est indiqué sur papier et dans les politiques peut être très différent de ce qui se passe sur le terrain. En d'autres termes, il ne suffit pas de savoir qu'une personne est couverte par un programme et que les services couverts par ce programme comprennent un niveau adéquat de protection financière.

Les prestataires privés de petite et moyenne tailles peuvent permettre aux programmes de financement de la santé d'étendre l'accès aux services. À droite : Un médecin au Nigeria.

Photo : Mike Blyth





Les clients choisissent des méthodes contraceptives en fonction de multiples facteurs, y compris les implications financières.

Photo : © 2017 Riccardo Gangale, avec la permission de Photoshare

Une évaluation plus nuancée de la couverture nécessite une analyse plus approfondie. Par exemple, des chercheurs de l'Institute for Health Metrics and Evaluation suggèrent qu'une couverture efficace, une mesure plus complète qui tient compte des besoins, de l'utilisation et de la qualité des services, est un moyen réaliste et plus précis de mesurer les progrès vers la CSU (Ng et al. 2014). Une couverture efficace de la planification familiale dans les programmes de financement de la santé dépendra d'un ensemble de facteurs sous-jacents et interactifs qui vont au-delà des trois grandes dimensions de la CSU décrites à la Figure 1 (couverture de la population, couverture des services et protection financière). Ces facteurs comprennent la conception du programme – ses mécanismes de paiement des prestataires, par exemple, et les prestataires qu'il engage pour fournir des services ; la capacité du système de santé à fournir des services de qualité ; l'environnement politique, social et économique du pays ; et le comportement des citoyens eux-mêmes en ce qui concerne la recherche de traitements et leurs préférences.

Pour les clients, les modalités financières et le choix des prestataires sont importants

Les sommes payées pour les services et qui paient cet argent – les clients, ou un tiers tel qu'un programme d'assurance ou de bons – peuvent affecter la couverture, le choix de la méthode et le choix du prestataire.

Un élément influençant le taux de couverture est le fait que les prestataires de soins de santé participent aux réseaux de prestataires. Un autre élément est le montant et la manière dont ils sont payés pour fournir des services couverts dans le cadre des programmes de financement de la santé. L'importance des taux et des mécanismes de paiement ainsi que du rôle de la politique a été renforcée dans les conclusions de la recherche présentée lors d'une réunion consultative sur le soutien de la planification familiale dans les initiatives de CSU (Avenir Health 2016g, Mazzilli et al. 2016). La réunion avait été organisée par le projet Renforcement des résultats de santé par le secteur privé (SHOPS) Plus en collaboration avec la Bill & Melinda Gates Foundation et l'USAID en octobre 2016. Les experts présents à la réunion ont noté que les défenseurs de la planification familiale avaient beaucoup à apprendre sur le lien entre les approches de paiement des prestataires, le partage des coûts, la composition du réseau des prestataires et d'autres composantes des programmes de financement de la santé. Une des principales conclusions de la réunion était que la communauté mondiale de la santé a besoin de plus de preuves et de leçons documentées dans un plus grand nombre de contextes pour comprendre comment ces facteurs permettent ou empêchent l'accès à une planification familiale et à d'autres services de santé de qualité.

Les clients choisissent et les prestataires recommandent des moyens de contraception basés sur de multiples facteurs tels que les considérations cliniques, la disponibilité, les croyances religieuses et culturelles, l'adéquation des connaissances, l'efficacité des conseils (pour les clients) et les implications financières. Théoriquement, toutes autres choses



Les facteurs financiers affectent l'endroit où les clients décident d'obtenir un service.

Photo : Jessica Scranton

étant égales par ailleurs, les clients - en particulier ceux qui sont pauvres - sont susceptibles de choisir des moyens (et des prestataires) moins coûteux pour eux. La recherche du projet SHOPS montre une association statistiquement significative entre la richesse et l'utilisation de méthodes à action longue et permanente (MALP). Les femmes pauvres ont tendance à utiliser des méthodes à courte durée d'action, tandis que les femmes plus aisées ont tendance à utiliser les MALP (Ugaz et al., 2016). Les facteurs financiers influent également sur le choix d'un client pour obtenir un service. Les coûts directs peuvent être plus élevés lorsque les services sont fournis par des prestataires privés par rapport aux prestataires publics. En outre, si les coûts directs sont proportionnels au coût d'un service (par exemple, les méthodes à courte durée coûtent moins cher aux clients que les MALP), les clients peuvent choisir un prestataire privé pour des méthodes à court terme plus abordables, mais ils ont souvent tendance à s'adresser

à des prestataires publics, chez lesquels les services peuvent être gratuits ou presque gratuits, pour obtenir des moyens de contraception coûtant plus cher, tels que les MALP (Ugaz et al. 2013).

Les modalités financières sont également importantes pour les prestataires. Plus précisément, les mécanismes de paiement et les taux sont parmi les facteurs qui influencent la volonté des prestataires de participer aux programmes de financement de la santé, et, quand ils le font, ils ont une incitation financière à fournir une méthode plutôt qu'une autre. La viabilité des approches et des taux de paiement donnés variera également selon le prestataire, car elle dépendra de la structure de coûts du prestataire et de ses objectifs commerciaux. Par exemple, un certain montant versé pour un service de planification familiale peut être intéressant pour une sage-femme indépendante qui exploite un petit cabinet. Mais cette même somme peut être jugée inadéquate par une clinique plus grande

qui fonctionne avec une structure de coûts plus élevée en raison d'un personnel plus nombreux et de services plus intensifs, ou par une clinique qui cherche à atteindre un certain niveau de bénéficiaires pour soutenir sa future expansion et attirer du personnel qualifié. Différents prestataires peuvent également considérer différemment un mécanisme de paiement et un tarif en fonction de la proportion de leurs services qui seraient rémunérés selon ce mécanisme de paiement particulier.

Les praticiens de petite taille et de taille moyenne en particulier peuvent avoir des difficultés à participer aux programmes de financement de la santé. Une étude de Marie Stopes International a révélé que les prestataires privés sont souvent incapables de satisfaire aux stipulations d'un contrat avec des programmes de financement de la santé sponsorisés par le gouvernement (Mazzilli et al., 2016). En Indonésie, un obstacle potentiel pour les sages-femmes privées désirant adhérer au régime d'assurance maladie nationale appelé Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) est l'obligation de mettre en place un protocole d'entente avec un centre de santé communautaire (Avenir Health 2016d). Le protocole lie les sages-femmes privées qui travaillent souvent de manière indépendante à un centre de référence au cas où elles auraient besoin d'une assistance supplémentaire. Cependant, l'accord prévoit que les sages-femmes privées doivent partager un pourcentage de leurs revenus avec le centre de santé communautaire. De plus, les paiements de JKN sont inférieurs à ce que reçoivent de nombreuses autres sages-femmes privées. En conséquence, les sages-femmes peuvent estimer qu'il n'est pas à leur avantage d'adhérer au JKN. Au Kenya, les prestataires privés peuvent conclure des contrats avec le National Health Insurance Fund (NHIF), mais ils ont du mal à le faire en raison des multiples obligations d'obtention de licences, des difficultés d'accès au crédit et des paiements insuffisants (Avenir Health 2016e). Population Services Kenya et Marie Stopes Kenya négocient la passation de marchés avec des prestataires privés affiliés à leurs franchises sociales avec le NHIF afin de réduire les coûts de transaction pour que les membres individuels puissent être accrédités. Cette

approche est également plus efficace pour le NHIF. Le Gouvernement éthiopien reconnaît l'importance du secteur privé, mais il n'a pas encore défini le rôle que le secteur privé jouera dans le programme d'assurance maladie sociale en attente pour les ménages du secteur formel, qui est destiné à fournir un complément pour les régimes communautaires que le gouvernement est en train d'étendre dans tout le pays pour les ménages du secteur informel. Le Gouvernement éthiopien est également en train de déterminer quels mécanismes de paiement et quels taux de paiement il offrira aux prestataires privés dans le cadre de l'assurance maladie sociale. Une option envisageable, comme une incitation à contracter, est de payer aux Prestataires privés un « complément » de 25 % par rapport aux montants versés actuellement aux établissements publics (Avenir Health 2016c).



Une sage-femme de la partie orientale de Java, en Indonésie

Photo : © 2005 Catherine Harbour, avec la permission de Photoshare

Le développement de l'approche des achats stratégiques

Un aspect important des programmes de financement de la santé est l'approche qu'ils utilisent pour acheter des services de santé auprès des prestataires. Les achats stratégiques font référence à un passage d'une approche budgétaire traditionnelle, réactive et basée sur les objets de dépenses, à des approches proactives, dont la conception et la mise en oeuvre sont fondées sur les faits et contribuent à atteindre les objectifs du système de santé.

Les services de planification familiale ont traditionnellement été financés à l'aide de méthodes basées sur les intrants. Ils comprennent le financement direct par les postes budgétaires pour les salaires, les bâtiments, les équipements et les fournitures des prestataires financés par l'État, ou des programmes financés par des subventions ou des contrats de remboursement des coûts par des bailleurs, souvent en partenariat avec des prestataires à but non lucratif. Cependant, la capacité des programmes de financement de la santé à acheter stratégiquement des services de santé est en croissance. Soutenus par des systèmes d'information et de surveillance plus robustes et incités à étendre la couverture avec des ressources limitées, les programmes de pays comme le Ghana, l'Indonésie, le Kenya et la Tanzanie expérimentent avec des mécanismes d'achat qui encouragent la qualité et l'efficacité, et qui réduisent les incitations défavorables pouvant entraîner une utilisation inappropriée ou de fraudes.

Toute approche d'achat aura des avantages et des inconvénients pour chaque partie prenante. Les frais à la charge des usagers chez les prestataires publics peuvent générer des revenus pour le prestataire ou l'État, mais ils créent également des obstacles financiers pour les clients cherchant à accéder aux soins. Ces barrières sont injustes, car elles affectent de manière disproportionnée les pauvres et les malades.

Mécanismes de paiement des prestataires

Un mécanisme de paiement des fournisseurs dominant est le paiement à l'acte, et un mécanisme émergent est la capitation ; ces deux mécanismes sont discutés dans cette section. Il est important de comprendre comment les mécanismes de paiement fonctionnent dans un contexte donné et comment ils affectent des services tels que la planification familiale et les prestataires. Pour cette raison, les pays expérimentent avec différentes approches de paiement et peuvent combiner deux ou plusieurs mécanismes de paiement.

Paiement à l'acte : paiement par service, par maladie, par jour

Le paiement à l'acte est un mécanisme de paiement commun à tous les secteurs économiques. Un exemple simple est l'achat d'un repas dans un restaurant – le menu offre une gamme de plats, chacun avec un prix fixe. Le client choisit des plats sur le menu et, après le repas, il paie la facture attendue. L'achat de soins de santé est plus compliqué. Les clients, ou ceux qui achètent des soins en leur nom, ont des informations asymétriques, c'est-à-dire qu'il leur est difficile de déterminer à quel moment ils auront besoin de soins, et de quels services et de combien de services ils auront besoin ; par ailleurs, il leur est difficile de juger de leur qualité, de leur efficacité clinique et de leur rapport coût / efficacité.

Les paiements à l'acte sont déclenchés lorsque les services sont fournis. Au niveau le plus élémentaire, les paiements à l'acte sont effectués pour chaque service ou produit fourni lors d'une rencontre médicale. Par exemple, en utilisant une approche de paiement à l'acte au niveau du service, une cliente qui choisit des contraceptifs oraux paierait pour une consultation et pour un approvisionnement en pilules.

Il existe d'autres versions de paiements à l'acte. Les paiements peuvent être basés sur le nombre d'interventions ou la longueur du séjour (pour les services avec hospitalisation). Une intervention fait référence à un diagnostic ou à un besoin de traitement. Chaque intervention est associée à un ensemble de services communément requis pour gérer ce diagnostic

ou répondre à ce besoin de traitement. Par exemple, pour traiter un cas dans lequel une cliente souhaite éviter une grossesse, les services associés incluraient des conseils de planification familiale et la fourniture d'une méthode de planification familiale (si elle est choisie). Pour traiter un cas de grossesse, les services attendus comprennent les soins prénataux et l'accouchement.

Les tarifs pour de telles interventions peuvent être utilisés pour les services hospitaliers aussi bien qu'ambulatoires. Pour ces tarifs, c'est le diagnostic ou l'intervention qui détermine le paiement, et non le nombre réel ou le type de services fournis pour traiter ce cas.

De plus, les paiements à l'acte peuvent également être structurés avec des indemnités journalières pour les services aux patients hospitalisés. Dans le cas des indemnités journalières, c'est la durée du séjour qui détermine le paiement et non le diagnostic ou les différents services fournis.

Différentes formes de paiement à l'acte (par service, par cas ou par jour) offrent différentes incitations financières aux prestataires pour fournir plus ou moins de services, ou des services différents, affectant ainsi la qualité des soins et leur efficacité. Les tarifs correspondants fournissent une incitation financière pour que le prestataire traite les cas qui paient le plus. Une approche de paiement par cas fournit également une incitation financière à fournir moins de services par cas, puisque le paiement par cas est fixe. Les indemnités journalières offrent au prestataire une incitation financière à faire

hospitaliser le patient et à prolonger la durée de son séjour tout en réduisant le nombre et l'intensité des services fournis chaque jour, puisque le paiement par jour est fixe.

Le paiement à l'acte au niveau des services reste une approche de paiement populaire dans les programmes de planification familiale, avec une utilisation croissante des taux de rémunération par cas (Encadré 5). Les paiements à l'acte au niveau des services constituent le moyen le plus précis de payer pour les services réellement fournis pour une consultation de santé donnée. Une approche de paiement à l'acte peut également être choisie pour encourager la prestation de services prioritaires. Cela pourrait s'appliquer lorsque les services prioritaires ne sont pas utilisés de manière égale dans une population, comme les services de santé maternelle et infantile ou la planification familiale, ou lorsque les services sont chers ou rarement utilisés. Si les données sont exactes et si les services sont cliniquement appropriés, les paiements au niveau du service seront plus faibles pour un cas simple que s'il y a des complications ou lorsque le patient présente de multiples problèmes médicaux. Cependant, ils incitent les prestataires à fournir des services plus nombreux et plus coûteux, ce qui augmente les coûts sans nécessairement améliorer les résultats. Cela est particulièrement vrai lorsqu'un tiers, tel qu'un système d'assurance, paie les services pour le compte d'un client. Les modalités de paiement à l'acte peuvent également encourager les fraudes, par exemple la facturation d'un service (ou d'une intervention, ou d'un jour) qui n'a pas du tout été fourni.

Encadré 5. Les paiements à l'acte dans les programmes de planification familiale

Les modalités de paiement pour les services de planification familiale varient considérablement. En Ouganda, grâce à des programmes de bons, les prestataires privés perçoivent des paiements à l'acte en fonction de la méthode de planification familiale fournie, qui peut varier de 0,73 à 4,60 dollars. Au Kenya, les méthodes permanentes de planification familiale sont incluses dans les contrats d'hospitalisation, et les prestataires sont payés pour le service. Au Bangladesh, les prestataires sont payés 5,00 USD par cas de méthode permanente et moins de 1,00 USD par insertion d'implant ou de DIU dans le cadre du régime de remboursement.

Source : Avenir Health (2016 b, e, f)

Capitation

Une alternative au paiement à l'acte est la capitation. La capitation fait référence à un paiement éventuel versé aux prestataires par personne et par période pour un ensemble défini de services. La capitation est bien adaptée pour payer des services fréquents, prévisibles et couramment utilisés tels que les soins primaires, en particulier lorsque la population couverte par le système de capitation est suffisamment importante et diversifiée. La capitation transfère le risque de l'acheteur au prestataire pour la quantité et le type de services utilisés, créant ainsi un meilleur alignement des incitations financières entre les acheteurs de soins de santé et les prestataires. Il s'agit d'une différence importante par rapport aux approches de paiement à l'acte, où, selon l'approche, l'acheteur supporte tout ou partie du risque financier d'utilisation. À ce titre, la capitation nécessite un changement de paradigme total de la part des prestataires pour gérer efficacement leurs activités selon une approche de paiement différente avec des incitations financières différentes.

Les incitations financières changent pour les prestataires lorsque la capitation remplace les approches de paiement à l'acte. Alors que les paiements à l'acte sont déclenchés par l'utilisation des services, les paiements par capitation sont déclenchés par l'affectation d'un patient à un prestataire. Par exemple, un paiement basé sur la capitation peut être effectué par membre et par mois, ou, alternativement, par ménage et par année. Ces paiements ne varient pas en fonction de l'utilisation. Par conséquent, l'incitation financière avec la capitation pour les fournisseurs consiste à se voir attribuer plus de patients, tout en fournissant des services moins nombreux et plus économiques par patient.

Cette évaluation est cependant simpliste. En réalité, les facteurs qui stimulent la prestation de services sont complexes et comprennent de nombreuses méthodes incitatives non financières, notamment le désir et la capacité des prestataires d'offrir des soins de qualité, le fardeau de la maladie, la disponibilité des produits et un comportement des patients axé ou non sur la recherche de l'amélioration de la santé. Les incitations financières elles-mêmes sont également compliquées et mal comprises dans différents contextes.

Un aspect essentiel de la capitation est de savoir quels services sont inclus dans le paiement par capitation. Si les services de planification familiale sont inclus dans un paiement par capitation pour un ensemble de services de soins primaires, toutes autres choses étant égales par ailleurs, les prestataires peuvent être incités financièrement à fournir des moyens à courte durée d'action (ou même aucun) car ces moyens sont les plus faciles à fournir. Si les services de planification familiale étaient inclus dans un tarif de capitation incluant les soins de maternité, l'incitation financière pour la planification familiale changerait si l'on considère son potentiel à éviter les grossesses non désirées, au moins sur une période plus longue. En outre, les mécanismes d'orientation vers des spécialistes pour les services non couverts dans le cadre de la capitation, les changements dans les subventions et les coûts, l'inscription et la rétention des patients ainsi que l'orientation clinique sont autant de facteurs pouvant influencer la réponse des prestataires aux incitations financières.

Dans certains pays, il existe des programmes de financement de la santé qui sont en train d'acquérir de l'expérience en matière de capitation pour payer les services de planification familiale. Le régime JKN de l'Indonésie paie les DIU dans le cadre de la capitation au niveau primaire, mais il paie également des honoraires de services en utilisant des paiements basés sur des cas aux niveaux secondaire et tertiaire (Avenir Health 2016d). Si seules des incitations financières étaient envisagées, un prestataire de soins primaires pourrait être incité à recommander une patiente pour l'insertion d'un DIU à un établissement de niveau supérieur, puisque le paiement par capitation pour le prestataire de soins primaires restera constant indépendamment des services fournis. En outre, le programme est en train d'apprendre à quel point le paiement par capitation sera adéquat pour rémunérer les prestataires pour la fourniture de la gamme de services, y compris la planification familiale, spécifiée dans le paiement par capitation. De même, au Kenya, le NHIF utilise maintenant la capitation pour payer les prestataires de soins primaires sous contrat. Cela signifie que les services de planification familiale qu'ils fournissent ne généreront pas de revenus supplémentaires pour eux (Avenir Health 2016e).



Des femmes au Rwanda avec des cartes de leur mutuelle. Le Rwanda a un modèle communautaire d'assurance-maladie nationale couvrant 74 % de sa population.

Enfin, peu est connu dont le montant ou le tarif payé en vertu d'une approche par capitation particulière influence l'utilisation des services. En théorie, plus le tarif est élevé, plus le prestataire devrait pouvoir utiliser les ressources nécessaires pour fournir les services appropriés, avec une bonne qualité. L'un des pièges de la capitation est que le taux de capitation est une estimation de la somme nécessaire pour couvrir le coût de la prestation de services couverts aux patients. Cependant, l'utilisation des services de santé varie énormément d'une personne à l'autre. Ainsi, une approche par capitation peut en fait payer excessivement certains prestataires et payer insuffisamment les autres, en fonction de l'utilisation et de la combinaison des services fournis aux clients qui leur ont été affectés. Lorsque l'on considère un service volontaire tel que la planification familiale qui est principalement utilisé par les femmes, un prestataire membre d'un réseau qui offre une gamme complète de moyens de planification familiale pourrait attirer des patientes qui utilisent de nombreux services de planification familiale différents, mais recevoir les mêmes paiements par capitation qu'un autre prestataire qui fournirait moins de services de planification familiale. C'est un argument pour « découper » la planification familiale à partir des paiements par capitation pour les soins de santé primaires, et pour rémunérer les prestataires sur la base

du paiement à l'acte (que ce soit avec les tarifs par cas ou au niveau du service).

L'intersection de l'approche et du choix de paiement

Le droit de la cliente de prendre une décision éclairée quant à l'utilisation de la contraception et, dans l'affirmative, quelle méthode, reste un principe central de la planification familiale. En théorie, des termes financiers équivalents et réalisables pour toutes les méthodes pour les prestataires et les clientes devraient promouvoir la fourniture impartiale de méthodes et de choix pour les clientes. Comme cela a été décrit précédemment, les incitations financières résultant de l'approche de paiement, des tarifs applicables ou des coûts directs supportés par les clientes peuvent influencer la mesure dans laquelle les femmes peuvent véritablement choisir la méthode de planification familiale qu'elles préfèrent. Le choix d'une intervention se fait aussi avec d'autres besoins de santé, quand différentes interventions sont possibles, et une intervention doit être choisie en fonction des besoins et des préférences du patient en consultation avec un prestataire de soins de santé. Par exemple, certaines conditions orthopédiques peuvent être traitées par une intervention chirurgicale ou non chirurgicale.



TAJAAJILA KALE
FI TIRAAJJI
LAKK. 1

Photo : Jeanna Holtz

Implications pour la planification familiale

Les progrès vers l'atteinte de la CSU et la satisfaction des besoins de planification familiale peuvent être accélérés. Des plateformes telles que la Global Financing Facility (voir l'encadré) aident les pays à mobiliser et à maintenir des ressources essentielles pour financer ces efforts. À mesure que de plus en plus de pays étendent les mécanismes de financement du côté de la demande, tels que l'assurance maladie ou les bons, les défenseurs de la planification familiale peuvent faire beaucoup pour plaider en faveur d'une couverture efficace de la planification familiale.

1. **Présenter un plaidoyer.** De meilleures informations sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas sont les fondations de tout argument convaincant pour inclure la planification familiale dans les programmes de financement de la santé, et elles éclaireront la meilleure façon de le faire. En raison des données limitées sur les effets des programmes de financement de la santé sur la planification familiale, l'OMS a produit des données factuelles convaincantes grâce à des examens systématiques de la rémunération au rendement, des transferts conditionnels d'argent, des bons, des paiements à l'acte et des

financements communautaires (Ali et Lissner 2016). Une étude plus approfondie concernant l'effet des mécanismes de paiement sur la planification familiale devrait notamment inclure :

- a. Une enquête plus rigoureuse sur l'effet de la capitation sur le comportement des prestataires et l'utilisation de la gamme de services de planification familiale afin de mieux comprendre s'il convient d'utiliser, et éventuellement comment utiliser, la capitation conjointement avec d'autres options de paiement pour la planification familiale ou à la place de celles-ci.
- b. Une analyse plus approfondie de l'effet des coûts directs à la charge des clientes sur leur utilisation des méthodes de planification familiale et leur choix de prestataires pour mieux comprendre comment concevoir des programmes durables et équitables. Par exemple, comment la participation des clientes et le choix de la méthode varient-ils lorsque la cliente est financièrement indifférente à la méthode qu'elle choisit ? Inversement, quel est l'effet des coûts « inégaux » à la charge des clientes sur l'adoption de la planification familiale et le choix de la méthode ?

Global Financing Facility

La GFF est une plateforme qui aide à mobiliser le financement national, un soutien extérieur et des sources innovantes (y compris le secteur privé) pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente. La plateforme encourage les pays à préparer des dossiers d'investissement qui aident à prioriser un ensemble d'investissements pour réaliser des améliorations dans ces domaines de la santé. La GFF aide également les pays à élaborer des stratégies de financement de la santé pour promouvoir la viabilité financière de ces initiatives. Cela commence par une évaluation de tous les aspects du financement de la santé dans le pays.

Source : site Web de la Global Financing Facility, globalfinancingfacility.org

2. **Engager des prestataires privés.** La progression vers la couverture sanitaire universelle – y compris l’augmentation de la protection contre les risques financiers et l’accroissement de l’accès aux services, y compris la planification familiale – est possible grâce à une approche globale du marché qui prend en compte les contributions potentielles des prestataires publics comme privés. Les défenseurs de la planification familiale devraient plaider en faveur de l’inclusion de prestataires privés de petite et moyenne tailles représentant divers cadres dans les programmes de financement de la santé pour atteindre un plus grand nombre de personnes mal desservies.

3. **Se faire mieux entendre.** Les défenseurs de la planification familiale doivent plaider pour une couverture efficace de la planification familiale dans l’assurance ou d’autres programmes de financement de la santé. Leurs arguments doivent être entendus par les intendants du système de santé et d’autres responsables du gouvernement, au milieu de messages véhiculant d’autres intérêts. Par exemple, des groupes d’intérêts spéciaux tels que les hôpitaux et les groupes de défense des patients (par exemple, pour le cancer) préconisent la couverture des services de soins de santé secondaires et tertiaires qui peuvent signifier la vie ou la mort du patient ; les assureurs sont enclins à couvrir les « événements assurables » tels que les hospitalisations peu fréquentes, aléatoires et financièrement catastrophiques ; ils peuvent exclure les soins primaires (et certains services de planification familiale, ou même tous ces services) ou ne pas conclure de contrat avec des prestataires de petite et moyenne tailles, par crainte d’augmenter les coûts administratifs ou d’accroître l’exposition à la fraude ou une utilisation excessive.

Il existe une pression croissante pour mettre en place des programmes efficaces et durables qui améliorent la santé et offrent une protection contre les risques financiers à l’appui de la CSU et de l’accès universel à la planification familiale. Les défenseurs de la planification familiale peuvent continuer à rassembler des données factuelles

sur les avantages sanitaires et financiers de la planification familiale, par exemple en expliquant comment intégrer la planification familiale à des programmes de financement plus importants, des programmes qui sont efficaces, équitables et couvrent un grand nombre de personnes. Dans tous les cas, les défenseurs de la planification familiale doivent parler plus couramment le langage des parties prenantes qui ne sont pas des experts en planification familiale, mais qui sont responsables des objectifs et des fonctions plus larges du système de santé.

4. **S’engager envers un processus à long terme.** La plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire en sont à un stade encore peu avancé de la couverture sanitaire universelle, et ils doivent encore faire des progrès considérables pour atteindre les objectifs de la planification familiale. L’expérience montre que les voies menant à ces objectifs comprennent inévitablement des détours et des retards. Le progrès prend du temps, et l’apprentissage passe par l’expérimentation et l’itération. Ces exemples, et l’expérience de pays comme la Thaïlande, où les progrès vers la CSU sont plus avancés, suggèrent que la préparation et l’extension de la couverture de la population par des programmes d’assurance maladie sous l’égide de l’État sont des processus durant plusieurs décennies.

5. **Faire preuve de pragmatisme.** En reconnaissant les points susmentionnés, les parties prenantes devraient être pragmatiques. À long terme, on peut s’attendre à ce que les programmes de financement de la santé étendent la couverture de la planification familiale et d’autres services, mais il y aura toujours des lacunes dans la couverture de la population, la couverture des services et la protection financière. L’assurance en particulier devrait être considérée comme faisant partie de la solution, mais pas comme la solution unique. D’autres options, telles que les services financés par l’État, les bons et les mécanismes d’épargne, resteront pertinentes pour compléter les initiatives de financement de base.

Références

Ali, M., et C. L. Lissner, éd. invités, 2016. « Systematic reviews of mechanisms for financing family planning: An international collaboration. » *Studies in Family Planning* 47 (4).

Avenir Health. 2016a. « Scoping demand side financing schemes for family planning. » Manuscrit non publié.

———. 2016b. « Supporting family planning within national health financing schemes: Bangladesh case study. » Manuscrit non publié.

———. 2016c. « Supporting family planning within national health financing schemes: Ethiopia case study. » Manuscrit non publié.

———. 2016d. « Supporting family planning within national health financing schemes: Indonesia case study. » Manuscrit non publié.

———. 2016e. « Supporting family planning within national health financing schemes: Kenya case study. » Manuscrit non publié.

———. 2016f. « Supporting family planning within national health financing schemes: Uganda case study. » Manuscrit non publié.

———. 2016g. « Supporting family planning within national health insurance schemes: Case studies summary. » Manuscrit non publié.

Campbell, O. M., L. Benova, D. Macleod, C. Goodman, K. Footman, A. L. Pereira, et C. A. Lynch. 2015. « Who, what, where: An analysis of private sector family planning provision in 57 low- and middle-income countries. » *Tropical Medicine & International Health* 20 : 1639–1656.

Chaitkin, M., M. Schnure, D. Dickerson, et S. Alkenbrack. 2015. *How Ghana can save lives and money: The benefits of financing family planning through national health insurance*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project.

Evans, D., N. Beyeler, et A. Beith. 2015. *What steps are countries taking to implement pro-poor universal health coverage?* San Francisco : Global Health 2035, the Lancet Commission on Investing in Health.

Fagan, T., A. Dutta, J. Rosen, A. Olivetti, et Kate Klein. 2017. « Family planning in the context of Latin America's universal health coverage agenda. » *Global Health: Science and Practice* 5 (3) : 382–398.

Holtz, J. *Achieving universal access to family planning services*. 2016. Bethesda, MD : le projet Renforcement des résultats de santé par le secteur privé Plus, Abt Associates.

Kalisa I., S. Musange, D. Collins, U. Saya, et T. Kunda. *The development of community-based health insurance in Rwanda: Experiences and lessons*. 2016. Université du Rwanda, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé – École de Santé publique, Kigali, Rwanda, et Management Sciences for Health, Medford, MA, USA.

- Lagomarsino, G., A. Garabrant, A. Adyas, R. Muga, et N. Otoo. 2012. « Moving towards universal health coverage: Health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. » *The Lancet* 380 : 933–43.
- Mazzilli, C., G. Appleford, et M. Boxshall. 2016. *MSP's health financing assessments 2012–2015: What did we learn about UHC financing and contraception? Four 'Ps' matter*. Marie Stopes International.
- Naik, R., L. Morgan, et J. Wright. 2014. *The role of health insurance in family planning*. Washington, DC : Population Reference Bureau.
- Ng, M., N. Fullman, J. L. Dieleman, A. D. Flaxman, C. J. L. Murray, et S. S. Lim. 2014. « Effective coverage : a metric for monitoring universal health coverage. » *PLOS Medicine* 11 (9) : e1001730.
- Philippine Health Insurance Corporation. 2017. Rapport annuel 2016.
- SHOPS Project. 2014. *Meeting demand for modern contraception: Role of the private sector*. Bethesda, MD : projet Renforcement des résultats de santé par le secteur privé Plus, Abt Associates.
- Stenberg, K., O. Hanssen, T. Tan-Torres Edejer, M. Bertram, C. Brindley, A. Meshreky, J. Rosen, J. Stover, P. Verboom, R. Sanders, et A. Soucat. 2017. « Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: A model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. » *Lancet Global Health* 5 (9, Sept) : e875–e887.
- Ugaz J. I., J. Gribble, M. Chatterji, et S. Mitchell. 2013. « Wealth, long-acting contraception and the private sector. » Présentation.
- Ugaz J. I., M. Chatterji, J. N. Gribble, et K. Banke. 2016. « Is household wealth associated with use of long-acting reversible and permanent methods of contraception? A multi-country analysis. » *Global Health Science and Practice* 4 (1) : 43–54.
- Ugaz, J. I., M. Chatterji, J. N. Gribble, et S. Mitchell. 2015. « Regional trends in the use of short-acting and long-acting contraception accessed through the private and public sectors. » *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 130 Suppl (3) : E3–E7.
- La banque mondiale. 2014. *Indicateurs du développement dans le monde 2014*. Washington, DC : Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale.
- Organisation mondiale de la Santé. 2010. *The World Health Report: Health systems financing—the path to universal coverage*. Genève : OMS.
- . 2011. « The Abuja Declaration 10 years on. »
- . 2015. *Tracking universal health coverage: First global monitoring report*. Genève : OMS.

Trouve nous SHOPSPPlusProject.org   

Le projet Renforcer les résultats de santé par le secteur privé Plus (SHOPSP Plus) est un accord de coopération de cinq ans (AID-OAA-A-15-00067) financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le projet implique stratégiquement le secteur privé pour améliorer les résultats de santé dans les domaines de la planification familiale, du VIH, de la santé infantile, et autres aspects de la santé. Abt Associates met en oeuvre SHOPSP Plus en collaboration avec l'American College of Nurse-Midwives, Avenir Health, Broad Branch Associates, Banyan Global, Insight Health Advisors, Iris Group, Population Services International, la Praekelt Foundation et le William Davidson Institute de l'Université du Michigan.



Abt Associates Inc.
6130 Executive Blvd.
Rockville, MD 20852 USA
Tél. : 301-347-5000
www.abtassociates.com