



**Coûts et financement des soins de santé sexuelle et reproductive et des droits connexes :
analyse des données disponibles et consultations nationales dans les pays d'Afrique à
revenu faible et intermédiaire**

HEARD/SCTG

Septembre 2023

Table des matières

Auteurs et remerciements	ii
Référence recommandée	ii
Résumé	iii
Abréviations	iv
Définitions opérationnelles	v
Introduction	1
Conceptualisation des coûts et du rapport qualité-prix des interventions d'autogestion de la santé	3
Coûts de mise en œuvre : coûts liés au développement, à la mise en œuvre et à la généralisation des interventions d'autogestion de la santé.....	3
Comprendre comment l'autogestion de la santé influence les coûts pour le système de santé.....	6
Comprendre comment les interventions d'autogestion de la santé influencent les coûts pour l'individu.....	6
Comprendre le rapport qualité-prix : évaluations économiques des soins auto-administrés.....	7
Financement des interventions en matière d'autogestion de la santé	9
Financement par le secteur public	9
Financement par le secteur privé et frais d'utilisation.....	10
Financement externe	11
Aperçu des données disponibles	11
Méthode	12
Une revue exploratoire de la littérature sur les coûts et le financement des soins auto-administrés	12
Consultations nationales avec les principales parties prenantes.....	15
Conclusions de l'analyse documentaire des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive	15
Auto-dépistage du VIH.....	15
Avortement autogéré.....	17
Contraception par auto-injection	20
Auto-prélèvement pour le dépistage du HPV	23
Recommandations	24
Résumé	27
Références	28
Annexes	35
<i>Étude de cas sur le financement de l'autotest du VIH au Malawi et en Afrique du Sud en vue d'atteindre les objectifs « 95-95-95 »</i>	35
<i>Étude de cas sur l'avortement autogéré : implications en termes de coûts et de financement dans un contexte de lois restrictives et de contraintes politiques au Nigeria</i>	41
<i>Étude de cas sur l'auto-injection de l'acétate de médoroxyprogesterone à effet retard sous-cutané (DMPA-SC) au Sénégal : favoriser le choix de la contraception hormonale</i>	45

Auteurs et remerciements

Le Self-Care Trailblazer Group (SCTG) est une coalition mondiale créée en 2018, qui se consacre à la promotion de pratiques d'autogestion de la santé sûres et efficaces afin que les individus puissent mieux gérer leur propre santé, que les résultats en matière de santé s'améliorent et que les systèmes de santé soient mieux équipés pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Le groupe de travail sur les données probantes et l'apprentissage (ELWG), l'un des principaux groupes de travail du SCTG, a fait du calcul des coûts et du financement l'une de ses priorités afin de soutenir l'analyse de rentabilité de l'autogestion de la santé, d'éclairer le financement approprié de l'autogestion de la santé et, en fin de compte, de favoriser l'équité et l'efficacité de l'autogestion de la santé dans le cadre du système de santé au sens large. La demande de meilleures orientations et données probantes sur l'évaluation des coûts et le financement de l'autogestion a été confirmée par l'enquête menée auprès des membres du SCTG en 2020, ainsi que lors de la première réunion annuelle des membres du SCTG en 2021.

Le groupe de travail sur l'économie de la santé (ELWG) du SCTG a chargé la Division de recherche en économie de la santé et sur le sida (HEARD), basée à l'Université du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, de mener une revue exploratoire des données économiques relatives aux interventions d'autogestion en matière de santé sexuelle et reproductive dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). La HEARD a collaboré avec le SCTG pour examiner l'étendue des données disponibles sur le coût et le financement de l'autogestion de la santé dans les PRFI d'Afrique. La HEARD est un leader régional et mondial de la recherche appliquée en Afrique. Sa mission consiste à mener des recherches pertinentes pour les politiques publiques qui répondent aux défis sanitaires critiques du continent, en partenariat avec des organisations locales et internationales œuvrant pour faire progresser l'équité en matière de santé en Afrique.

Ce travail reflète les contributions de nombreux acteurs de la communauté de l'autogestion des soins, et nous tenons à remercier les personnes et les institutions qui y ont contribué. Nous souhaitons remercier l'ELWG du SCTG pour ses efforts dans l'orientation de ce travail et exprimons notre profonde gratitude au Dr Sarah Onyango pour son organisation et son soutien tout au long du processus de consultation entre HEARD et le SCTG. Nous apprécions grandement les membres du sous-groupe de travail sur les coûts et le financement : Dinesh Kumar (Dr RP Government Medical College, Himachal Pradesh, Inde), Eduardo Gonzalez-Pier (Palladium), Ephraim Senkyire (Ga West Municipal Hospital-Ghana Health Service), Fern Terris-Prestholt (ONUSIDA), Jennifer Adebambo (WRA Nigeria), Kristen Little (PSI), Lucian Lee (IRC), Mercy Mvundura (PATH), Oumou Keita (PRB), Rick Homan (FHI360), Saumya RamaRao (consultante indépendante) et Sophia Comas (Palladium) – pour leurs conseils et leurs orientations avisés, notamment leur participation active et leur examen du document de référence.

Nous tenons à remercier les organisations qui ont participé aux entretiens de cas : PSI Afrique du Sud, FHS Malawi, Ipas Nigeria et PATH Sénégal. Enfin, nous exprimons notre profonde gratitude à la Children's Investment Fund Foundation (CIFF) et à la Fondation William et Flora Hewlett pour leurs contributions financières, dont le soutien a rendu ce travail possible. Remarque : Les points de vue et opinions exprimés dans ce document sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux des fondations. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la méthodologie ou le contenu du document.

Citation recommandée

Groupe des pionniers de l'autogestion. Coûts et financement de l'autogestion en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs : examen des données factuelles et consultations nationales dans les pays d'Afrique à revenu faible et intermédiaire. Population Services International, Washington, DC, septembre 2023.

Résumé

L'autogestion de la santé offre aux individus et aux communautés la possibilité de gérer leur santé – partiellement ou entièrement – sans avoir à recourir à des établissements de santé. Les données sur les interventions d'autogestion de la santé suggèrent que celle-ci peut réduire les coûts liés à l'obtention ou à la fourniture de soins de santé, tant pour l'individu que pour le système de santé. Les considérations économiques relatives à l'autogestion de la santé tiennent compte de la rentabilité, du rapport qualité-prix et du retour sur investissement potentiel. Cette analyse des données a porté sur plusieurs domaines de la santé sexuelle et reproductive (SSR), notamment l'autotest de dépistage du VIH, l'avortement autogéré, la contraception hormonale auto-injectable et l'auto-prélèvement pour le dépistage du HPV et des cancers de l'appareil reproducteur. La majorité des données sur les coûts et le financement proviennent de contextes à revenu élevé, et bien qu'il existe des données étayant le recours à l'autogestion de la santé et son potentiel à réduire certains des coûts liés à l'obtention de soins, les économies réalisées dépendent d'un certain nombre de facteurs contextuels. Ceux-ci comprennent, sans s'y limiter, les coûts de mise en œuvre, les mécanismes de prestation des interventions d'autogestion de la santé et les impacts du transfert des coûts entre les individus et le secteur de la santé.

La littérature publiée et la littérature grise contiennent peu de données sur les coûts et le financement de l'autogestion, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) d'Afrique. Cependant, les sources, les mécanismes et les principes de financement de l'autogestion devraient favoriser une utilisation équitable des ressources et la prévention des dépenses de santé catastrophiques pour les individus, conformément aux objectifs de la couverture sanitaire universelle (CSU). Outre une revue exploratoire, la Division de recherche sur l'économie de la santé et le sida (HEARD) a mené des consultations nationales avec des organisations au Nigeria, au Sénégal, en Afrique du Sud et au Malawi afin de documenter les expériences des pays ayant un intérêt direct à promouvoir l'autogestion de la santé. Sur la base de l'examen des données et des consultations avec les partenaires nationaux, des recommandations ont été formulées dans le but d'orienter les travaux futurs sur l'évaluation des coûts et le financement de l'autogestion de la santé en matière de santé sexuelle et reproductive dans les PRFI d'Afrique.

Abréviations

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
CHEERS	Normes consolidées de rapport sur l'évaluation économique en santé
DALY	Année de vie ajustée sur l'incapacité
DMPA-IM	Acétate de médroxyprogestérone à libération prolongée par voie intramusculaire
DMPA-SC	Acétate de médroxyprogestérone à libération prolongée par voie sous-cutanée
ELWG	Groupe de travail sur les données probantes et l'apprentissage
FHS	Services de santé familiale
FP2030	Planification familiale 2030
HEARD	Division de l'économie de la santé et de la recherche sur le sida
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
HPV	Virus du papillome humain
PFRB	Pays à revenu faible et intermédiaire
NICE	Institut national pour l'excellence en matière de santé
PATH	(Anciennement) Programme pour les technologies appropriées en matière de santé
PSI	Population Services International
QALY	Années de vie ajustées en fonction de la qualité
SCTG	Groupe pionnier en matière d'autogestion
SRH	Santé sexuelle et reproductive
ODD	Objectifs de développement durable
IST	Infections sexuellement transmissibles
CUS	Couverture sanitaire universelle
UNU	Université des Nations Unies
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
OMS	Organisation mondiale de la santé

Définitions opérationnelles

Autogestion de la santé – « Capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap, avec ou sans l'aide d'un professionnel de santé. L'autogestion de la santé couvre l'ensemble du continuum des soins de santé et inclut les méthodes et technologies de promotion de la santé ; la prévention et le contrôle des maladies ; l'automédication ; la prise en charge des personnes dépendantes ; le recours aux soins hospitaliers ou spécialisés en cas de besoin ; et la réadaptation, y compris les soins palliatifs. »¹

Financement de la santé – Les systèmes de financement de la santé mobilisent et allouent des fonds au sein du système de santé afin de répondre aux besoins actuels de la population (individuels et collectifs) en matière de santé, en tenant compte des besoins futurs prévus.²

AVCI – Une année de vie ajustée sur l'incapacité (AVCI) représente la perte de l'équivalent d'une année de pleine santé.³

QALY – Une année de vie ajustée en fonction de la qualité (QALY) équivaut à une année de vie en parfaite santé.⁴

¹ Lignes directrices consolidées de l'OMS sur les interventions d'autogestion de la santé : santé et droits sexuels et reproductifs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO, p. 1.

² OCDE/Eurostat/OMS (2017), *Système de comptes de la santé 2011 : édition révisée*, Éditions de l'OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en> (L'épidémie de grippe), p. 21.

³ Observatoire des données de l'OMS, Indicateurs. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators>

⁴ Glossaire du NICE : <https://www.nice.org.uk/glossary>

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'autogestion de la santé comme « la capacité des individus, des familles et des communautés à promouvoir la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap, avec ou sans le soutien de professionnels de santé » (1). L'autogestion de la santé englobe toute une gamme de médicaments, d'outils de diagnostic et d'interventions de santé numériques pouvant être utilisés par les individus et les communautés pour gérer leur santé, avec ou sans le soutien d'un professionnel de santé (1). Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (SSR), l'autogestion de la santé peut être utilisée pour toute une série d'interventions, notamment la planification familiale et la contraception moderne, l'avortement sans risque, ainsi que le dépistage et le diagnostic des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH. La prestation de services de SSR est un élément important de la mise en place d'une couverture sanitaire universelle (CSU). Cependant, dans certains cas, la demande pour ces services dépasse la capacité des systèmes de santé à les fournir (2). L'autogestion de la santé offre aux individus et aux communautés la possibilité de gérer leur santé et de préserver leur bien-être, en leur fournissant les outils appropriés dont ils ont besoin pour renforcer leur autonomie et être en mesure de prendre des décisions éclairées en matière de santé.

Les Lignes directrices consolidées de l'OMS de 2019 sur les interventions d'autogestion de la santé fournissent un ensemble de recommandations normatives sur l'autogestion de la santé, afin de permettre aux individus de mieux gérer leur santé et aux pays et aux communautés d'adopter des interventions d'autogestion de qualité, fondées sur des stratégies de soins de santé primaires, des ensembles complets de services essentiels et une approche centrée sur la personne (1). Dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), l'autogestion de la santé a le potentiel de renforcer la couverture sanitaire universelle (CSU) en améliorant l'accès de la population aux services de santé, en étendant la couverture aux populations difficiles à atteindre et en réduisant les coûts liés à la prestation des services de santé. Le document de l'OMS et de l'Université des Nations Unies (UNU) intitulé « Considérations économiques et financières relatives aux interventions d'autogestion de la santé en matière de santé sexuelle et reproductive » a mis en évidence la nécessité de poursuivre les recherches et l'engagement sur les coûts et le financement de l'autogestion de la santé, en particulier pour les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive dans les PRFI (3). Les considérations économiques relatives aux coûts de l'autogestion de la santé se concentrent sur la manière dont l'autogestion

peuvent réduire les coûts des soins tant pour les individus que pour le système de santé, ainsi que sur les méthodes de génération, d'allocation et d'utilisation des ressources financières pour soutenir les interventions d'autogestion de la santé. La majorité des données sur les coûts et le financement de l'autogestion de la santé proviennent de contextes à revenu élevé, les recherches menées dans les PRFI étant limitées.

Le groupe de travail sur les données probantes et l'apprentissage (ELWG) du Self-Care Trailblazer Group (SCTG) a chargé la Division de recherche en économie de la santé et sur le sida (HEARD), basée à l'Université du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, de mener une revue exploratoire des données économiques relatives aux interventions d'autogestion de la santé en matière de santé sexuelle et reproductive dans les PRFI d'Afrique. Cette analyse s'est concentrée sur les interventions d'autogestion en matière de santé sexuelle et reproductive qui sont non seulement pertinentes au sein de la communauté de l'autogestion et dans les PRFI d'Afrique, mais qui constituent également des interventions hautement prioritaires à l'échelle mondiale. Ce travail visait à s'appuyer sur la base de données existante en sélectionnant des interventions et des services d'autogestion dont l'administration et la prestation se sont avérées sûres et efficaces. Les interventions incluses dans l'analyse sont les suivantes : l'autotest de dépistage du VIH, l'avortement autogéré, les contraceptifs hormonaux auto-injectables et l'auto-prélèvement pour le dépistage du HPV.

Outre l'analyse des données probantes, l'équipe a identifié des organisations issues de pays à revenu faible ou intermédiaire d'Afrique qui œuvrent à la promotion de l'autogestion de la santé dans leur pays et a mené des entretiens avec des informateurs clés afin de comprendre comment les coûts et les mécanismes de financement influencent l'accès, l'accessibilité financière et l'adoption des interventions d'autogestion de la santé dans leurs contextes respectifs. Des consultations ont été menées avec des partenaires de l'autogestion au Nigeria, au Sénégal, en Afrique du Sud et au Malawi afin de comprendre et de documenter les expériences des pays ayant mis en œuvre des programmes d'autogestion. Plus précisément, l'équipe s'est concentrée sur les recherches menées sur l'autotest du VIH au Malawi et en Afrique du Sud, l'avortement autogéré au Nigeria et les contraceptifs hormonaux auto-injectables au Sénégal.

S'appuyant sur les données disponibles et les expériences documentées des parties prenantes nationales, cette note fournit des exemples illustratifs et des recommandations clés sur la manière dont les pays à revenu faible et intermédiaire d'Afrique pourraient aborder la question des coûts et du financement de l'autogestion de la santé afin d'accroître la couverture

et d'améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Cette note comprend une revue des recherches émergentes sur l'auto-prélèvement pour le papillomavirus humain (HPV), un domaine de recherche qui pourrait contribuer à atteindre les objectifs mondiaux en matière de santé sexuelle et reproductive et d'autogestion de la santé.

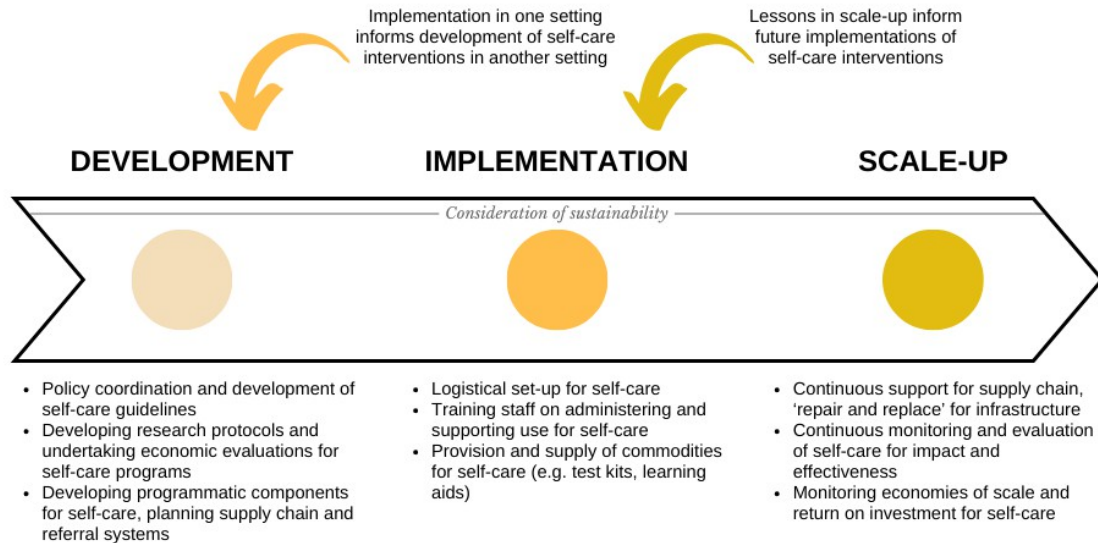
Conceptualisation des coûts et du rapport coût-efficacité des interventions d'autogestion de la santé

Une recherche sur les coûts de l'autogestion a été menée afin de paramétrer l'ensemble des coûts associés aux interventions d'autogestion. Les coûts de l'autogestion comprenaient les coûts directs et indirects supportés par les individus et le système de santé pour accéder aux services et produits d'autogestion ou les fournir. La recherche de données probantes sur l'autogestion visait à comprendre l'ampleur des coûts d'autogestion encourus tout au long du continuum de mise en œuvre, en tenant compte des coûts de développement, de mise en œuvre et de poursuite des interventions d'autogestion (4). D'autres considérations relatives aux coûts incluent la manière dont ces coûts se traduisent dans le contexte du système de santé. Cela a été fait afin de répondre à la question de savoir qui paie pour les interventions d'autogestion de la santé lorsqu'elles sont mises en œuvre. Selon la perspective adoptée pour analyser les coûts au sein du système de santé, les évaluations économiques peuvent détailler les coûts supportés par l'individu, le système de santé ou la société dans son ensemble.

Coûts de mise en œuvre : coûts liés au développement, à la mise en œuvre et à la généralisation des interventions d'autogestion

Les coûts liés à la mise en œuvre de toute nouvelle intervention de santé publique peuvent être conceptualisés comme survenant à différentes phases : développement, mise en œuvre et extension (4). Pour l'autogestion, les coûts peuvent être conceptualisés de manière similaire, en tenant compte des coûts encourus tout au long du continuum de mise en œuvre : au stade du développement, de la mise en œuvre et de l'extension (voir figure 1).

Figure 1: Simplified illustration of the stages and activities of costs for self-care implementation



Adapted from: Sohn H, Tucker A, Ferguson O et al. Costing the implementation of public health interventions in resource-limited settings: a conceptual framework. *Implementation Sci* 15, 86 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01047-2>

Au cours de la phase de développement, les principaux facteurs de coûts liés à l'autogestion peuvent inclure : les coûts de coordination des politiques et d'élaboration des lignes directrices en matière d'autogestion ; les coûts associés à l'élaboration de protocoles de recherche ; et les coûts liés à la réalisation d'études de coûts et d'évaluations économiques (4). La phase de développement nécessite également la mise en place de l'infrastructure requise pour mettre en œuvre l'autogestion, ce qui peut inclure les coûts liés à l'obtention des autorisations logistiques, à la mise en place de chaînes d'approvisionnement et à l'établissement de systèmes d'orientation appropriés (4). Au stade de la mise en œuvre, les coûts liés au déploiement et à la généralisation des interventions comprennent : l'achat de produits (par exemple, kits de test, supports pédagogiques) ; la formation du personnel à la prestation de services ou à la fourniture de conseils sur l'utilisation des produits ; et la mise à disposition d'outils pour la collecte de données, le suivi et l'évaluation (3, 4). Lors de l'extension, les coûts sont principalement liés au maintien de l'infrastructure d'orientation et à la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour les produits d'autogestion, ainsi qu'à la pérennité de l'intervention. Par exemple, cela

peut inclure les coûts liés à l'entretien régulier des espaces de stockage, aux adaptations de la chaîne d'approvisionnement ou à la refonte ou la réorientation des produits d'autogestion de la santé afin de répondre aux besoins de groupes cibles en constante évolution.

Les coûts à chaque niveau varient considérablement en fonction du type d'intervention et tiennent compte de l'infrastructure nécessaire, des opérations, de l'adhésion politique et de l'engagement des parties prenantes concernées, indispensables à la mise en œuvre réussie des interventions d'autogestion. En règle générale, les coûts associés aux phases de développement et de mise en œuvre des interventions d'autogestion sont proportionnellement plus élevés que ceux de la phase d'extension. Cela s'explique par le fait que les coûts fixes nécessaires au développement de l'infrastructure requise pour soutenir l'autogestion sont souvent engagés en amont (5).

D'un point de vue budgétaire, cela signifie souvent qu'un investissement initial élevé dans l'autogestion peut s'amortir, le coût de l'intervention diminuant au fur et à mesure de son déroulement. Cela peut entraîner des effets d'échelle potentiels. Lorsqu'on applique une perspective des coûts aux études économiques, un inconvénient réside dans le fait que certaines études économiques n'incluent pas les coûts liés à la conception et à la mise en œuvre des interventions d'autogestion, ce qui conduit à une représentation erronée des coûts réels de leur mise en œuvre (6). Cela peut à son tour conduire à des estimations irréalistes et à des allocations budgétaires inexactes qui ne reflètent pas la véritable rentabilité des interventions d'autogestion de la santé. Dans les contextes aux ressources limitées en particulier, la prise en compte des coûts à chaque niveau de mise en œuvre permet des estimations réalistes pour les budgets de santé, garantissant que les coûts réels de l'autogestion de la santé soient pris en compte dès la phase initiale de l'intervention. Il est important de noter que la prise en compte des coûts variables survenant lors de la mise à l'échelle (par exemple, le coût des produits de base) peut également influencer la rentabilité globale des interventions d'autogestion à long terme. À mesure que l'efficacité et l'offre d'autogestion se développent, les interventions d'autogestion pourraient générer des économies d'échelle, le coût moyen de l'intervention étant réduit une fois celle-ci déployée à grande échelle.

Comprendre comment l'autogestion influence les coûts pour le système de santé

L'autogestion a le potentiel de réduire les coûts pour le système de santé lorsqu'elle est mise en œuvre entièrement ou partiellement en dehors des établissements de santé (7). Dans les cas où l'autogestion peut être utilisée comme une approche alternative aux soins en établissement, elle a le potentiel de réduire la charge pesant sur le système de santé en libérant des ressources et en améliorant l'efficacité (3, 7, 8). Dans les contextes où l'autogestion de la santé peut être pratiquée librement et en toute sécurité sans la présence d'un professionnel de santé, il existe un potentiel de réduction des coûts pour le système de santé sans compromettre la qualité des soins prodigués aux patients. Cependant, la mise en œuvre de l'autogestion de la santé comme moyen de réduire les coûts pour le système de santé nécessite une réflexion approfondie. Dans certains cas, l'autogestion de la santé peut empêcher les individus d'accéder aux soins supplémentaires nécessaires, et ces soins manqués peuvent faire grimper le coût des soins à long terme

(9). À mesure que les produits, outils et technologies d'autogestion de la santé se développent, les coûts liés à l'obtention des services commencent à se déplacer des établissements de santé vers différents points de soins. Par exemple, lorsque les produits d'autogestion de la santé peuvent être achetés en pharmacie, en ligne ou via des canaux de distribution communautaires, les établissements de santé n'ont plus à supporter les coûts liés à la fourniture de ces services. Cela peut se traduire par un gain de temps et des gains d'efficacité technique pour le secteur de la santé.

Dans les contextes où la demande en matière d'autogestion n'a pas été suffisamment générée, l'autogestion pourrait entraîner des déséconomies d'échelle jusqu'à ce qu'un équilibre approprié entre l'offre et la demande soit établi

(3). Les économies réalisées au sein des systèmes de santé se produisent principalement en aval, grâce à l'amélioration de l'accès aux soins et à la promotion de l'autogestion, ce qui réduit le recours à l'hospitalisation des patients à terme (3, 10). Le retour sur investissement de l'autogestion est prometteur si un environnement favorable est mis en place et maintenu et si la demande en matière d'autogestion est constamment stimulée.

Comprendre comment les interventions d'autogestion influencent les coûts pour l'individu

Pour les individus, le recours à l'autogestion peut entraîner un coût moindre que la recherche de soins en établissement, en raison de la réduction des frais de transport, de la baisse des frais d'utilisation et du temps moindre consacré à la recherche d'informations

et d'obtention des soins (11, 12). L'autogestion peut également générer des gains d'efficacité en réduisant le temps consacré à des activités non professionnelles (13), ce qui est particulièrement précieux en termes de temps gagné et de productivité accrue. L'un des avantages de l'autogestion est qu'elle offre un choix et peut donner aux individus des options supplémentaires pour s'impliquer dans leur santé selon leurs propres conditions. La participation centrée sur la personne en matière de santé n'a pas toujours été une priorité stratégique. Cependant, les approches centrées sur la personne prennent de plus en plus d'importance dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), en mettant l'accent sur l'encouragement des individus à être autonomes, autosuffisants et responsables de leur propre santé (14).

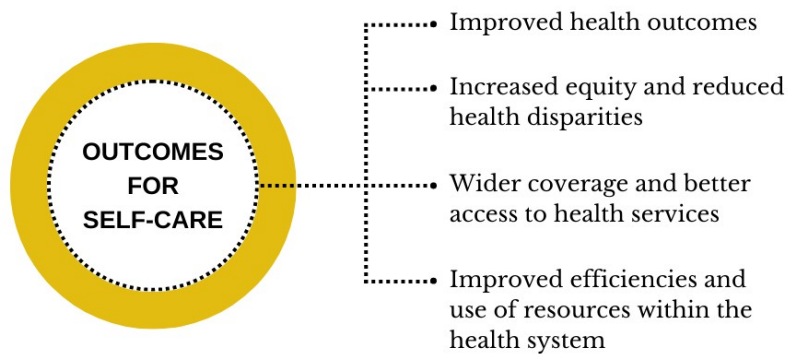
Une préoccupation majeure concernant l'influence de l'autogestion de la santé sur les coûts pour les individus concerne le transfert des coûts, par lequel le coût des produits (par exemple, les kits de test ou les médicaments) devient en fin de compte à la charge du client. En particulier dans le secteur de la vente au détail, les coûts liés à l'autogestion de la santé à différents points de service peuvent obliger les individus à payer eux-mêmes les produits, ce qui les expose au risque d'engager des dépenses élevées à leur charge.

Comprendre le rapport qualité-prix : évaluations économiques de l'autogestion

Les évaluations économiques sont fréquemment utilisées pour comparer les coûts relatifs de l'obtention de soins via différents modèles de prestation de services, afin de pouvoir éclairer la hiérarchisation des services de santé et estimer le rapport coût-efficacité de différentes interventions sanitaires. Un corpus de données émergent sur les évaluations économiques des interventions d'autogestion de la santé en tant qu'approche complémentaire aux soins en établissement (« soins standard ») vise à évaluer l'intérêt d'offrir l'autogestion de la santé pour améliorer l'accès et la couverture des services (15, 16). Les évaluations économiques se concentrent sur le rapport coût-efficacité afin de maximiser les bénéfices des investissements en santé. La perspective économique adoptée pour déterminer la valeur économique doit refléter l'ensemble des coûts associés à l'autogestion de la santé du point de vue du système de santé, des individus et de la société au sens large (17). Les évaluations économiques comprennent des analyses de coûts, de coût-efficacité, de coût-utilité et de coût-bénéfice, prenant généralement en compte à la fois les coûts associés à une intervention et ses résultats en matière de santé.

Les analyses de coûts estiment le coût économique d'une intervention, en incluant non seulement les coûts monétaires mais aussi la valeur de toutes les ressources utilisées (18). Celles-ci peuvent inclure les coûts directs et indirects, les coûts médicaux et non médicaux, ainsi que les coûts d'opportunité, et peuvent être estimées du point de vue du prestataire, du patient ou de manière holistique du point de vue de la société. Les analyses de rentabilité comparent les coûts et les résultats relatifs de différentes interventions et attribuent une valeur monétaire pour mesurer les effets, en utilisant généralement des unités naturelles de mesure des résultats (par exemple, coût par personne testée ; coût par infection par le VIH évitée) (18). Les analyses coût-utilité sont similaires aux analyses de rentabilité, mais utilisent généralement un résultat de santé agrégé (par exemple, les AVCI ou les AVQ). L'analyse coûts-avantages mesure à la fois les coûts et les avantages d'une intervention en termes monétaires, de sorte que la valeur économique puisse être directement comparée au coût économique de l'intervention (18).

Figure 2: Outcomes for Self-Care



Adapted from: World Health Organization, (2015). WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205480>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Figure 2 : Résultats des interventions d'autogestion

Financement des interventions en matière d'autogestion

Une recherche sur le financement de l'autogestion a révélé peu de données concernant des considérations spécifiques à l'autogestion. Les principes de financement d'autres interventions de santé publique peuvent s'appliquer à l'autogestion et devraient prendre en compte les sources et les mécanismes qui soutiennent les objectifs d'amélioration de l'accès, de l'adoption et de l'équité, tout en réduisant l'exposition au risque financier pour les utilisateurs du système de santé. Le financement de l'autogestion est spécifique et contextuel. Cependant, il devrait être mis en œuvre pour renforcer les objectifs principaux de la couverture sanitaire universelle (CSU), en tenant compte de l'accès, de la qualité, de l'équité et de la protection des individus contre le risque financier.

Cette section se concentre sur les méthodes de génération, d'allocation et d'utilisation des ressources financières permettant de financer les produits, outils et services qui soutiennent les interventions d'autogestion de la santé (19). L'autogestion de la santé est principalement financée par une combinaison de sources, notamment des fonds publics, des financements du secteur privé (y compris les frais d'utilisation) et des financements externes et de l'aide au développement (pour les pays à revenu faible et intermédiaire). Ces ressources sont mobilisées par divers mécanismes qui améliorent la prestation des services et l'accès aux soins de santé afin de réduire les inégalités en matière de santé au sein des populations.

Financement du secteur public

Les interventions d'autogestion de la santé peuvent être financées par le secteur public, principalement grâce aux recettes fiscales générales telles que la TVA ou l'impôt sur le revenu (3). Les mécanismes de génération et d'allocation des dépenses nationales comprennent le financement des soins de santé par le biais des budgets nationaux de santé ou l'utilisation de fonds générés par des systèmes d'assurance basés sur l'impôt. Le financement public est une source importante de financement pour l'autogestion de la santé, car il s'agit d'une source stable et prévisible et d'une réserve de fonds plus importante (20). L'inclusion de l'autogestion de la santé dans les paniers de prestations essentielles peut offrir des opportunités de financement stratégique des interventions sur la base de données issues d'évaluations économiques.

Un défi typique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est le financement insuffisant de la santé, de nombreux pays ayant du mal à financer efficacement leurs systèmes de santé. Dans les pays à faible assiette fiscale, le financement public par le biais de

des mécanismes d'assurance obligatoire n'est pas toujours efficace pour générer des recettes. De ce fait, le financement du secteur public est souvent complété par d'autres sources de financement telles que l'aide au développement extérieure et les frais d'utilisation (7).

Financement du secteur privé et frais à la charge des usagers

Le financement du secteur privé comprend les recettes générées par l'assurance maladie privée, les régimes d'assurance communautaires ou les dépenses à la charge des usagers des soins de santé. Les recettes issues du financement du secteur privé proviennent principalement de la partie de la population capable de cotiser à des régimes d'assurance privés, ce qui signifie que les ressources mises en commun et les services achetés ne couvriront qu'une petite partie de la population (20). Un défi typique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est que les interventions commercialisées par le secteur privé ciblent souvent les personnes les plus aisées financièrement, empêchant ainsi les personnes pauvres et vulnérables d'accéder à ces services (21). Les disparités en matière de santé et d'accès aux services entre les sous-groupes économiques au sein des populations font l'objet d'un débat permanent dans le domaine du financement de la santé (22).

Plus récemment, des systèmes d'assurance communautaires ont vu le jour dans des pays tels que l'Éthiopie et le Rwanda afin d'équilibrer le partage des coûts entre les secteurs public et privé. Ces régimes permettent aux communautés d'apporter des contributions individuelles au secteur de la santé parallèlement au soutien du secteur public, ce qui compense le coût des soins de santé dans le cadre de partenariats public-privé (23, 24). Malgré le potentiel de ces systèmes, des études ont montré une participation relativement faible des communautés et les membres les plus pauvres de la communauté restent exclus (25, 26). Dans certains cas, l'autogestion des soins peut exacerber les inégalités en transférant le financement sur l'individu. Cependant, des mécanismes appropriés de régulation et de subventionnement du financement du secteur privé pourraient améliorer l'accès à l'autogestion des soins si un financement mixte est envisagé. Un aspect important du financement privé consiste à garantir que les individus n'aient pas à payer de leur poche pour les services de santé, les protégeant ainsi du risque financier et des dépenses de santé catastrophiques.

Financement externe

Le financement externe et l'aide étrangère provenant de donateurs et d'organisations contribuent à promouvoir le développement économique et à soutenir les systèmes de santé dans les PRFI d'Afrique (27). Si le financement externe peut compléter les budgets de santé dans les contextes à faibles ressources, ce type de financement peut s'avérer imprévisible et irrégulier (28). Les recherches suggèrent que le financement externe représente une part importante du financement total de la santé dans les pays à faible revenu, mais qu'il diminue considérablement dans les PRFI (28). Cela peut avoir un impact sur la durabilité des interventions à mesure que les pays se développent économiquement. De plus, l'aide au développement externe peut être subordonnée à des interventions ou des services spécifiques, ce qui rend difficile l'allocation des fonds et la prise de décisions en matière de financement. En fonction des priorités des donateurs, l'autogestion de la santé pourrait ne pas être financée sans l'intérêt direct des investisseurs. On peut plaider en faveur de l'intégration des fonds des donateurs dans un mécanisme de mutualisation des risques contributif pouvant être utilisé pour soutenir l'autogestion plutôt que des interventions ciblées par les donateurs (29).

Aperçu des données

HEARD a examiné les données disponibles sur le coût et le financement de l'autogestion de la santé sexuelle et reproductive dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'Afrique. Le processus de recherche comportait plusieurs éléments clés. Le premier consistait à définir de manière opérationnelle l'autogestion, ses coûts et ses mécanismes de financement. Ensuite, les chercheurs ont sélectionné les interventions pertinentes à inclure dans la revue exploratoire et ont conçu et mis en œuvre un processus consultatif avec les principales parties prenantes issues d'organisations engagées dans l'autogestion dans certains pays africains.

L'objectif de la recherche était : (1) de comprendre les coûts associés à la mise en œuvre de l'autogestion de la santé, en tenant compte de la manière dont ces coûts évoluent ou sont influencés lorsque l'autogestion de la santé est intégrée au système de santé au sens large ; et (2) de comprendre les modalités de financement et de mise en œuvre de l'autogestion de la santé, en tenant compte du retour sur investissement lié à la mise en œuvre des interventions d'autogestion de la santé. Ce travail s'est inspiré des travaux menés par l'OMS et l'ONU et inclut

des références à des documents clés, notamment les Lignes directrices consolidées de l'OMS sur les interventions d'autogestion de la santé (1) et le Rapport sur les considérations économiques et financières relatives à l'autogestion de la santé (3).

Ce rapport s'est concentré sur quatre interventions clés relevant de l'autogestion de la santé en matière de santé sexuelle et reproductive : l'autotest du VIH, l'avortement autogéré, les contraceptifs hormonaux auto-injectables et l'autoprélèvement pour le dépistage du HPV. Des consultations nationales ont été menées afin d'obtenir une perspective approfondie sur les approches des pays en matière de coûts et de financement de l'autogestion de la santé, en mettant l'accent sur les organisations ayant un intérêt direct dans ce domaine.

Méthode

Une revue exploratoire de la littérature sur les coûts et le financement des soins auto-administrés

Des revues de la littérature en ligne ont été menées à l'aide de trois bases de données bibliographiques électroniques (PubMed, Embase et Web of Science) afin d'identifier les études pertinentes évaluées par des pairs. Des recherches sur Internet ont été effectuées pour trouver la littérature grise pertinente ainsi que d'autres documents et rapports clés. L'analyse s'est concentrée sur les données relatives aux coûts et au financement des interventions de santé publique en général, et plus spécifiquement à l'autogestion dans les quatre domaines clés désignés de la santé sexuelle et reproductive (autotest du VIH/SIDA, avortement autogéré, contraception hormonale auto-injectée et auto-prélèvement pour le HPV). Les termes de recherche utilisés pour obtenir des données pertinentes comprenaient : « autogestion » OU « auto-inject* » OU « autotest* » OU « autogestion* » ET « coût » OU « rapport coût-efficacité » OU « rapport coût-utilité » OU « rapport coût-bénéfice » OU « financement de la santé » ET « santé sexuelle et reproductive » OU « VIH/SIDA » OU « avortement » OU « contraception » OU « virus du papillome humain ». Des recherches sur Internet ont été effectuées pour trouver de la littérature grise pertinente ainsi que d'autres documents et rapports clés. La base de données de l'OMS a été utilisée pour obtenir les rapports et les lignes directrices pertinents. En plus de cette recherche, une méthode « boule de neige » a été adoptée pour suivre les références et obtenir des articles pertinents.

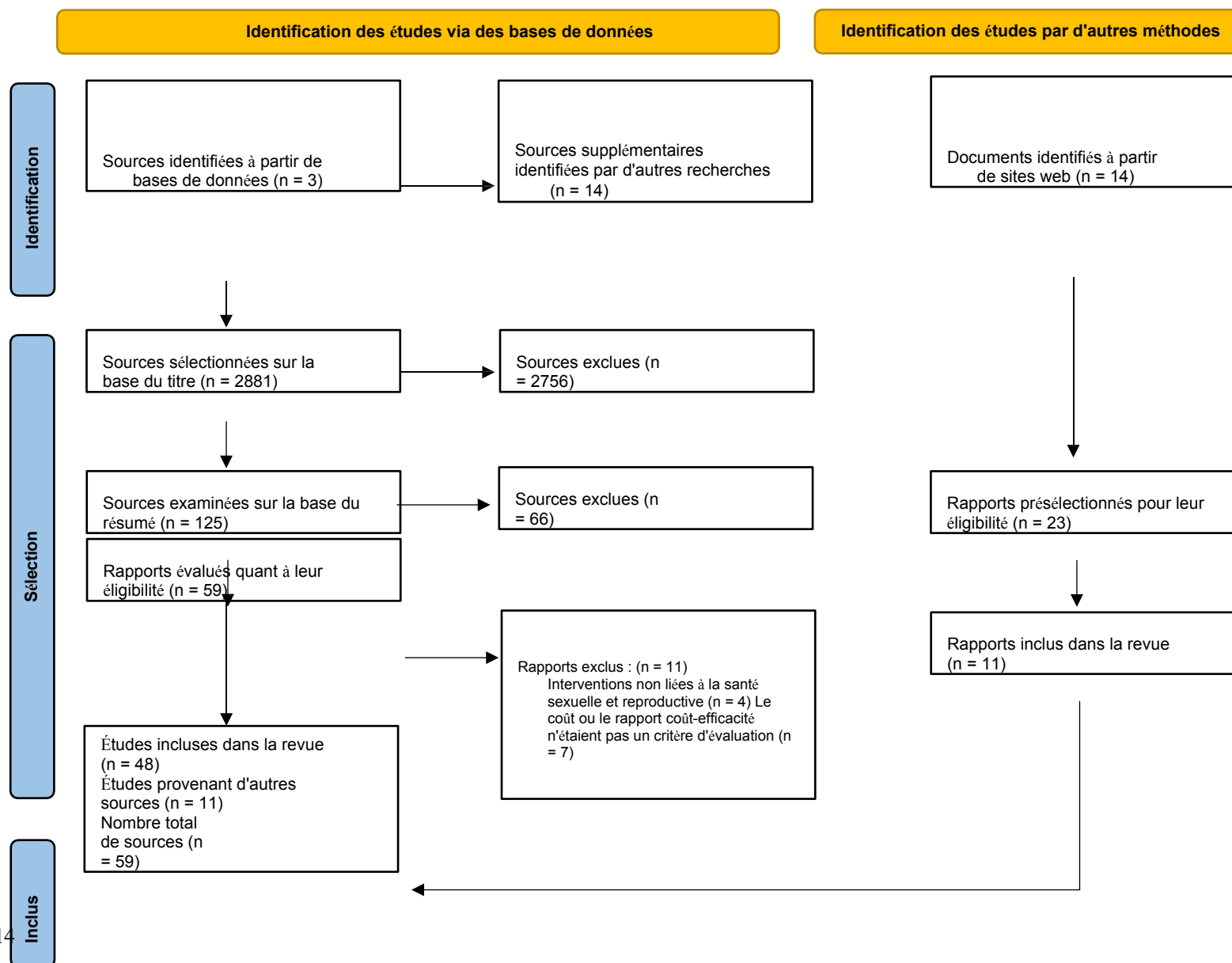
Des études primaires et secondaires ont été incluses dans la revue. Les études éligibles étaient celles qui rendaient compte des coûts ou du financement des interventions d'autogestion de la santé dans les domaines sélectionnés de la santé sexuelle et reproductive. Cela comprenait des essais contrôlés randomisés et non randomisés, des études de cas et de cohortes, des

, des évaluations économiques, des études qualitatives et des revues systématiques. Les sources sélectionnées se limitaient aux études publiées entre 2019 et 2023 qui rendaient compte des éléments de coût ou de financement de l'autogestion de la santé dans le cadre des interventions de santé sexuelle et reproductive sélectionnées.

La recherche a permis d'identifier un total de 2 881 sources, auxquelles s'ajoutent 23 sources supplémentaires identifiées par d'autres méthodes de recherche. Après suppression des doublons et tri des sources par titre, 2 756 articles ont été exclus. 125 sources ont été examinées sur la base de leur résumé et 66 autres sources ont été exclues de la recherche. À l'issue d'une évaluation du texte intégral de 59 rapports, 47 ont été inclus dans la revue. Parmi les 23 sources identifiées par d'autres méthodes, 11 rapports ont été inclus dans la revue. Les sources présentaient des variations en termes de type d'étude, de domaine d'intervention en matière de santé sexuelle et reproductive et de résultats d'intérêt. Sur les 47 études utilisées, 18 étaient des articles originaux, 13 des articles de synthèse (y compris des commentaires et des éditoriaux), 10 des revues systématiques et 6 des rapports ou des lignes directrices. Les domaines d'intervention comprenaient la santé sexuelle et reproductive au sens large (n = 8), le VIH (n = 10), l'avortement (n = 7), la contraception (n = 9) et le HPV (n = 8). Quatre articles supplémentaires traitant des coûts et du financement des soins auto-administrés ont également été inclus. La majorité des études provenaient de pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) ou de contextes fragiles ou humanitaires (n = 42). Au total, sept évaluations économiques ont été utilisées pour éclairer l'élaboration des principes de chiffrage et de financement, ainsi que les recommandations.

Figure 3 : Diagramme de flux PRISMA de l'identification, de la sélection et de l'inclusion des études. Autres sources identifiées via la base de données de l'OMS et des méthodes en boule de neige

Source : Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. La déclaration PRISMA 2020 : une mise à jour des lignes directrices pour la publication des revues systématiques. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Pour plus d'informations, consultez : <http://www.prisma-statement.org/>



HEARD a élaboré un modèle d'extraction de données qui a été utilisé pour extraire les informations pertinentes des études sélectionnées. Le cadre comprenait des colonnes correspondant au type d'intervention d'autogestion ; à la région ou au pays ; à l'objet de l'étude (par exemple, ICER, analyse d'impact, etc.) ; le type de modalité de prestation de services et le contexte ; la population cible ; la méthode de calcul des coûts ; et une indication sur les coûts empiriques ou modélisés (c'est-à-dire pour déterminer la qualité des estimations) ainsi que d'autres données essentielles. Les informations ont été organisées selon ce cadre afin de synthétiser les études et de tirer des conclusions à partir de l'ensemble des données (30).

Consultations nationales avec les principales parties prenantes

Des consultations nationales ont été menées afin de mettre en évidence les différentes approches adoptées par les pays en matière de financement des interventions d'autogestion. Dans le cadre d'un processus consultatif, des équipes d'Ipas au Nigeria, de FHS au Malawi, de PSI en Afrique du Sud et de PATH au Sénégal ont partagé leurs points de vue sur l'évaluation des coûts et le financement des interventions d'autogestion dans leurs pays respectifs. Un guide d'entretien a été élaboré afin de comprendre comment les pays pionniers ont financé et mis en œuvre des interventions d'autogestion de la santé, en mettant l'accent sur l'architecture de financement de ces interventions (y compris les subventions publiques, le financement par le secteur privé et le paiement direct par les utilisateurs, selon les besoins), leurs progrès à ce jour et les prochaines étapes possibles pour faire progresser l'autogestion de la santé. S'appuyant sur le rapport de 2019 de l'OMS et de l'ONU intitulé « Economic and Financing Considerations », cet outil comprenait des domaines d'évaluation et des questions axés sur les interventions spécifiques adoptées par chaque pays.

Conclusions de l'étude exploratoire sur les interventions en matière de santé sexuelle et reproductive

Auto-dépistage du VIH

L'autotest du VIH a été un domaine central de la recherche sur l'autogestion en Afrique. De nombreux pays africains, notamment l'Afrique du Sud, le Botswana, le Kenya, le Nigeria et le Zimbabwe, ont intégré l'autotest du VIH dans leurs directives nationales de santé et continuent de faire de l'autotest du VIH une priorité stratégique (31). Plus de 30 pays africains ont élaboré ou mis en œuvre de manière systématique des politiques sur l'autotest dans le but d'étendre la couverture et d'augmenter le recours au

dépistage du VIH (32). L'autotest du VIH s'est révélé acceptable et efficace, et des données montrent qu'il est rentable par rapport au dépistage en établissement (33-35). Les principaux facteurs de coût de l'autotest du VIH sont le coût unitaire des kits d'autotest et les coûts liés à la distribution (34). Des études de coûts ont évalué les mécanismes de distribution des autotests de dépistage du VIH par divers canaux, notamment via les établissements de santé, la distribution communautaire ou porte-à-porte, et les modèles de distribution primaire (prélèvement par la personne testée) ou secondaire (prélèvement par le partenaire). Il existe des preuves solides indiquant que les modèles de distribution communautaire constituent une alternative moins coûteuse au dépistage en établissement (35). Cependant, les données sur le dépistage des cas et l'orientation vers les soins sont limitées pour ces modèles. Le dépistage en établissement entraîne généralement un coût plus élevé que les autres modèles, compte tenu des coûts directs et indirects liés à la gestion des établissements de santé.

Il est important de noter que l'autotest du VIH est promu comme une alternative au dépistage en établissement et n'est pas destiné à remplacer les soins en établissement. Des évaluations économiques menées au Malawi ont montré que l'introduction de l'autotest du VIH communautaire en complément des soins standard en établissement permet de proposer le dépistage du VIH à un faible coût unitaire supplémentaire. Cette approche est susceptible d'être rentable, en particulier dans les contextes où la prévalence du VIH non diagnostiqué est élevée (36). L'intégration de l'autotest a conduit à une augmentation du recours aux services de traitement et présente l'avantage majeur d'atteindre des populations qui n'étaient pas testées auparavant. D'après des études de modélisation menées en Afrique subsaharienne, afin d'optimiser la santé de la population dans le cadre d'un budget fixe, l'autotest du VIH devrait être ciblé en fonction de la prévalence du VIH non diagnostiqué (37). Susciter une demande pour les interventions d'autogestion de la santé dans ces contextes pourrait réduire les coûts des soins au fil du temps.

Le financement de l'autotest du VIH varie selon les contextes et peut être pris en charge en totalité ou en partie par les budgets nationaux de santé. En Afrique du Sud, l'autotest du VIH a été au cœur de la stratégie nationale de prise en charge du VIH et constitue une priorité majeure du programme national de santé publique. Depuis 2016, le gouvernement sud-africain soutient l'autotest du VIH par le biais de la Politique nationale des services de dépistage du VIH – qui s'aligne sur les recommandations de l'OMS – afin de garantir que les personnes vivant avec

soient diagnostiquées plus rapidement et entament un traitement sans délai. Le ministère sud-africain de la Santé achète des kits d'autotest grâce à son budget annuel consacré au dépistage afin d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité de l'autotest du VIH dans tout le pays. En revanche, le ministère de la Santé du Malawi s'appuie principalement sur l'aide de donateurs externes pour soutenir l'autotest du VIH dans ce pays. Avec l'aide de partenaires locaux et internationaux, le Malawi comble l'écart par rapport à l'objectif 95-95-95, environ 90 % de la population connaissant son statut sérologique (38).

HEARD a contacté une équipe de PSI Afrique du Sud et de FHS Malawi pour discuter des coûts de l'autotest du VIH et de la manière dont ces interventions sont financées de manière durable.

Pleins feux sur le Malawi et l'Afrique du Sud : l'autotest du VIH pour atteindre les objectifs 95-95-95

Au Malawi comme en Afrique du Sud, l'autotest du VIH occupe une place centrale dans les stratégies de soins visant à améliorer la couverture du dépistage du VIH et à élargir l'accès aux personnes qui rencontrent des difficultés à obtenir des soins, notamment les populations difficiles à atteindre et celles réticentes au dépistage.¹ Le Malawi et l'Afrique du Sud ont été reconnus pour avoir adopté des politiques progressistes qui fournissent des orientations pour un engagement multisectoriel en matière de traitement et de prévention du VIH. Les deux pays ont bénéficié d'un soutien substantiel de la part de donateurs étrangers, ce qui a permis de déployer l'autotest du VIH à l'échelle nationale et, dans le cas de l'Afrique du Sud, de lancer des processus de fabrication locale de kits de test. Le Malawi et l'Afrique du Sud encouragent l'autotest du VIH, les deux pays ayant mis en place un environnement politique favorable et donné la priorité à l'autotest du VIH dans leur programme national de santé. Le financement de l'autotest dépend fortement du contexte. Au Malawi, l'autotest du VIH est presque entièrement financé par les donateurs. En Afrique du Sud, en revanche, on constate que l'autotest du VIH est financé par un mélange de sources publiques, privées et externes. Quel que soit le modèle de financement, il est essentiel que les décisions prises concernant le financement de l'autogestion tiennent compte des mécanismes qui rendent l'autogestion accessible, équitable et abordable pour la population.

Pour en savoir plus sur le travail de PSI Afrique du Sud et de FHS Malawi, cliquez ici : ([Lien vers l'annexe](#))

1. Grimsrud A, Wilkinson L, Ehrenkranz P, Behel S, Chidarikire T, Chisenga T, Golin R, Johnson CC, Milanga M, Onyekwena O, Sundaram M, Wong V, Baggaley R. L'avenir du dépistage du VIH en Afrique orientale et australe : un champ d'application plus large, des services ciblés. PLoS Med. 14 mars 2023 ; 20(3) : e1004182. doi : 10.1371/journal.pmed.1004182. PMID : 36917570 ; PMCID : PMC10013883.

Avortement autogéré

L'avortement médicamenteux autogéré est l'une des interventions d'autogestion de la santé les moins développées, compte tenu des lois et politiques restrictives qui l'entourent. Dans les environnements soumis à des restrictions, l'évaluation des coûts associés aux soins d'avortement consiste principalement à comparer le coût d'un avortement sûr

par rapport à un avortement non sécurisé. Le coût des soins liés à l'avortement autogéré dépend des facteurs suivants : le type de service d'avortement recherché ; le fait qu'il soit pratiqué au sein ou en dehors d'un établissement de santé ; et les coûts associés aux soins post-avortement. L'avortement médicamenteux autogéré offre une méthode médicalement sûre et rentable pour interrompre une grossesse en début de gestation. Cependant, dans de nombreux contextes, son recours est limité par des obstacles politiques, la stigmatisation de l'avortement et la criminalisation de l'accès aux services d'avortement. Les Directives de l'OMS sur les soins liés à l'avortement (2022) présentent un ensemble complet de recommandations et de lignes directrices sur les meilleures pratiques en matière de soins liés à l'avortement, affirmant que la possibilité d'accéder à un avortement sûr est un élément essentiel de la santé sexuelle et reproductive. Malgré les efforts déployés par les organisations mondiales pour réduire la stigmatisation et offrir des services de soutien ainsi qu'un meilleur financement des soins liés à l'avortement, des lois défavorables et des politiques restrictives au niveau national continuent de constituer l'un des principaux obstacles aux services d'avortement sûrs.

Sur les 54 pays d'Afrique, seuls quatre (le Cap-Vert, l'Afrique du Sud, la Tunisie et la Zambie) disposent de lois libérales en matière d'avortement. Même dans ces contextes, cependant, le coût élevé des services cliniques, l'accès restreint aux médicaments et le manque de personnel formé ou disposé à fournir ces services constituent des obstacles persistants à l'accès à des soins d'avortement sûrs. Par exemple, la Zambie dispose de lois libérales en matière d'avortement, mais ses taux d'avortements à risque restent élevés, avec des conséquences économiques négatives au niveau individuel (39). Des données provenant de Zambie estiment que le fardeau financier est lourd pour les femmes, tant pour les avortements sûrs que pour ceux à risque (40). Pour les avortements à risque, les coûts liés aux soins post-avortement augmentent considérablement le coût total des soins, les paiements « non officiels » aux prestataires représentant un facteur de coût principal pour les femmes qui sollicitent des soins (40). En Afrique du Sud, autre pays doté de lois libérales en matière d'avortement, les coûts d'accès aux soins d'avortement varient entre les secteurs public et privé. Cependant, alors que les coûts d'accès aux soins d'avortement dans le secteur public sont relativement faibles, les principaux facteurs de coût pour les femmes comprennent la perte de revenus, les frais de transport et le coût des fournitures pour l'avortement autogéré (41).

Dans les pays où les politiques en matière d'avortement sont restrictives, les données montrent que, malgré un accès limité à ces services, le nombre total d'avortements pratiqués n'est pas nécessairement réduit.

Cependant, la sécurité des services d'avortement auxquels la personne a accès est compromise. Les conséquences des avortements pratiqués en dehors du secteur de santé officiel se manifestent principalement sous forme de complications liées à des méthodes d'avortement non sécurisées, qui deviennent le principal facteur de coût des soins d'avortement dans les établissements (42). De plus, les risques pour la santé physique et la sécurité encourus par la personne peuvent entraîner des complications à long terme nécessitant des soins continus. Au Burkina Faso, par exemple, la loi interdit l'avortement sauf lorsqu'il est nécessaire pour sauver la vie d'une femme. De ce fait, de nombreux avortements sont pratiqués à l'aide de méthodes dangereuses ou sans l'intervention d'un professionnel de santé (43).

Au Burkina Faso et au Nigeria, le nombre élevé d'avortements à risque chaque année se traduit, au sein des établissements de santé, par des complications liées à ces interventions (44,45). Au Nigeria, on a estimé que le coût du traitement des complications post-avortement en 2015 s'élevait à environ 7,6 millions de dollars. Des analyses coûts-avantages estiment que des dépenses supplémentaires consacrées aux services d'avortement sécurisé et à une planification familiale adéquate permettraient de réaliser des économies substantielles sur les complications post-avortement (46).

Compte tenu des politiques relatives à l'accès aux soins d'avortement et des restrictions imposées à l'obtention de ces soins, le financement des services d'avortement est principalement pris en charge par les usagères (47). Dans des environnements moins restrictifs, les soins d'avortement sécurisés peuvent être subventionnés par le secteur public. Cependant, dans la plupart des cas, les coûts des produits doivent être pris en charge par la patiente. Afin de comprendre les coûts liés à l'accès aux soins d'avortement dans un contexte juridique restrictif, ainsi que certains des défis et opportunités associés à ces soins, HEARD a consulté l'équipe d'Ipas pour obtenir une analyse globale des coûts et du financement des soins d'avortement autogérés dans le secteur de la santé au Nigeria.

Pleins feux sur le Nigeria : des lois restrictives posent des défis à l'avortement sécurisé

Au Nigeria, l'avortement est interdit, sauf dans les cas où il est nécessaire pour sauver ou préserver la vie de la femme. On estime qu'environ 1,8 à 2 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le pays.¹ Le cadre juridique restrictif et l'absence de politiques favorables font que de nombreux avortements ont lieu en dehors du secteur de santé officiel et sans l'aide de professionnels de santé. Le coût de l'avortement est souvent à la charge de la femme qui recourt à ces services, sauf dans les cas où les femmes sont jugées éligibles à bénéficier de soins d'avortement dans le secteur de la santé publique. Le type et la qualité des services d'avortement proposés sont principalement déterminés par : (1) le prestataire ou le fournisseur de services d'avortement

Contraception auto-injectable

L'acétate de médroxyprogestérone à libération prolongée (DMPA-SC) sous-cutané auto-injectable, récemment mis au point, est une méthode efficace pour gérer la fertilité et prévenir les grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréer (48). Le DMPA-SC, disponible sous le nom commercial Sayana Press®, est un contraceptif hormonal à faible dose, facile à utiliser, conçu pour être auto-injecté dans le haut du bras ou la fesse (49). Sayana Press® a été intégré comme option supplémentaire de contraception dans plusieurs pays africains. Les contraceptifs injectables sont les méthodes contraceptives les plus largement utilisées en Afrique subsaharienne, avec environ 16,5 millions d'utilisatrices dans toute la région (50). Les données suggèrent que l'utilisation du DMPA-SC auto-injectable réduit les coûts de distribution liés à la fourniture de contraceptifs injectables, en particulier dans le cadre de modèles communautaires (51, 52). Cependant, dans de nombreux pays, les contraceptifs injectables ne sont pas largement disponibles

en dehors des établissements de santé, ce qui limite le nombre de prestataires capables de distribuer et d'administrer les injections aux communautés.

Dans des études comparant les coûts des modèles en établissement, communautaires et d'auto-injection au Burkina Faso, au Sénégal et en Ouganda, les résultats ont montré que les coûts directs non médicaux (par exemple, frais de déplacement, coûts liés à la recherche de soins) étaient les plus bas pour l'auto-injection par rapport aux modèles de distribution communautaires et aux soins en établissement (53). Dans ces pays, les coûts totaux de la distribution communautaire du DMPA-SC se sont avérés les plus bas, le principal facteur de coût étant les supports pédagogiques et les frais de formation au programme visant à garantir une utilisation sûre des contraceptifs injectables (51). Ainsi, le coût total du DMPA-SC est plus faible une fois la formation terminée.

Une étude menée au Sénégal estime que l'utilisation du DMPA-SC pourrait prévenir 1 402 grossesses non désirées supplémentaires pour 100 000 utilisatrices de contraceptifs injectables, contribuant ainsi à éviter 204 AVCI au sein de cette cohorte (51). D'après des études de modélisation menées en Ouganda, le DMPA-SC auto-injecté pourrait prévenir 10 827 grossesses non désirées supplémentaires par an et éviter 1 620 AVCI dans une cohorte hypothétique d'un million d'utilisatrices de contraceptifs injectables, par rapport aux injections administrées uniquement en établissement (51). L'impact sanitaire de l'utilisation du DMPA-SC a des implications sur les résultats en matière de santé maternelle et infantile, s'alignant sur l'objectif ambitieux de FP2030 visant à permettre l'utilisation volontaire de la contraception moderne par 120 millions de femmes et de filles supplémentaires dans les pays aux revenus les plus faibles du monde, ainsi que sur l'objectif des ODD visant à réduire les taux mondiaux de mortalité maternelle et infantile d'ici 2030. Les données suggèrent que l'auto-injection du DMPA-SC constitue un choix à valeur ajoutée parmi les services de contraception et que les résultats attendus de la fourniture de ces services pourraient générer un retour sur investissement élevé.

Dans de nombreux pays africains, le financement du DMPA-SC est assuré par des sources externes et provient d'entreprises privées et d'organisations internationales (54). Grâce à des partenariats multisectoriels, il est courant que des mécanismes de financement mixte soutiennent les processus de fabrication et de distribution du DMPA-SC. Au Sénégal, par exemple, Sayana Press® est fabriqué par une entreprise privée et financé par des bailleurs de fonds externes (54, 55). Les coûts de distribution et de livraison sont

pris en charge par le ministère de la Santé et assurés par des prestataires financés par l'État dans les établissements de santé publics. Les utilisatrices du DMPA-SC doivent s'acquitter d'une quote-part subventionnée (« frais de gestion ») d'environ 1 dollar par dose trimestrielle (52, 53).

Afin de comprendre la prise de décision concernant le DMPA-SC et les programmes de contraception, HEARD a interrogé l'équipe de PATH au Sénégal qui a joué un rôle déterminant dans le développement de Sayana Press® et sa distribution aux établissements de santé à travers le pays. L'objectif de ce

Pleins feux sur le Sénégal : l'auto-injection d'acétate de médorxyprogestérone à effet retard (DMPA-SC) sous-cutané, une nouvelle orientation pour la contraception hormonale

Les contraceptifs injectables, notamment l'acétate de médorxyprogestérone sous-cutané à libération prolongée (DMPA-SC) auto-injectable, constituent la méthode contraceptive la plus largement utilisée en Afrique subsaharienne, avec environ 16,5 millions d'utilisatrices dans toute la région.¹ Le DMPA-SC est disponible sous la forme d'un produit appelé Sayana Press®, initialement développé par l'organisation PATH en tant que contraceptif hormonal auto-injectable.

Des investissements substantiels ont été réalisés pour élaborer des politiques, renforcer les ressources et étendre les programmes de DMPA-SC au Sénégal. Cependant, le recours relativement faible aux services de planification familiale et de contraception s'explique par un manque de connaissances sur les méthodes de planification familiale, des inquiétudes concernant les effets secondaires des contraceptifs, ainsi que par une offre limitée et une qualité médiocre des services de planification familiale.² Lors d'une discussion avec l'équipe de PATH, les représentants ont indiqué que le principal coût lié à l'extension des interventions DMPA-SC résidait dans la phase de développement, notamment le financement de recherches s'étalant sur plusieurs années, l'identification des parties prenantes et la mise en place du cadre politique. Depuis 2017, le DMPA-SC est proposé dans tous les types d'établissements de santé et a été déployé à grande échelle. Des études de coûts ont examiné les coûts relatifs de la distribution du DMPA-SC selon différentes stratégies. Celles-ci comprennent la distribution via les établissements de santé, dans le cadre de stratégies communautaires, et par auto-administration. Les résultats montrent que les coûts totaux de l'administration du DMPA-SC étaient les plus bas pour la distribution communautaire, les coûts non médicaux directs étant les plus bas pour les femmes pratiquant l'auto-injection.³

Malgré quelques succès majeurs enregistrés dans la mise à l'échelle du DMPA-SC, des défis majeurs subsistent. Les services de planification familiale au Sénégal sont principalement financés par des bailleurs de fonds externes, le gouvernement national jouant un rôle de premier plan dans la mise en place de la chaîne d'approvisionnement, la distribution des produits et la formation du personnel de santé à l'utilisation et à l'administration du DMPA-SC. Un obstacle majeur à l'accès des femmes au DMPA-SC est que l'injection n'est disponible que dans les établissements de santé et, comme le montrent les études de coûts, ce mécanisme de distribution engendre le coût le plus élevé par injection distribuée par rapport aux modèles communautaires et d'auto-injection.⁴ L'un des objectifs politiques est de renforcer les modèles de distribution communautaire des soins afin d'améliorer l'accès et l'adoption du DMPA-SC pour progresser vers les objectifs nationaux en matière de planification familiale. PATH travaille avec le ministère de la Santé sur un plan stratégique visant à accroître l'utilisation du DMPA-SC par le biais de canaux de distribution communautaires, avec des options pour améliorer l'accès au DMPA-SC par l'intermédiaire de pharmacies agréées et d'autres points de vente communautaires.

PATH est une équipe mondiale d'innovateurs qui œuvre pour accélérer l'équité en matière de santé afin que tous les individus et toutes les communautés puissent s'épanouir. Pour en savoir plus sur le travail de PATH concernant les programmes de DMPA-SC, cliquez ici : [Lien vers l'annexe](#)

1. Stout A, Wood S, Barigye G, *et al.* Élargir l'accès à la contraception injectable : résultats de l'introduction pilote de l'acétate de médorxyprogestérone à libération prolongée par voie sous-cutanée (DMPA-SC) dans 4 pays africains. *Glob Health Sci Pract* 2018;6:55–72. doi:10.9745/2.

Wood SN, Magalona S, Zimmerman LA, *et al.* Contraceptifs auto-injectables : l'investissement reflète-t-il les préférences des femmes ? *BMJ Global Health* 2022;7:e008862. 3. Mvundura M, Di Giorgio L, Morozoff C, Cover J, Ndour M, Drake JK. Rentabilité du DMPA-SC auto-injecté par rapport au DMPA-IM injecté par un professionnel de santé au Sénégal. *Contracept X*. 2019;1:100012. doi: 10.1016/j.conx.2019.100012. PMID : 32494776 ; PMCID : PMC7252428. 4. Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Namagembe A, Ba A, Belemsaga-Yugbare D, *et al.* Coûts de l'administration de contraceptifs injectables par des professionnels de santé et

par auto-injection : données provenant du Burkina Faso, de l'Ouganda et du Sénégal. *Contraception*. Novembre 2018 ; 98(5) : 389-395. doi : 10.1016/j.contraception.2018.05.018. Publication électronique du 30 mai 2018. PMID : 29859148 ; PMCID : PMC6197836.

Auto-prélèvement du HPV

L'auto-prélèvement pour le dépistage du HPV est une intervention émergente dans la recherche sur les soins auto-administrés dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Le HPV est l'une des IST les plus courantes, avec une prévalence en Afrique subsaharienne estimée entre 7 et 60 % (56). L'OMS recommande l'auto-prélèvement comme outil de dépistage du cancer du col de l'utérus, car il est considéré comme précis, généralement accepté par les populations cibles et économique. L'auto-prélèvement pour le dépistage du HPV pourrait contribuer à atteindre l'objectif mondial de l'OMS, qui est d'atteindre une couverture de dépistage de 70 % d'ici 2030. Des études ont montré que l'auto-prélèvement pour le dépistage du HPV peut être rentable pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Cependant, seules cinq des 16 études identifiées provenaient de pays à revenu faible ou intermédiaire.

Alors que l'auto-prélèvement a principalement été testé dans les pays à revenu élevé, les pays d'Afrique commencent à intégrer le dépistage du HPV dans leurs politiques de santé nationales. Des données récentes issues d'une étude menée au Malawi ont montré que les femmes étaient globalement disposées à recourir à l'auto-prélèvement pour le HPV, mais cela ne s'est pas nécessairement traduit par une participation ultérieure au dépistage du cancer du col de l'utérus (57). De même, une étude menée en Afrique du Sud a montré que l'auto-prélèvement était généralement acceptable, mais qu'un manque global de connaissances sur le HPV et de faibles niveaux d'auto-efficacité constituaient des obstacles à son utilisation. Un constat récurrent dans la littérature était la faible demande de services et un manque général d'éducation concernant le HPV.

Susciter une demande publique pour le dépistage du HPV pourrait permettre d'augmenter le recours au dépistage et d'accélérer les progrès vers les objectifs fixés. En termes de coûts, le test HPV est l'un des autotests les plus onéreux à développer et nécessite des frais supplémentaires pour son traitement par les laboratoires de pathologie

(58). D'après des études préliminaires menées en Ouganda, la distribution de kits d'auto-prélèvement du HPV via des modèles communautaires est considérée comme la voie de distribution la plus rentable (59). Cependant, ce mécanisme n'a pas encore été largement testé dans d'autres pays africains à ce jour. Des recherches sont nécessaires pour identifier des stratégies visant à susciter la demande et à améliorer les connaissances, dans le but d'accroître la couverture de l'auto-prélèvement du HPV.

Recommandations

Les recommandations issues de la littérature publiée et des contributions des parties prenantes concernant l'évaluation des coûts et le financement de l'autogestion sont spécifiques et contextuelles. Cependant, certains principes peuvent s'appliquer de manière générale et mettent en évidence les considérations clés pour conceptualiser les coûts et le financement.

i. Chiffrement

Les coûts des interventions d'autogestion doivent être définis à chaque niveau de mise en œuvre

Afin de mieux éclairer les politiques, la planification budgétaire et les estimations de coûts, les coûts liés à la mise en œuvre des interventions d'autogestion doivent être pris en compte lors de leur élaboration, de leur mise en œuvre et de leur extension. Cela permettra de minimiser les biais susceptibles d'amener les décideurs à sous-estimer les ressources nécessaires à la réussite de la mise en œuvre des interventions.

Les économies réalisées par le système de santé doivent s'inscrire dans une perspective à long terme

Les interventions d'autogestion de la santé doivent être envisagées dans une perspective à long terme, car elles peuvent générer un retour sur investissement en aval. Des analyses de modélisation et des évaluations approfondies du rapport coût-efficacité peuvent être utilisées pour déterminer l'investissement financier par rapport aux gains ou pertes futurs, en tenant compte de la génération suffisante de demande pour l'autogestion de la santé et de l'influence des économies d'échelle.

L'autogestion doit être un « bon rapport qualité-prix » pour les utilisateurs

L'autogestion de la santé peut constituer une intervention à valeur ajoutée en offrant un choix à l'utilisateur et en lui donnant la possibilité de gérer lui-même sa santé. Dans les contextes où l'autogestion de la santé est considérée comme une alternative économique, les coûts des soins doivent être maintenus à un niveau bas afin d'éviter des dépenses catastrophiques pour les services de santé et d'assurer une protection contre les risques financiers pour les utilisateurs.

L'autogestion ne doit pas répercuter les coûts sur l'utilisateur

Un aspect essentiel en matière d'équité est que l'autogestion ne doit pas être encouragée comme un moyen de réduire les coûts du système de santé en les répercutant sur les utilisateurs. Par exemple, si les utilisateurs doivent se procurer des kits de test ou d'autres dispositifs ou fournitures pour accéder à une intervention qui serait autrement prise en charge s'ils y avaient recours dans le cadre des services de santé, ces coûts doivent, dans la mesure du possible, rester à la charge du système de santé et ne pas être transférés à l'utilisateur.

Les évaluations économiques peuvent être utilisées pour éclairer la prise de décision et déterminer la rentabilité des interventions d'autogestion

Les évaluations économiques sont utiles pour fournir des données sur les coûts de l'autogestion par rapport à ses résultats potentiels en matière de santé. Les évaluations économiques sont contextuelles et continues, mais elles offrent une perspective permettant de refléter l'ensemble des opportunités associées à l'autogestion.

ii. Financement

Le financement de la santé pour l'autogestion de la santé devrait envisager des mécanismes visant à s'appuyer davantage sur le financement public

Dans une perspective à long terme, s'orienter vers des ressources nationales pour la santé permet aux pays de mieux générer, distribuer et acheter de manière stratégique des services d'autogestion de la santé pour la population. Un défi dans de nombreux pays africains consiste à pouvoir financer l'autogestion de la santé à l'aide de sources nationales, car les pays dépendent souvent d'un financement externe. S'orienter vers des dépenses nationales pourrait améliorer la durabilité du financement de l'autogestion de la santé.

Une réglementation du secteur privé au niveau approprié pourrait être mise en place pour élargir l'accès et améliorer l'efficacité du développement et de la distribution des services d'autogestion de la santé

Le recours à un partenariat public-privé peut élargir l'accès aux services ou produits d'autogestion de la santé, mais une réflexion approfondie est nécessaire pour ne pas perpétuer les inégalités en ciblant les « plus aisés ».

Explorer les options de financement mixte pour l'autogestion afin de générer des recettes, de mutualiser les ressources et d'acheter de manière stratégique des services de santé

Les investissements dans l'autogestion provenant de sources multisectorielles devraient se concentrer sur la réduction des coûts pour l'utilisateur, afin d'éviter des dépenses personnelles excessives. Il pourrait y avoir une place pour des modèles de financement mixte combinant un financement par l'impôt, un financement privé, une assurance et une participation partielle aux frais. Le développement de modèles de financement différenciés utilisant une approche de marché global renforce les liens entre les partenaires publics, privés et externes.

iii. Lacunes et opportunités

Mettre l'accent sur l'autogestion pour faciliter l'accès et le soutien, et non pour éloigner les personnes des soins

Favoriser le choix et renforcer l'autonomie permet aux individus de prendre les décisions qui leur semblent les plus appropriées. Comme aucune méthode unique n'est recommandée pour tous, il est conseillé au secteur de la santé d'offrir un éventail de choix d'interventions. Une caractéristique clé de l'autogestion de la santé est la possibilité pour les individus d'être les acteurs de leur propre santé, en partenariat avec des prestataires capables de les soutenir si nécessaire.

Possibilités d'intégrer l'autogestion de la santé dans les offres de soins de santé essentielles

Lorsque les services d'autogestion de la santé sont fournis de manière sûre et appropriée, ils peuvent être intégrés dans des programmes de soins de santé conçus pour soutenir les individus et leur permettre d'accéder aux services dont ils ont besoin.

Susciter la demande en matière d'autogestion de la santé

Avant de recommander l'autogestion de la santé, il est important de disposer de preuves de sa sécurité et de son efficacité et, plus important encore, que les individus comprennent clairement son utilisation et ses avantages. La création d'une demande passe par la communication, la promotion et l'engagement en matière de santé afin de permettre, d'informer et de donner les moyens aux individus et aux communautés d'utiliser les services d'autogestion de la santé.

Résumé

L'OMS reconnaît la valeur et la contribution potentielle des interventions d'autogestion de la santé au sein des systèmes de santé (1). L'autogestion de la santé peut apporter une valeur ajoutée en offrant un choix et en donnant aux personnes l'autonomie sur leur santé, en les orientant vers des soins lorsque cela est nécessaire et en soutenant celles qui rencontrent des obstacles pour obtenir des soins. Comprendre les coûts et conceptualiser des modes de financement adaptés de l'autogestion de la santé sont essentiels pour faire progresser l'autogestion de la santé, contribuant ainsi à des soins durables, acceptables et abordables pour les individus et les communautés. Les considérations relatives aux coûts et au financement des interventions spécifiques d'autogestion de la santé sont importantes. Elles doivent être pleinement prises en compte pour aider les décideurs à comprendre leur rapport coût-efficacité et leur rapport qualité-prix au sein du système de santé, ainsi que la manière dont ces interventions peuvent être déployées à plus grande échelle et financées de manière à soutenir les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

Références

- (1) Directives consolidées de l'OMS sur les interventions d'autogestion de la santé : santé et droits sexuels et reproductifs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (2) FNUAP. Santé et droits sexuels et reproductifs : un élément de la couverture sanitaire universelle. 2019. Disponible à l'adresse : https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UF_SupplementAndUniversalAccess_30-online.pdf
- (3) Réunion de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Institut international pour la santé mondiale de l'Université des Nations Unies sur les considérations économiques et financières des interventions d'autogestion en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs : Centre de recherche sur les politiques de l'Université des Nations Unies, 2–3 avril 2019, New York, États-Unis d'Amérique : rapport de synthèse. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (4) Sohn, H., Tucker, A., Ferguson, O. et al. Évaluation des coûts de la mise en œuvre d'interventions de santé publique dans des contextes aux ressources limitées : un cadre conceptuel. *Implementation Sci* 15, 86 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01047-2>
- (5) Hoomans T, Severens JL. Évaluation économique des stratégies de mise en œuvre dans le domaine des soins de santé. *Implement Sci*. 2014 ; 9(1) : 168. Disponible à l'adresse : <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118525975.ch23>
- (6) Roberts SL, Healey A, Sevdalis N. Utilisation de l'évaluation économique en santé dans les domaines de la science de la mise en œuvre et de l'amélioration — revue systématique de la littérature. *Implementation Sci*. 2019;14(1):72.
- (7) Remme M, Narasimhan M, Wilson D, Ali M, Vijayasingham L, Ghani F, et al. Interventions d'autogestion en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs : coûts, bénéfices et financement. *BMJ*. 1er avril 2019 ; 365 : l1228. doi : 10.1136/bmj.l1228. PMID : 30936210 ; PMCID : PMC6441864.
- (8) Narasimhan M, Kapila M. Implications de l'autogestion des soins pour la prestation des services de santé. *Bull World Health Organ*. 1er février 2019 ; 97(2) : 76-76A. doi : 10.2471/BLT.18.228890. PMID : 30728611 ; PMCID : PMC6357575.
- (9) Gustafsson N, Leino-Kilpi H, Prga I, Suhonen R, Stolt M ; consortium RANCARE COST Action – CA15208. Soins manqués du point de vue du patient – Une revue exploratoire. *Patient Prefer Adherence*. 25 février 2020 ; 14 : 383-400. doi : 10.2147/PPA.S238024. PMID : 32161449 ; PMCID : PMC7049852.

- (10) Narasimhan M, Logie CH, Gauntley A, Gomez Ponce de Leon R, Gholbzouri K, Siegfried N, Abela H, Ouedraogo L. Interventions d'autogestion en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs pour faire progresser la couverture sanitaire universelle. *Sex Reprod Health Matters*. Décembre 2020 ; 28(2) : 1778610. doi : 10.1080/26410397.2020.1778610. PMID : 32530386 ; PMCID : PMC7887951.
- (11) Heo S, Moser DK, Lennie TA, Kim J, Turrise S, Troyan PJ, Kang J, Jones HJ. Stratégies d'autogestion et interventions nécessaires chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque : du point de vue des patients – une étude qualitative. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 20 août 2021 ; 20(6) : 540-546. doi : 10.1093/eurjcn/zvaa033. PMID : 34008023.
- (12) Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Interventions d'autogestion de la santé pour améliorer la santé et le bien-être : un cadre conceptuel pour éclairer les recommandations normatives. *BMJ* 2019 ; 365 : l688. doi : 10.1136/bmj.l688.
- (13) Mitchell RJ, Bates P. Mesurer la perte de productivité liée à la santé. *Popul Health Manag*. Avril 2011 ; 14(2) : 93-8. doi : 10.1089/pop.2010.0014. Publication électronique 23 nov. 2010. PMID : 21091370 ; PMCID : PMC3128441.
- (14) Directive consolidée de l'OMS sur les interventions d'autogestion de la santé : santé et droits sexuels et reproductifs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. ANNEXE 3, Portée :
OMS définitions . Disponible à l'adresse :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544155/>
- (15) Nyatela A, Nqakala S, Singh L, Johnson T, Gumede S. L'autogestion de la santé peut être une alternative pour élargir l'accès aux soins de santé universels : ce que les décideurs politiques, les gouvernements et les responsables de la mise en œuvre peuvent envisager pour l'Afrique du Sud. *Front Reprod Health*. 5 décembre 2022 ; 4 : 1073246. doi : 10.3389/frph.2022.1073246. PMID : 36545492 ; PMCID : PMC9760858.
- (16) Kaiser AH, Ekman B, Dimarco M, Sundewall J. La rentabilité des interventions en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue exploratoire. *Sex Reprod Health Matters*. Décembre 2021 ; 29(1) : 1983107. doi : 10.1080/26410397.2021.1983107. PMID : 34747673 ; PMCID : PMC8583757.
- (17) Byford S, Raftery J. Perspectives en matière d'évaluation économique. *BMJ*. 16 mai 1998 ; 316(7143) : 1529-30. doi : 10.1136/bmj.316.7143.1529. PMID : 9582152 ; PMCID : PMC1113167.

- (18) Richardson G, Gravelle H, Weatherly H, Ritchie G. Rentabilité des interventions visant à favoriser l'autogestion de la santé : une revue systématique. *Int J Technol Assess Health Care*. Automne 2005 ; 21(4) : 423-32. doi : 10.1017/S0266462305050592. PMID : 16262964.
- (19) OCDE, Eurostat et Organisation mondiale de la santé (2017), *Système de comptes de la santé 2011* : édition révisée, Éditions de l'OCDE, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- (20) Jakovljevic M, Çalışkan Z, Fernandes PO, Mouselli S, Otim ME. Éditorial : Financement et dépenses de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *Front Public Health*. 21 décembre 2021 ; 9 : 800333. doi : 10.3389/fpubh.2021.800333. PMID : 34993173 ; PMCID : PMC8724126.
- (21) Vers une meilleure implication du secteur privé dans la prestation des services de santé : examen des approches relatives à l'implication du secteur privé en Afrique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (22) Jakovljevic M, Timofeyev Y, Ranabhat C, Fernandes PO, Teixeira JP, Rancic N, et al. Taux de croissance du PIB réel et dépenses de santé – comparaison entre les pays du G7 et ceux de l'EM7. *Global Health*. (2020) 16:64. doi: 10.1186/s12992-020-00590-3.
- (23) Mulat, A.K., Mao, W., Bharali, I. et al. Déploiement à grande échelle de l'assurance maladie communautaire en Éthiopie : une étude qualitative des avantages et des défis. *BMC Health Serv Res* 22, 473 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07889-4>
- (24) Makaka A., Breen S., Binagwaho A. Couverture sanitaire universelle au Rwanda : rapport sur les innovations visant à accroître l'adhésion à l'assurance maladie communautaire. *The Lancet*. 2012 ; 380 : p. S7. doi : 10.1016/S0140-6736(13)60293-7.
- (25) Mebratie A. D., Sparrow R., Yilma Z., Alemu G., Bedi A. S. Abandon du régime d'assurance maladie communautaire en Éthiopie. *Health Policy and Planning*. 2015 ; 30(10) : 1296–1306. doi : 10.1093/heapol/czu142.
- (26) Adebayo E. F., Ataguba J. E., Uthman O. A., Okwundu C. I., Lamont K. T., Wiysonge C. S. Facteurs influençant l'adhésion à l'assurance maladie communautaire dans les pays à faible et moyen revenu : un protocole systématique. *BMJ Open*. 2014 ; 4(2) doi : 10.1136/bmjopen-2013-004167.e004167.
- (27) Kwete, X.J., Berhane, Y., Mwanyika-Sando, M. et al. Définition des priorités sanitaires pour l'aide publique au développement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire : une étude de synthèse du cadre Best Fit utilisant des données primaires provenant d'Éthiopie, du Nigeria et de Tanzanie. *BMC Public Health* 21, 2138 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12205-6>

- (28) Jakovljevic M, Çalışkan Z, Fernandes PO, Mouselli S, Otim ME. Éditorial : Financement et dépenses de santé dans les pays à faible et moyen revenu. *Front Public Health*. 21 décembre 2021 ; 9 : 800333. doi : 10.3389/fpubh.2021.800333. PMID : 34993173 ; PMCID : PMC8724126.
- (29) Mathauer I, Saksena P, Kutzin J. Mécanismes de mutualisation dans les systèmes de financement de la santé : proposition de classification. *Int J Equity Health*. 21 décembre 2019 ; 18(1) : 198. doi : 10.1186/s12939-019-1088-x. PMID : 31864355 ; PMCID : PMC6925450.
- (30) Büchter, R.B., Weise, A. & Pieper, D. Élaboration, test et utilisation de formulaires d'extraction de données dans les revues systématiques : une revue des recommandations méthodologiques. *BMC Med Res Methodol* 20, 259 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01143-3>
- (31) Indravudh PP, Choko AT, Corbett EL. Déploiement à grande échelle de l'autotest du VIH en Afrique subsaharienne : une revue de la technologie, des politiques et des données probantes. *Curr Opin Infect Dis*. Février 2018 ; 31(1) : 14-24. doi : 10.1097/QCO.0000000000000426. PMID : 29232277 ; PMCID : PMC5768229.
- (32) Unitaïd. Développer l'autotest du VIH en Afrique. Disponible à l'adresse : <https://unitaid.org/project/self-testing-africa-star/#en>
- (33) Uzoaru F, Nwaozuru U, Ong JJ, Obi F, Obiezu-Umeh C, Tucker JD, Shato T, Mason SL, Carter V, Manu S, BeLue R, Ezechi O, Iwelunmor J. Coûts de la mise en œuvre d'interventions communautaires pour le dépistage du VIH en Afrique subsaharienne : une revue systématique. *Implement Sci Commun*. 5 juillet 2021 ; 2(1) : 73. doi : 10.1186/s43058-021-00177-y. PMID : 34225820 ; PMCID : PMC8259076.
- (34) Matsimela K, Sande LA, Mostert C, et al. Coût et rentabilité intermédiaire de la distribution de kits d'autotest oral du VIH selon 11 modèles de distribution en Afrique du Sud. *BMJ Global Health* 2021 ; 6 : e005019.
- (35) Sande LA, Matsimela K, Mwenge L, Mangenah C, Choko AT, d'Elbée M, Majam M, Mostert C, Matamwandi I, Sibanda EL, Johnson C, Hatzold K, Ayles H, Cowan FM, Corbett EL, Neuman M, Maheswaran H, Meyer-Rath G, Terris-Prestholt F. Coûts de l'intégration de l'autotest du VIH dans les établissements de santé publique au Malawi, en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe. *BMJ Glob Health*. Juillet 2021 ; 6(Suppl 4) : e005191. doi : 10.1136/bmjgh-2021-005191. PMID : 34275874 ; PMCID : PMC8287606.
- (36) Indravudh PP, Fielding K, Sande LA, Maheswaran H, Mphande S, Kumwenda MK, et al. Évaluation économique pragmatique de la mise en œuvre communautaire de l'autotest de dépistage du VIH au Malawi. *BMJ Glob Health*. Juillet 2021 ; 6(Suppl. 4) : e004593. doi : 10.1136/bmjgh-2020-004593. PMID : 34275869 ; PMCID : PMC8287609.

- (37) Cambiano V, Johnson CC, Hatzold K, Terris-Prestholt F, Maheswaran H, Thirumurthy H, et al. Impact et rapport coût-efficacité de l'autotest du VIH mené par la communauté en Afrique subsaharienne : une analyse économique de la santé et de modélisation. *J Int AIDS Soc.* Mars 2019 ; 22 Suppl 1 (Suppl Suppl 1) : e25243. doi : 10.1002/jia2.25243. PMID : 30907498 ; PMCID : PMC6432108.
- (38) Johnson C, Neuman M, MacPherson P, Choko A, Quinn C, Wong VJ, et al. Utilisation, connaissance et disposition à recourir à l'autotest de dépistage du VIH : analyse d'enquêtes transversales menées auprès de la population au Malawi et au Zimbabwe. *BMC Public Health.* 25 mai 2020 ; 20(1) : 779. doi : 10.1186/s12889-020-08855-7. PMID : 32450840 ; PMCID : PMC7249304.
- (39) Feters, T., Samandari, G., Djemo, P. et al. De la légalité à la réalité : comment les méthodes d'avortement médicamenteux ont été introduites grâce à la science de la mise en œuvre en Zambie. *Reprod Health* 14, 26 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0289-2>
- (40) Leone T, Coast E, Parmar D, Vwalika B. Le coût individuel de l'interruption de grossesse en Zambie : une comparaison entre l'avortement sécurisé et l'avortement à risque. *Health Policy Plan.* 2016. doi:10.1093/heapol/czv138.
- (41) Lince-Deroche N, Feters T, Sinanovic E, Devjee J, Moodley J, Blanchard K. Coûts et rentabilité de la prestation de services d'avortement sécurisé, médical et chirurgical, au cours du premier trimestre dans la province du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. *PLoS One.* 3 avril 2017 ; 12(4) : e0174615. doi : 10.1371/journal.pone.0174615. PMID : 28369061 ; PMCID : PMC5378341.
- (42) Sorhaindo A, Sedgh G. Revue exploratoire de la recherche sur l'avortement médicamenteux autogéré dans les pays à faible et moyen revenu. *BMJ Glob Health.* Mai 2021 ; 6(5) : e004763. doi : 10.1136/bmjgh-2020-004763. PMID : 33986002 ; PMCID : PMC8126307.
- (43) Bell SO, Guiella G, Byrne ME, Bazie F, Onadja Y, Thomas HL, Moreau C. Incidence et sécurité de l'avortement provoqué au Burkina Faso en 2020 : résultats d'une enquête par sondage utilisant des méthodes d'estimation directes et basées sur les réseaux sociaux. *PLoS One.* 30 novembre 2022 ; 17(11) : e0278168. doi : 10.1371/journal.pone.0278168. PMID : 36449473 ; PMCID : PMC9710743.
- (44) Ilboudo PG, Greco G, Sundby J, Torsvik G. Estimation des coûts liés au traitement des complications liées à l'avortement dans deux hôpitaux publics de référence : une étude transversale à Ouagadougou, au Burkina Faso. *BMC Health Serv Res.* 7 octobre 2016 ; 16(1) : 559. doi : 10.1186/s12913-016-1822-7. PMID : 27717356 ; PMCID : PMC5055714.

- (45) Bell SO, Omoluabi E, OlaOlorun F, Shankar M, Moreau C. Inégalités dans l'incidence et la sécurité de l'avortement au Nigeria. *BMJ Glob Health*. 7 janvier 2020 ; 5(1) : e001814. doi : 10.1136/bmjgh-2019-001814. PMID : 32133166 ; PMCID : PMC7042592.
- (46) Bankole A, Singh S, Vlassoff M, Woog V. 2007. Estimation du coût des soins post-avortement au Nigeria : une étude de cas. Dans : Lule E, Singh S, Chowdhury SA (dir.). *Comportements de régulation de la fécondité et leurs coûts*. Banque mondiale, Washington DC, 2007, pp. 65-92.
- (47) Soleimani Movahed M, Hussein Barghazan S, Askari F, Arab Zozani M. Le fardeau économique de l'avortement et des soins liés au traitement de ses complications : une revue systématique. *J Family Reprod Health*. Juin 2020 ; 14(2) : 60-67. doi : 10.18502/jfrh.v14i2.4354. PMID : 33603795 ; PMCID : PMC7865195.
- (48) Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, Ross D, Kaunitz AM. Efficacité contraceptive et innocuité du DMPA-SC. *Contraception*. 2004 ; 70(4) : 269-75.
- (49) Brady M, Drake JK, Namagembe A, Cover J. Prise en charge autonome de la contraception : données et enseignements tirés de l'auto-administration de contraceptifs injectables. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Juillet 2020 ; 66 : 95-106. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.01.003. Publication électronique 23 janv. 2020. PMID: 32199705.
- (50) Tsui A.O., Brown W., Li Q. Pratiques contraceptives en Afrique subsaharienne. *Popul Dev Rev*. 2017 ; 43(Suppl. 1) : 166.
- (51) Mvundura M, Di Giorgio L, Morozoff C, Cover J, Ndour M, Drake JK. Rapport coût-efficacité du DMPA-SC auto-injecté par rapport au DMPA-IM injecté par un professionnel de santé au Sénégal. *Contracept X*. 2019;1:100012. doi: 10.1016/j.conx.2019.100012. PMID: 32494776; PMCID: PMC7252428.
- (52) Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Morozoff C, Cover J, Drake JK. L'auto-injection contraceptive est-elle rentable par rapport aux injections contraceptives administrées par des professionnels de santé en établissement ? Données provenant d'Ouganda. *Contraception*. Nov. 2018 ; 98(5) : 396-404. doi : 10.1016/j.contraception.2018.07.137. Publication électronique du 9 août 2018. PMID : 30098940 ; PMCID : PMC6197841.
- (53) Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Namagembe A, Ba A, Belemsaga-Yugbare D, et al. Coûts de l'administration de contraceptifs injectables par des agents de santé et de l'auto-injection : données provenant du Burkina Faso, de l'Ouganda et du Sénégal. *Contraception*. Novembre 2018 ; 98(5) : 389-395. doi : 10.1016/j.contraception.2018.05.018. Publication électronique du 30 mai 2018. PMID : 29859148 ; PMCID : PMC6197836.

- (54) Stout A, Wood S, Barigye G, *et al.* Élargir l'accès à la contraception injectable : résultats de l'introduction pilote de l'acétate de médoroxprogestérone à libération prolongée par voie sous-cutanée (DMPA-SC) dans 4 pays africains. *Glob Health Sci Pract* 2018 ; 6 : 55–72. doi : [10.9745](https://doi.org/10.9745).
- (55) PATH. PATH se félicite d'une subvention de 10,5 millions de dollars pour élargir le choix et l'accès aux contraceptifs, 2017. *Centre des médias de PATH*. Disponible à l'adresse : <https://www.path.org/media-center/path-welcomes-105-million-grant-to-expand-contraceptive-choice-and-access/>
- (56) Nodjikouambaye ZA, Adawaye C, Mboumba Bouassa RS, Sadjoli D, Bélec L. Revue systématique de l'auto-prélèvement pour le dépistage du HPV en Afrique. *Int J Gynaecol Obstet*. Mai 2020 ; 149(2) : 123-129. doi: 10.1002/ijgo.13112. Publication électronique du 27 février 2020. PMID : 32037532.
- (57) Hood RB, Turner AN, Huber-Krum S, Lancaster KE, Mwapasa V, Poindexter T, et al. En ce qui concerne l'auto-prélèvement pour le dépistage du papillomavirus humain, la volonté déclarée ne correspond pas à l'adhésion ultérieure chez les femmes des zones rurales du Malawi. *Sex Transm Dis*. Avril 2020 ; 47(4) : 275-279. doi : 10.1097/OLQ.0000000000001119. PMID : 32168286 ; PMCID : PMC9808893.
- (58) Aarnio, R., Östensson, E., Olovsson, M. *et al.* Analyse coût-efficacité de l'auto-prélèvement répété pour le dépistage du HPV dans le cadre du dépistage cervical primaire : une étude randomisée. *BMC Cancer* 20, 645 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07085-9>
- (59) Joseph NT, Namuli A, Kakuhikire B, Baguma C, Juliet M, Ayebare P, et al. Mise en œuvre de l'auto-prélèvement communautaire du papillomavirus humain avec suivi par SMS pour le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les zones rurales du sud-ouest de l'Ouganda. *J Glob Health*. 25 décembre 2021 ; 11 : 04036. doi : 10.7189/jogh.11.04036. PMID : 35003710 ; PMCID : PMC8709902.

Annexes

Rapport de cas sur le financement de l'autotest du VIH au Malawi et en Afrique du Sud en vue d'atteindre les objectifs 95-95-95

Introduction

En 2020, l'ONUSIDA a annoncé un nouvel objectif ambitieux pour le diagnostic et le traitement du VIH/sida, le « 95-95-95 », visant à ce que 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 95 % de toutes les personnes chez lesquelles une infection par le VIH a été diagnostiquée reçoivent un traitement antirétroviral continu, et que 95 % de toutes les personnes recevant un traitement antirétroviral atteignent une suppression virale d'ici 2025

(1). Les précédents objectifs 90-90-90 ont été largement acceptés et se sont révélés très efficaces pour stimuler le dépistage du VIH, plusieurs pays ayant déjà atteint ces objectifs (2). L'autotest du VIH a le potentiel d'influencer le premier « 95 » de l'objectif de l'ONUSIDA. L'autotest du VIH est l'une des interventions d'autogestion de la santé les plus largement mises en œuvre en Afrique à ce jour (3).

L'autotest de dépistage du VIH fait partie des stratégies de prise en charge du VIH de nombreux pays et a été utilisé pour orienter la mise en œuvre d'autres interventions d'autogestion de la santé dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (SSR). Dans certains contextes, l'autotest de dépistage du VIH a commencé à supplanter les tests conventionnels pour le dépistage, la détection des cas et l'amélioration des liens vers les soins pour le traitement du VIH (4). Le financement de l'autotest du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) a principalement été assuré par des donateurs et n'est souvent pas pris en charge par les gouvernements (5). Le financement national de l'autotest présente des avantages potentiels, et ces dépenses sont susceptibles d'être rentables (5-7). Malgré le manque de données sur les modèles de financement national de l'autogestion, les pays ont la possibilité d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques favorables à un financement durable de l'autotest du VIH.

HEARD a mené des entretiens avec des représentants de Family Health Services (FHS) au Malawi et de Population Services International (PSI) en Afrique du Sud afin de mieux comprendre le contexte économique de l'autotest du VIH, en notant les principales similitudes et différences en matière de financement, d'impact sur la santé et de financement futur de l'autotest du VIH, conformément aux objectifs 95-95-95. FHS Malawi est une organisation locale qui soutient des programmes dans les domaines du VIH/sida et de la santé sexuelle et reproductive. FHS est un partenaire de mise en œuvre de longue date du Plan stratégique national du Malawi, le VIH/sida étant l'un des principaux domaines d'intervention. PSI Afrique du Sud travaille en partenariat avec des bailleurs de fonds publics et privés pour soutenir des services de santé publique équitables et durables. Dans le domaine du VIH/sida, PSI Afrique du Sud s'efforce de « dynamiser le marché de l'autotest du VIH en Afrique du Sud » et « positionne l'autotest comme une approche innovante qui permet aux clients d'accéder au dépistage à leur convenance, améliorant ainsi l'accès aux services » (8).

De l'extérieur vers le local : comment le Malawi et l'Afrique du Sud s'orientent vers un financement national de l'autotest du VIH

Au Malawi et en Afrique du Sud, on observe une forte convergence entre les politiques nationales et les recommandations de l'OMS en matière d'autotest du VIH, ainsi qu'une large adhésion aux cadres politiques mondiaux. Dans ces deux pays, l'autotest du VIH est devenu un moyen d'élargir l'accès aux soins pour les personnes qui rencontrent des difficultés à se faire soigner, notamment les populations difficiles à atteindre et celles qui hésitent à se faire dépister (9-11). Le Malawi est reconnu pour avoir adopté des politiques progressistes qui fournissent des orientations pour un engagement multisectoriel en matière de traitement et de prévention du VIH. Le Plan stratégique national du Malawi pour le VIH et le sida (2020-2025) réaffirme l'engagement à faire progresser les soins liés au VIH, en mettant l'accent sur le renforcement du leadership et de la gouvernance ainsi que sur l'amélioration du financement afin d'intensifier les interventions contre le VIH/sida (12). La nouvelle directive prévoit notamment « d'engager un dialogue avec le gouvernement, la société civile et les partenaires afin d'accroître les investissements nationaux en faveur de la prévention essentielle du VIH et de la santé sexuelle et reproductive, conformément aux engagements de la Coalition mondiale pour la prévention, ainsi que de plaider auprès du parlement national pour augmenter progressivement le financement national des programmes de lutte contre le VIH et le sida » (13).

Au Malawi, l'autotest du VIH est encore principalement financé par les bailleurs de fonds. Selon des représentants de la FHS, c'est la coopération bilatérale entre les partenaires locaux et externes qui est le moteur des initiatives d'autotest. Un représentant a déclaré : « L'autotest du VIH reste une intervention novatrice et est principalement encouragé par les bailleurs de fonds... Le gouvernement accueille favorablement l'aide extérieure. Le budget pour les produits [kits de dépistage du VIH] et la distribution est fourni par les bailleurs de fonds, par exemple l'USAID et l'UNFPA. Le ministère de la Santé et ses partenaires de mise en œuvre sont responsables du travail « sur le terrain ». Le ministère de la Santé assume la responsabilité du déploiement. » Au Malawi, les partenaires extérieurs contribuent à plus de 60 % des dépenses totales de santé et à environ 95 % des dépenses liées au VIH/sida (13).

Bien que le Malawi ait rencontré des difficultés en matière de financement national de la santé, la FHS estime que le ministère de la Santé a su faire preuve de responsabilité dans la gestion des ressources et continue de mettre en œuvre des systèmes qui renforcent et soutiennent les programmes d'autotest du VIH. Le gouvernement s'efforce de renforcer les systèmes financiers et les capacités en vue d'un financement local des programmes de lutte contre le VIH/sida grâce à une augmentation des allocations budgétaires pour la santé sur le long terme. Un représentant de la FHS a déclaré : « Le Malawi a créé un environnement propice au déploiement de l'autotest. Les politiques sont en place et l'autogestion figure en bonne place dans l'agenda de santé publique. L'importance de cette démarche est claire, et il existe un soutien politique pour la mise en œuvre de ces interventions. La prochaine étape consisterait à commencer à financer l'autogestion au niveau national. »

Le gouvernement sud-africain a réalisé des investissements directs dans les programmes de lutte contre le VIH et a continué à bénéficier d'un soutien financier de la part de bailleurs de fonds externes, notamment le Fonds mondial et le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) (5). Les programmes de lutte contre le VIH/sida représentent une part importante du budget de la santé de l'Afrique du Sud, et alors que l'Afrique

l'Afrique a continué d'augmenter ses dépenses nationales pour les interventions de lutte contre le VIH, le financement provenant des principaux donateurs a simultanément diminué (13). Le South African HIV Investment Case a été mis en place pour déterminer la combinaison d'interventions la plus rentable afin d'améliorer l'allocation et l'efficacité du financement de la lutte contre le VIH/sida (14). L'autotest du VIH a été au cœur de la stratégie de prise en charge du VIH en Afrique du Sud et a contribué aux progrès réalisés par le pays vers les cibles 95-95-95 de l'ONUSIDA (5). L'Afrique du Sud est l'un des rares pays à se procurer des kits d'autotest du VIH sur son budget national (15).

« Il existe un "cas d'utilisation" clair pour l'autotest du VIH en Afrique du Sud. Il existe une solide base de données issues de la recherche sur la rentabilité ainsi que différents modèles de distribution et de déploiement à grande échelle. Certains modèles prévoient la participation à la fois du secteur public et du secteur privé », a déclaré un représentant de PSI Afrique du Sud. « Le secteur public est assez limité en termes de fourniture de kits d'autotest. L'année dernière, le gouvernement a financé directement environ 200 000 kits de test – une quantité modeste par rapport aux besoins. » Le représentant a poursuivi : « Le secteur privé dans les pays africains est en pleine expansion, par exemple en Ouganda, au Nigeria et en Tanzanie. Les modèles du secteur privé peuvent s'avérer très efficaces pour l'autogestion de la santé et [ont] le potentiel d'influencer les coûts de fabrication et de rendre l'autotest plus abordable. »

Le secteur privé a joué un rôle significatif dans le développement et la généralisation de l'autotest du VIH, avec deux grands fabricants de kits d'autotest basés en Afrique du Sud. La production locale de kits d'autotest a considérablement réduit le coût global de production et de distribution des kits, minimisant les coûts liés aux taxes à l'importation et aux frais de dédouanement. « Les autotests du VIH deviennent de plus en plus abordables », a déclaré un représentant de PSI. « Les prix ont été évalués et analysés en fonction de la disposition des consommateurs à payer. Les coûts d'opportunité sont souvent reconnus en termes de gain de temps et de capacité à se tester soi-même de manière indépendante. » L'autotest de dépistage du VIH en Afrique du Sud offre une opportunité de détection précoce des cas et d'orientation vers les soins. Grâce à divers modèles, l'autotest de dépistage du VIH a été largement mis à disposition au sein des établissements de santé, par le biais de canaux de distribution communautaires et dans les commerces de détail privés (15).

L'avenir de l'autotest du VIH et la voie vers les objectifs 95-95-95 pour le Malawi et l'Afrique du Sud

Alors que les pays d'Afrique progressent vers les objectifs 95-95-95, l'autotest du VIH pourrait continuer à combler le fossé pour les populations sous-testées. Lors de discussions avec FHS Malawi sur l'avenir de l'autotest du VIH, l'équipe a formulé les remarques suivantes concernant les considérations financières pour l'avenir :

- Bien que le ministère de la Santé du Malawi soit en grande partie responsable de la prestation des services de santé, la majorité du financement de l'autotest du VIH provient toujours des bailleurs de fonds. Les préoccupations liées aux limites de la gestion des finances publiques font qu'une part importante des fonds des bailleurs de fonds destinés au secteur de la santé est directement acheminée vers les partenaires de mise en œuvre (12). Le ministère de la Santé continue de s'efforcer de renforcer sa

afin de gérer efficacement les fonds et d'améliorer les mécanismes budgétaires pour la prestation de services liés au VIH.

- Le secteur public est le principal prestataire de services de santé au Malawi, mais environ 40 % des services sont fournis par des acteurs privés (16). Le rôle du secteur privé malawien s'est accru ces dernières années, tant dans le secteur privé à but lucratif que dans le secteur privé à but non lucratif. De nombreux établissements privés proposent des services liés au VIH, y compris l'autotest, que les utilisateurs peuvent obtenir moyennant paiement. Il existe des possibilités de partenariat public-privé pour élargir l'accès grâce à l'amélioration des canaux de distribution.
- Au Malawi, l'autotest du VIH est présenté comme un service pouvant être réalisé à domicile ou dans des établissements de santé, l'accent étant mis sur le choix offert aux utilisateurs et sur une meilleure orientation vers les soins. L'un des aspects clés de l'autotest est son impact financier sur les utilisateurs finaux. Le transfert des coûts doit être étroitement surveillé afin de ne pas désavantager involontairement l'utilisateur.

Lors de discussions avec PSI, les points suivants ont été soulevés concernant l'avenir du financement de l'autogestion en Afrique du Sud :

- Le gouvernement sud-africain a réalisé des investissements directs dans l'autogestion. Cependant, les recommandations relatives à l'autotest issues de la Politique nationale sur les services de dépistage du VIH (2016) appellent tant le secteur public que le secteur privé à faire progresser la couverture du dépistage. Les évolutions au sein du secteur privé ont permis d'améliorer la fabrication et la chaîne d'approvisionnement des produits d'autotest, réduisant ainsi le coût des kits d'autotest grâce à la fabrication et à la distribution locales.
- Le recours aux interventions de santé numériques est une stratégie émergente qui pourrait avoir des implications utiles pour l'autodiagnostic. Le dépistage du VIH assisté par le numérique, utilisant des fonctions de « compagnon numérique » ou de « chatbot », peut fournir des informations précises aux utilisateurs, améliorer la détection des cas et orienter les personnes vers des soins et un traitement contre le VIH. L'adhésion aux interventions de santé numériques en Afrique du Sud est assez faible. Démontrer la rentabilité de ces outils pourrait s'avérer utile pour leur mise en œuvre future.
- Les principales considérations relatives aux coûts de l'autotest du VIH prennent en compte les coûts de fabrication et de la chaîne d'approvisionnement, les coûts de main-d'œuvre liés à la distribution, ainsi que les investissements destinés à la création de la demande et à la promotion de la santé. À l'avenir, l'objectif à long terme pour l'autotest du VIH en Afrique du Sud est de réduire le prix de revient pour l'utilisateur à moins de 1 dollar par test, en utilisant des modèles de distribution rentables et durables. La distribution par le secteur privé (pharmacies et commerces de détail) semble être la solution la plus prometteuse pour améliorer l'accès et la couverture de l'autotest du VIH.

Lire en savoir plus à ce sujet le travaux de FHS au et PSI
Afrique Afrique ici : <https://www.fhs.org.mw>
<https://www.psi.org/country/south-africa/>

Références :

- (1) ONUSIDA. Comprendre l'initiative « Fast-Track » : accélérer l'action pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Genève ; 2015.
- (2) Frescura L, Godfrey-Faussett P, Feizzadeh A A, El-Sadr W, Syarif O, Ghys PD ; au nom du groupe de travail sur l'objectif de dépistage et de traitement pour 2025. Atteindre les cibles 95-95-95 pour tous : une voie vers l'éradication du sida. PLoS One. 4 août 2022 ; 17(8) : e0272405. doi : 10.1371/journal.pone.0272405. PMID : 35925943 ; PMCID : PMC9352102.
- (3) Eshun-Wilson I, Jamil MS, Witzel TC, Glidded DV, Johnson C, Le Trouneau N, et al. Revue systématique et méta-analyses en réseau pour évaluer l'efficacité des stratégies de distribution d'autotests de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Clinical Infectious Diseases. 2021 ; 73(4) : e1018-e28.
- (4) Njau B, Damian DJ, Abdullahi L, Boule A, Mathews C. Les effets de l'autotest de dépistage du VIH sur le recours au dépistage, l'orientation vers un traitement antirétroviral et les préjudices sociaux chez les adultes en Afrique : revue systématique et méta-analyse. PLoS One. 27 janvier 2021 ; 16(1) : e0245498. doi : 10.1371/journal.pone.0245498. PMID : 33503050 ; PMCID : PMC7840047.
- (5) Unitaid. Développer l'autotest du VIH en Afrique. Disponible à l'adresse : <https://unitaid.org/project/self-testing-africa-star/#en>
- (6) Directives consolidées de l'OMS sur les interventions d'autogestion de la santé : santé et droits sexuels et reproductifs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (7) Réunion de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Institut international pour la santé mondiale de l'Université des Nations Unies sur les considérations économiques et financières des interventions d'autogestion de la santé en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs : Centre de recherche sur les politiques de l'Université des Nations Unies, 2-3 avril 2019, New York, États-Unis d'Amérique : rapport de synthèse. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (8) Population Services International (PSI) 2023. Disponible à l'adresse : <https://www.psi.org>.

- (9) Hatzold K, Gudukeya S, Mutseta MN, Chilongosi R, Nalubamba M, Nkhoma C, Munkombwe H, Munjoma M, Mkandawire P, Mabhunu V, Smith G, Madidi N, Ahmed H, Kambeu T, Stankard P, Johnson CC, Corbett EL. Autotest du VIH : lever les obstacles à l'adoption du dépistage chez les hommes et les adolescents en Afrique subsaharienne, expériences tirées des projets de démonstration STAR au Malawi, en Zambie et au Zimbabwe. *J Int AIDS Soc.* Mars 2019 ; 22 Suppl 1 (Suppl Suppl 1) : e25244. doi : 10.1002/jia2.25244. PMID : 30907505 ; PMCID : PMC6432104.
- (10) Grimsrud A, Wilkinson L, Ehrenkranz P, Behel S, Chidarikire T, Chisenga T, Golin R, Johnson CC, Milanga M, Onyekwena O, Sundaram M, Wong V, Baggaley R. L'avenir du dépistage du VIH en Afrique orientale et australe : champ d'application élargi, services ciblés. *PLoS Med.* 14 mars 2023 ; 20(3) : e1004182. doi : 10.1371/journal.pmed.1004182. PMID : 36917570 ; PMCID : PMC10013883.
- (11) Wilson KS, Mugo C, Katz DA, Manyeki V, Mungwala C, Otiso L, Bukusi D, McClelland RS, Simoni JM, Driver M, Masyuko S, Inwani I, Kohler PK. Forte acceptation et réalisation des autotests de dépistage du VIH parmi diverses populations de jeunes au Kenya grâce à une stratégie de distribution communautaire. *AIDS Behav.* Mars 2022 ; 26(3) : 964-974. doi : 10.1007/s10461-021-03451-1. Publication électronique 1er septembre 2021. PMID : 34468968 ; PMCID : PMC8409270.
- (12) Plan stratégique national du Malawi pour le VIH et le sida 2020-2025. Disponible à l'adresse : <https://www.prepwatch.org/resources/national-strategic-plan-for-hiv-and-aids-2020-25/>
- (13) Blecher, MS, Chiu C, Abdullah, Fet. al. Le financement de la lutte contre le VIH et le sida en Afrique du Sud : viabilité et marge de manœuvre budgétaire. *South African Health Review* 2016. p. 203-19.
- (14) Ministère de la Santé, Afrique du Sud, et Conseil national sud-africain sur le sida : Analyse de rentabilité des investissements sud-africains dans la lutte contre le VIH et la tuberculose – Rapport de synthèse, phase 1. Mars 2016.
- (15) Venter F, Majam M, Jankelowitz L, Adams S, Moorhouse M, Carmona S, et al. Considérations relatives à la politique et aux orientations sud-africaines en matière d'autotest du VIH. 2017. 2017 ; 18(1).
- (16) USAID. Rapport de cartographie du secteur privé de la santé au Malawi. Renforcer les résultats en matière de santé grâce au secteur privé (SHOP) 2013. Disponible à l'adresse : <https://shopsplusproject.org/sites/default/files/resources/Malawi%20Provider%20Mapping%20Report.pdf>

Rapport de cas sur l'avortement autogéré : implications en termes de coûts et de financement dans un contexte de lois restrictives et de limites politiques au Nigeria

Introduction

Au Nigeria, l'avortement est limité aux cas où il est nécessaire pour sauver ou préserver la vie d'une femme (voir encadré 1). Néanmoins, le Nigeria enregistre chaque année un nombre élevé d'avortements, en raison d'un faible taux global de prévalence contraceptive et d'un nombre élevé de grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréer. On estime qu'environ 1,8 à 2 millions d'avortements ont lieu chaque année (1). Le cadre juridique restrictif et l'absence de politiques de soutien font que bon nombre de ces avortements ont lieu en dehors du secteur de santé officiel et sans l'aide de professionnels de santé. Les données suggèrent que ce contexte politique restrictif a eu un impact négatif sur la sécurité de nombreux avortements. Sur les près de 2 millions d'avortements pratiqués chaque année, on estime que plus de 60 % d'entre eux sont pratiqués dans des conditions dangereuses (2).

Dans le cadre d'une étude de cas portant sur l'évaluation des coûts et le financement des services d'autogestion en Afrique subsaharienne, l'Institut HEARD de l'Université du KwaZulu-Natal a collaboré avec Ipas Nigeria afin de comprendre le contexte économique des soins liés à l'avortement au Nigeria, les coûts pour le système de santé et les implications pour le financement des services d'avortement dans le cadre des contraintes politiques actuelles. Ipas est une organisation mondiale qui œuvre pour faire progresser la justice reproductive, en partenariat avec des pays d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie afin d'améliorer l'accès aux soins d'avortement complets (CAC) et à la contraception volontaire (VC) pour les individus et les communautés. Depuis 2000, la Fondation Ipas Nigeria pour la santé s'efforce d'améliorer l'accès des communautés aux services essentiels de santé sexuelle et reproductive et de plaider en faveur de politiques qui favorisent la santé des femmes, protègent leurs droits et améliorent leur accès à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, notamment en matière de planification familiale et de soins d'avortement. Ipas a collaboré avec le gouvernement nigérian à l'élaboration de la loi sur l'interdiction de la violence à l'égard des femmes et des lignes directrices sur l'interruption de grossesse en toute sécurité (STOP), ainsi qu'à la définition des conditions des restrictions à l'avortement dans le cadre de la législation nationale existante.

« L'avortement autogéré est devenu le premier choix » : les préférences des femmes en matière de soins d'avortement

Au Nigeria, l'avortement médicamenteux est préféré aux méthodes chirurgicales pour des raisons de disponibilité, d'accessibilité et d'efficacité perçue pour interrompre une grossesse précoce (3). Les données scientifiques soutiennent l'utilisation de la mifépristone et du misoprostol pour interrompre une grossesse jusqu'à 10 semaines de gestation (4). Depuis 2006 et 2014, respectivement, la mifépristone et le misoprostol figurent sur la liste des médicaments essentiels du Nigeria. Cependant, dans le secteur public, ces médicaments ne sont accessibles que sous des conditions strictes (voir encadré 2). Les femmes qui ont besoin de services d'avortement mais ne répondent pas à des critères spécifiques doivent s'adresser au secteur privé (à un coût élevé pour la patiente) ou recourir au secteur informel pour se procurer les médicaments dont elles ont besoin. Pour la majorité des femmes,

les médicaments abortifs sont principalement obtenus auprès de vendeurs de médicaments, qu'il s'agisse de pharmacies privées ou de ce qu'on appelle communément des « vendeurs de médicaments », qui sont les principaux détenteurs de médicaments contenant du misoprostol.

Au Nigeria, les pharmacies des secteurs public et privé sont fortement réglementées ; de ce fait, l'approvisionnement en misoprostol, en particulier dans le secteur public, est limité et nécessite une ordonnance d'un professionnel de santé. Les vendeurs de médicaments, en revanche, sont définis comme « des points de vente de médicaments brevetés et de marque, sans formation formelle en pharmacie, qui vendent au détail des produits pharmaceutiques conventionnels à des fins lucratives ». Les vendeurs de médicaments sont en mesure de fournir un large éventail de services de santé sexuelle et reproductive, notamment la contraception, les soins pendant la grossesse et les soins post-avortement, en plus du traitement et des soins pour les maladies et blessures mineures. Les vendeurs de médicaments jouent un rôle important dans le soutien aux services d'autogestion de la santé sexuelle et reproductive, tels que les services de planification familiale et l'avortement médicamenteux. Tant dans le secteur privé que dans le secteur informel, le prix des médicaments est fixé par les vendeurs et entraîne souvent des frais élevés à la charge de l'utilisatrice. Les vendeurs de médicaments sont en mesure d'obtenir et de vendre des médicaments disponibles sans ordonnance.

Des études ont montré que les femmes préfèrent s'adresser aux vendeurs de médicaments en raison de la disponibilité et de l'accessibilité de ces derniers, et certaines études indiquent que certains vendeurs sont en mesure de fournir des posologies appropriées et des informations sur les effets secondaires des médicaments administrés (5). Cependant, d'autres études sur les expériences des femmes lors de l'obtention de médicaments ont révélé que certains vendeurs ont des connaissances limitées sur les médicaments, notamment en ce qui concerne la posologie et les instructions d'utilisation claires. Dans certains cas, ils vendent des médicaments sans emballage ni notice d'information destinée aux patients (6). Du point de vue de la « qualité des soins », il est nécessaire de mettre en place des réglementations pour encadrer la prestation des services d'avortement afin de garantir la sécurité et l'efficacité des médicaments administrés aux femmes. Ipas estime qu'il est possible de collaborer avec les vendeurs de médicaments pour améliorer la qualité des services fournis aux femmes dans un large éventail de services de santé sexuelle et reproductive, y compris l'avortement, conformément à l'approche de réduction des risques.

« Les femmes choisiront les options qu'elles peuvent se permettre » : implications financières de l'avortement autogéré

Les femmes qui ont besoin de services d'avortement et qui sont éligibles pour en bénéficier dans le secteur public pourront accéder à ces services à un coût faible, voire sans frais pour la patiente. Cependant, le coût des services d'avortement pratiqués en dehors du secteur de la santé est souvent pris en charge par la femme qui y a recours. Le type et la qualité des services d'avortement proposés sont principalement déterminés par : le prestataire ou le fournisseur des services d'avortement (par exemple, les pharmacies, les vendeurs de médicaments locaux) ; le fait que les services soient accessibles au sein ou en dehors des établissements de santé ; et le secteur dans lequel les services sont fournis (c'est-à-dire public ou privé). En général, les services d'avortement sont payés de la poche des patientes et les vendeurs de médicaments sont libres de fixer le prix des médicaments en fonction des marges bénéficiaires de la vente au détail. Dans le contexte économique du Nigeria, où moins de la moitié de la population occupe un emploi rémunéré, l'Ipas a estimé qu'environ 80 % des femmes ne pourraient pas se permettre de recourir à des services d'avortement sûrs, déclarant : « Le coût élevé des médicaments pousse les femmes à recourir à des méthodes dangereuses.

Les femmes trouveront un moyen d'interrompre une grossesse non désirée. Dans la plupart des cas, elles ne se laissent pas dissuader par les politiques et les lois. »

Lorsque les méthodes d'avortement sûres ne sont pas accessibles, le risque que les femmes recourent à des méthodes dangereuses augmente. Un représentant d'Ipas a déclaré : « Dans certains cas, les femmes prendront une “potion”, un mélange de médicaments non réglementés qui sont abordables pour elles. Cette information peut être partagée socialement, par le bouche-à-oreille. La sécurité des femmes est entre les mains des vendeurs de médicaments et des connaissances de ceux qui administrent les médicaments. » Une grande partie du travail de l'Ipas consiste à identifier les points d'accès où les jeunes femmes se procurent des médicaments et à s'assurer qu'il existe des connaissances, une éducation et une orientation vers des soins en cas de complications. Le représentant de l'organisation a déclaré : « [Notre] priorité est la réduction des risques pour les patientes dans le cadre des lois restrictives existantes. Les femmes continuent d'accéder à des médicaments pour avorter. Cela devrait au moins être sans danger. »

« C'est le système de santé qui, en fin de compte, paie le prix des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses » : l'avenir du financement des soins liés à l'avortement

Peu d'études publiées se sont penchées sur le financement des soins liés à l'avortement au Nigeria. La réalité et les implications des restrictions légales en matière d'avortement favorisent le recours à l'avortement dans des conditions dangereuses et les complications qui en découlent, contribuant ainsi à la morbidité et à la mortalité maternelles. Étant donné que les avortements dans le secteur public ne sont financés que sous des conditions strictes, les conséquences économiques de l'avortement dans des conditions dangereuses sont peu prises en compte, le gouvernement devant supporter les coûts liés à la prise en charge des complications post-avortement. Des organisations internationales telles qu'Ipas ont plaidé en faveur d'un meilleur accès à des soins d'avortement complets afin de prévenir les hospitalisations inutiles, voire les décès, à la suite d'avortements à risque. Ipas estime qu'un tournant réglementaire est à venir, le gouvernement commençant peu à peu à reconnaître le fardeau que représentent les complications post-avortement. Ipas a déclaré : « [Nous] travaillons avec les acteurs des secteurs public et privé pour renforcer les systèmes de santé et les structures communautaires afin de stimuler la demande en matière d'avortement sans risque et de contraception. [Nous travaillons également] avec les forces de l'ordre pour former les agents de police sur la stigmatisation liée aux soins d'avortement, afin de réduire les obstacles à l'accès aux services et [d'offrir aux femmes] un soutien social pour accéder à ces services. »

Pour en savoir plus sur Ipas et son travail, cliquez ici : <https://www.ipas.org/where-we-work/africa/nigeria/>

Encadré 1 : Législation sur l'avortement au Nigeria

Au Nigeria, l'avortement est régi par deux lois qui diffèrent selon la région géographique. Le nord du Nigeria est régi par le Code pénal et le sud par le Code criminel. En vertu de ces deux codes, l'avortement est autorisé pour protéger la santé physique et la vie d'une femme – auquel cas, des services d'avortement sécurisé peuvent être fournis dans le respect total de la loi.

Encadré 2 : Extrait de la liste des médicaments essentiels du Nigeria (2020)

16.10 Pour la prise en charge des avortements incomplets et des fausses couches Mifépristone + Misoprostol (à usage restreint)

« Il convient de prêter une attention particulière aux médicaments figurant dans les sections complémentaires (à usage restreint), qui indiquent les médicaments ne devant être prescrits que par des spécialistes après une évaluation approfondie des patientes. »

Références :

- (1) Bell, S.O., et al. (2020). « Inégalités dans l'incidence et la sécurité de l'avortement au Nigeria. » *BMJ Global Health*, 5(1) : e001814. 2Bell, S.O., et al. (2019). « Évaluation de la sécurité de l'avortement à l'aide d'enquêtes communautaires : résultats provenant de trois pays. » *PLoS ONE*, 14(11) : e0223146.
- (2) Bankole A, Adewole IF, Hussain R, Awolude O, Singh S, Akinyemi JO. L'incidence de l'avortement au Nigeria. *Int Perspect Sex Reprod Health*. Décembre 2015 ; 41(4) : 170-81. Doi : 10.1363/4117015. PMID : 26871725 ; PMCID : PMC4970740.
- (3) Byrne, M.E., Omoluabi, E., OlaOlorun, F.M. *et al.* Facteurs déterminants des lieux de recourir à l'avortement préférés et réels par les femmes au *Nigeria*. *Reprod Health* 18, 240 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01290-w>
- (4) Abubeker, F.A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. *et al.* Interruption médicale de grossesse au début du premier trimestre (≤ 63 jours) par l'association de la mifépristone et du misoprostol ou par le misoprostol seul : une revue systématique. *BMC Women's Health* 20, 142 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01003-8>
- (5) Adojutelegan YA, Coughlin AJ, Shellenberg K, *et al*
Connaissances et pratiques des vendeurs de médicaments, et points de vue des clientes après une intervention visant à améliorer la qualité des soins d'avortement sécurisé en dehors des cliniques officielles au Nigeria. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2022;48:e44-e52.
- (6) Stillman M, Owolabi O, Fatusi AO, *et al.* Expériences rapportées par les femmes ayant utilisé du misoprostol obtenu auprès de vendeurs de médicaments : une étude de cohorte prospective dans l'État de Lagos, au Nigeria. *BMJ Open* 2020;10:e034670. Doi: 10.1136/bmjopen-2019-034670

Rapport de cas sur l'auto-injection d'acétate de médroxyprogestérone à effet retard sous-cutané (DMPA-SC) au Sénégal : permettre le choix de la contraception hormonale

Introduction

Alors que le pourcentage de femmes utilisant des contraceptifs modernes au Sénégal n'a cessé d'augmenter au fil des ans, la prévalence contraceptive totale dans le pays reste relativement faible (1). Dans le même temps, le taux de fécondité au Sénégal reste élevé, à 4,5 naissances par femme (2). Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale et de services de contraception chez les femmes en âge de procréer s'expliquent par un manque de connaissances sur les méthodes de planification familiale, des inquiétudes concernant les effets secondaires des contraceptifs, ainsi que par une offre limitée et une qualité médiocre des services de planification familiale (3). Les contraceptifs injectables, notamment l'acétate de médroxyprogestérone à effet retard (DMPA-SC) auto-injectable par voie sous-cutanée, constituent les méthodes contraceptives les plus largement utilisées en Afrique subsaharienne, avec environ 16,5 millions d'utilisatrices dans toute la région (4).

Commercialisé sous le nom de Sayana Press®, le DMPA-SC est un contraceptif injectable à faible dose et facile à utiliser, efficace pour la gestion de la fécondité et la prévention des grossesses non désirées chez les femmes en âge de procréer. Depuis 2001, PATH Sénégal travaille aux côtés du gouvernement national pour accroître le recours aux services de planification familiale en stimulant la demande et en renforçant les systèmes de santé afin de pouvoir fournir des soins efficaces et de qualité aux femmes. PATH a joué un rôle clé dans la mise en place et la mise en œuvre d'interventions en faveur du DMPA-SC, offrant aux femmes un choix supplémentaire de contraception à un coût similaire à celui des autres méthodes de planification familiale. L'Institut HEARD de l'Université du KwaZulu-Natal s'est associé à PATH Sénégal pour comprendre le contexte économique des services de planification familiale au Sénégal, en se concentrant sur l'auto-injection du DMPA-SC et ses coûts pour les individus et le système de santé.

Le parcours de PATH vers le DMPA-SC : du projet pilote à la généralisation

Le DMPA-SC est largement utilisé à travers le monde. Le DMPA-SC diffère du DMPA-IM, développé antérieurement, en ce qu'il est injecté par voie intramusculaire dans le haut du bras ou les fesses, généralement par un professionnel de santé. Les deux contraceptifs injectables contiennent des principes actifs similaires, mais diffèrent légèrement par leur formulation et leur mode d'administration. Le DMPA-SC est disponible sous le nom de Sayana Press®, un produit initialement développé par PATH pour permettre aux femmes de s'auto-injecter (figure 1). Le produit est disponible dans plus de 50 pays à travers le monde, et en auto-injection dans 35 d'entre eux. Un investissement substantiel a été réalisé pour élaborer des politiques, mobiliser des ressources et étendre les programmes de DMPA-SC au Sénégal. Un représentant de PATH a déclaré : « Le coût le plus important de cette initiative a été l'élaboration des lignes directrices [et] le financement d'ateliers de développement de politiques s'étalant sur plusieurs années, l'identification des parties prenantes et [l'amélioration] du paysage politique. » Un autre représentant a ajouté : « [Beaucoup] de travail de plaidoyer, stratégique et technique a été nécessaire pour cela ; [élaborer] un plan d'action national prend beaucoup de temps. »

La phase pilote du DMPA-SC a débuté en 2015, en mettant l'accent sur l'acceptabilité, la facilité d'utilisation et la rentabilité de cette intervention. Des études ont examiné l'acceptabilité du DMPA-SC en tant que méthode auto-injectable et les résultats ont confirmé que les femmes préfèrent les méthodes auto-injectables à celles administrées par des professionnels de santé (5). Dans le cadre de ces mêmes études, les femmes ont indiqué que l'utilisation du DMPA-SC entraînait moins d'effets secondaires tout en présentant une efficacité similaire à celle d'autres méthodes contraceptives. Des études de coûts ont examiné les coûts relatifs de la distribution du DMPA-SC selon différentes stratégies, notamment via les établissements de santé, dans le cadre de stratégies communautaires et en auto-administration. Les résultats montrent que les coûts totaux de l'administration du DMPA-SC étaient les plus bas pour la distribution communautaire, les coûts directs non médicaux étant les plus bas pour les femmes pratiquant l'auto-injection (6). En termes de résultats de santé, les méthodes d'auto-injection du DMPA-SC pourraient prévenir 1 402 grossesses non désirées supplémentaires et éviter 204 années de vie ajustées sur l'incapacité (AVAI) dans une cohorte hypothétique de 100 000 utilisatrices de contraceptifs injectables (7).

Depuis 2017, le DMPA-SC est proposé dans tous les types d'établissements de santé et, depuis 2018, il a été déployé à grande échelle. Un représentant de PATH Sénégal a déclaré que l'extension du DMPA-SC avait été rendue possible grâce à la volonté, à l'implication et à la coopération du ministère de la Santé et d'autres acteurs clés pour développer ces services. « Le gouvernement est impliqué à un niveau élevé », a déclaré le représentant. « Nous [chez PATH] avons mené des consultations et travaillé en étroite collaboration avec les décideurs, la société civile et les professionnels de santé pour comprendre le travail existant en matière d'autogestion de la santé, [en collaboration] avec le ministère de la Santé (MOH), en réunissant tous les [secteurs] afin de tirer parti de ce travail sur l'autogestion de la santé au Sénégal. »

En 2020, PATH a lancé le Groupe des pionniers de l'autogestion, qui a participé à l'élaboration de lignes directrices nationales en matière d'autogestion et a mené des actions de plaidoyer pour l'intégration de l'autogestion dans la politique nationale de santé. PATH est optimiste quant à l'avenir du DMPA-SC au Sénégal. Avec le soutien du MOH, PATH vise à faire passer le taux de prévalence contraceptive de 26 % en 2021 à 46 % en 2025 en améliorant l'accès à une gamme plus large de contraceptifs modernes qui soient efficaces, abordables et accessibles à la population.

Le DMPA-SC, une alternative économique : offrir le choix en matière de méthodes contraceptives

Permettre aux femmes d'accéder à la méthode contraceptive de leur choix est susceptible d'entraîner une amélioration de la prévalence contraceptive au fil du temps (8). Les recherches suggèrent qu'il existe deux moyens d'augmenter le recours aux services de planification familiale dans les contextes où la prévalence contraceptive est faible : premièrement, en élargissant la disponibilité et en améliorant les caractéristiques des méthodes contraceptives actuellement disponibles ; et deuxièmement, en introduisant de nouvelles méthodes qui permettront de mieux répondre aux besoins individuels des femmes ayant besoin de contraceptifs. Des études montrent que le fait de proposer une méthode contraceptive supplémentaire à au moins la moitié de la population est corrélé à une augmentation de 4 à 8 % de la prévalence contraceptive (9). Toutefois, cela dépend également de facteurs tels que l'accessibilité et les coûts pour l'utilisatrice. Du point de vue des coûts, les différences de prix entre

contraceptifs sont réglementées au niveau national, et la quote-part pour la plupart des méthodes contraceptives est fixée à environ 300 CFA pour l'utilisatrice. Selon les membres de PATH : « Lors de leur premier contact avec le système de santé, les femmes peuvent choisir une méthode sans être influencées par le prix. Nous pensons que la plupart des méthodes sont abordables pour les femmes qui ont besoin de contraceptifs. »

Veiller à ce que les femmes choisissent une méthode qu'elles jugent adaptée à leurs besoins sans que le coût n'intervienne dans leur décision est susceptible d'accroître le recours aux services de planification familiale. Cependant, bien que le DMPA-SC soit proposé comme un choix supplémentaire de méthode de planification familiale, il existe encore un certain nombre d'obstacles qui limitent le recours aux méthodes auto-injectables. Un représentant de PATH a déclaré : « Bien que le DMPA-SC coûte le même prix que d'autres méthodes contraceptives comme la pilule, soit moins d'un dollar [américain]... pour une raison quelconque, les femmes ne choisissent pas cette option. » Le représentant a poursuivi : « Le coût [des contraceptifs] pour l'utilisatrice n'est pas un problème. Tout coûte le même prix. C'est le choix de la méthode qui diffère. » Parmi les obstacles qui influencent la décision d'opter pour le DMPA-SC, on peut citer un manque général d'informations sur l'auto-injection, des inquiétudes concernant les effets secondaires négatifs, la stigmatisation liée à l'utilisation de la contraception et un manque de confiance dans les services de planification familiale.

PATH a également constaté que la demande en DMPA-SC est relativement faible, probablement en raison d'une méconnaissance de ce type de méthode contraceptive. « Notre stratégie consiste à créer une demande pour l'auto-injection dans les établissements de santé, mais il existe un problème complexe lié à la qualité des services, aux coûts d'opportunité et à la [disposition à payer pour] le DMPA-SC », a déclaré un représentant de PATH. PATH a continué à se concentrer sur la promotion du DMPA-SC dans une perspective à long terme, en aidant le ministère de la Santé à générer une demande pour ces services et à mieux comprendre les choix en matière de planification familiale ainsi que les obstacles à l'accès à ces services.

L'avenir du DMPA-SC : la voie à suivre

Des investissements substantiels ont été réalisés pour déployer et étendre le DMPA-SC au Sénégal. Cependant, malgré quelques succès majeurs, des défis majeurs subsistent. Au Sénégal, les services de planification familiale sont principalement financés par des bailleurs de fonds externes, le gouvernement national jouant un rôle de premier plan dans la mise en place de la chaîne d'approvisionnement, la distribution des produits et la formation du personnel de santé à l'utilisation et à l'administration du DMPA-SC. L'un des principaux obstacles à l'accès des femmes au DMPA-SC est que l'injection n'est disponible que dans les établissements de santé et, comme le montrent les études de coûts, qu'elle représente le coût le plus élevé par injection distribuée (10).

PATH travaille avec le ministère de la Santé sur un plan stratégique visant à accroître l'adoption du DMPA-SC par le biais de canaux de distribution communautaires, avec des options pour améliorer l'accès au DMPA-SC via les pharmacies agréées et d'autres points de vente communautaires. « Notre travail se concentre actuellement sur un plan stratégique visant à créer une demande au sein et en dehors des établissements de santé pour l'auto-injection », a déclaré un représentant de PATH. « Il existe des options pour collaborer avec le ministère de l'Éducation et les réseaux nationaux de pharmacies qui s'intéressent de diverses manières aux soins auto-administrés. » Le plaidoyer en faveur de l'auto-injection reste une priorité stratégique. Mettre l'accent sur le partage des données probantes pour éclairer les

changements de politique

, la mise en relation avec les principaux acteurs et l'implication de la société civile dans les choix en matière de planification familiale constituent des moyens importants pour relever les défis liés à l'utilisation des services. L'un des objectifs politiques est de renforcer les modèles de distribution communautaire des soins afin d'améliorer l'accès et l'utilisation du DMPA-SC et de progresser vers les objectifs nationaux en matière de planification familiale.

Références :

- (1) Sidibe AM, Kadetz PI, Hesketh T. Facteurs influençant le recours à la planification familiale au Mali et au Sénégal. *Int J Environ Res Public Health*. 19 juin 2020 ; 17(12) : 4399. doi : 10.3390/ijerph17124399. PMID : 32575364 ; PMCID : PMC7345501.
- (2) Banque mondiale, Indicateurs du développement mondial (2020).
- (3) Teshale AB. Facteurs associés aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Afrique subsaharienne : une analyse de régression logistique multinomiale à plusieurs niveaux. *PLoS One*. 10 février 2022 ; 17(2) : e0263885. doi : 10.1371/journal.pone.0263885. PMID : 35143584 ; PMCID : PMC8830726.
- (4) Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. *Tendances en matière de utilisation dans le dans le monde 2015*. New Nations ; 2015. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>
- (5) Wood SN, Magalona S, Zimmerman LA, OlaOlorun F, Omoluabi E, Akilimali P, Guiella G, Gichangi P, Anglewicz P. Contraceptifs auto-injectables : cet investissement reflète-t-il les préférences des femmes ? *BMJ Glob Health*. Juillet 2022 ; 7(7) : e008862. doi : 10.1136/bmjgh-2022-008862. PMID : 35835480 ; PMCID : PMC9289037.
- (6) Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Namagembe A, Ba A, Belemsaga-Yugbare D, Morozoff C, Brouwer E, Ndour M, Drake JK. Coûts de l'administration de contraceptifs injectables par des professionnels de santé et de l'auto-injection : données provenant du Burkina Faso, de l'Ouganda et du Sénégal. *Contraception*. Novembre 2018 ; 98(5) : 389-395. doi : 10.1016/j.contraception.2018.05.018. Publication électronique du 30 mai 2018. PMID : 29859148 ; PMCID : PMC6197836.
- (7) Mvundura M, Di Giorgio L, Morozoff C, Cover J, Ndour M, Drake JK. Rapport coût-efficacité du DMPA-SC auto-injecté par rapport au DMPA-IM injecté par un professionnel de santé au Sénégal. *Contracept X*. 2019 ; 1 : 100012. doi : 10.1016/j.conx.2019.100012. PMID : 32494776 ; PMCID : PMC7252428.
- (8) Ayorinde, A.A., Boardman, F., McGranahan, M. *et al.* Permettre aux femmes d'accéder aux méthodes contraceptives de leur choix : revue rapide et analyse comportementale. *BMC Public Health* **21**, 2176 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12212-7>

(9) Ross J, Stover J. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes augmente lorsque davantage de méthodes sont disponibles : analyse des données de 1982 à 2009. Glob Health Sci Pract. 26 juillet 2013 ; 1(2) : 203-12. doi : 10.9745/GHSP-D-13-00010. PMID : 25276533 ; PMCID : PMC4168565.

(10) Di Giorgio L, Mvundura M, Tumusiime J, Namagembe A, Ba A, Belemsaga-Yugbare D, et al. Coûts de l'administration de contraceptifs injectables par des agents de santé et par auto-injection : données provenant du Burkina Faso, de l'Ouganda et du Sénégal. Contraception. 2018 ; 98(5) : 389-95.

Figure 1 :

