

Que savons-nous vraiment de l'effet des prix sur la pratique contraceptive?

Par Barbara Janowitz et John H. Ross

La demande croissante de services de contraception dans les pays en voie de développement continue de faire monter le coût total de ces services. Le Fonds des Nations Unies pour la population projetait voici peu les coûts du planning familial et de la santé génésique à 17 milliards de dollars américains en l'an 2000.¹ Face aux cohortes de plus en plus larges qui arrivent à l'âge de la procréation, l'origine des fonds nécessaires à la satisfaction de la demande de services semble peu claire.

Le financement des programmes de planning familial actuels provient, pour la plupart, de trois grandes sources: les ressources publiques, les contributions des organismes donateurs et le prix payé par le client. Malgré l'augmentation vraisemblable, à court terme, du financement des programmes de planning familial par les gouvernements, la plupart des subventions consenties le seront aux programmes dirigés par les ministères de la santé. Les dons aux programmes de planning familial semblent diminuer en termes réels; dans certains pays, l'Agence américaine pour le développement international a entrepris le processus d'élimination de ses contributions.² Il se peut dès lors que les organisations non gouvernementales, qui dépendent souvent largement des fonds d'organismes donateurs, n'aient d'autre choix que d'augmenter le prix de leurs services de planning familial et autres. Même les programmes publics se trouveront peut-être obligés de faire payer leurs services ou d'en augmenter le prix à l'utilisateur pour compenser les déficits nés de la stagnation

des revenus fiscaux et de la concurrence des organismes d'Etat avides des maigres ressources publiques disponibles.

La question de l'augmentation des prix au client est cependant sujette à controverse. L'analyse de la littérature réalisée par Lewis sur les effets du prix des services de contraception révèle que la demande est parfois sensible aux variations de prix.³ Les services payants peuvent s'avérer moins accessibles, surtout parmi les femmes pauvres, et il peut en résulter un certain déclin de la prévalence contraceptive. Beaucoup de programmes mesurent en outre leur succès en fonction du nombre de clientes servies, de sorte qu'un déclin de la demande résultant d'une augmentation des prix serait inacceptable.

Avant d'instaurer des services de planning familial payants ou d'en augmenter le prix, les responsables des programmes doivent connaître l'effet qu'un changement de prix aurait vraisemblablement sur la demande. Plusieurs études récentes ont été publiées depuis l'analyse de Lewis. Leurs auteurs ont généralement eu recours aux modèles économétriques pour l'analyse de données transversales, ou ont tenté de mener des études expérimentales ou quasi-expérimentales fondées sur l'observation, au fil du temps, des réponses de la demande aux fluctuations des prix.

L'approche modélisée

Trois études ont appliqué les techniques de modélisation économétrique pour essayer de démontrer l'influence exercée sur le choix d'une méthode contraceptive par une série de variables, dont le prix de la méthode, les caractéristiques socio-économiques des utilisatrices et les interactions de ces variables avec d'autres.⁴ Des données transversales ont été utilisées dans les modèles; elles sont issues, principalement, d'enquêtes à grande échelle telles que les Enquêtes démographiques et de santé (EDS).

Une conclusion générale à ces études indique un faible lien entre la demande de contraception et la variation des prix. Dans deux analyses menées en Thaïlande selon deux méthodologies différentes, Akin et Schwartz⁵ et Ashakul⁶ ont observé, pour la plupart des méthodes contraceptives, une demande inélastique. Dans son modèle économétrique, Jensen a observé, en Indonésie, une élasticité généralement faible de la demande, sauf pour les contraceptifs injectables.⁷ L'élasticité de la demande n'est cependant pas constante. Ainsi, Jensen a noté une élasticité supérieure aux prix plus élevés du secteur privé qu'à ceux du secteur public. Jensen a par ailleurs observé l'incidence plus grande de certaines variations de prix sur les individus plus pauvres. Cette observation n'est guère surprenante, toute augmentation de prix produisant un effet relatif plus important sur l'aptitude des pauvres à acheter des biens et services.

Un problème essentiel de la modélisation tient à l'absence de consensus quant à la possibilité ou non de prédire l'incidence réelle de la variation des prix à partir des résultats obtenus dans les modèles. Faisant référence à la littérature publiée sur la question de la santé, Creese prétend que «le désaccord professionnel quant à la manière appropriée de modéliser la demande révèle la jeunesse relative de cette approche analytique dans le contexte spécial de la prévision des comportements dans le domaine de la santé».⁸ La même critique pourrait être appliquée au planning familial, concernant laquelle moins d'études encore ont à ce jour été menées sur la question de la demande. Griffin, dans son examen de la littérature relative à la tarification des services de santé, met en garde contre le fait que la modélisation, en se fondant sur des données transversales, n'est pas apte à reproduire les changements de comportement du consommateur: «Avec le temps, le consommateur adapte sa consommation

Barbara Janowitz est directrice et John H. Bratt, responsable à la recherche de la Service Delivery Research Division, Family Health International (FHI), Research Triangle Park, NC, USA. Cet article se base, en partie, sur un rapport de B. Janowitz et de B. Gould, «Options for Financing Family Planning», financé par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et publié dans Report on Family Planning Program Sustainability, UNFPA Technical Report n° 26, New York, Mai 1985. L'article a également bénéficié de l'assistance financière de FHI.

aux nouveaux prix, et les prix plus élevés du secteur public provoquent une réponse d'offre de la part des prestataires de services privés».⁹

Mise à part cette considération d'ordre général, les problèmes méthodologiques spécifiques des trois études soulèvent certaines questions quant à l'applicabilité de leurs conclusions. Par exemple, les trois modèles requièrent des données, non seulement sur le prix de la méthode contraceptive pratiquée, mais aussi sur les prix des méthodes non utilisées. Ces informations ont été obtenues par la demande aux participantes de leur opinion sur le prix qu'elles payeraient pour les méthodes qu'elles n'utilisaient pas, ou par le calcul des prix moyens de sous-échantillons étroitement définis.¹⁰ Il n'est cependant pas nécessairement raisonnable d'attendre des utilisatrices d'une méthode contraceptive particulière une information précise sur le prix courant d'autres méthodes. Ainsi, les femmes plus jeunes qui ont recours au planning familial pour différer leur prochaine grossesse ne savent probablement rien du prix des méthodes permanentes telles que la stérilisation féminine ou la vasectomie, pas plus peut-être que de celui des méthodes plus durables telles que le stérilet ou l'implant. De même, beaucoup de femmes qui pratiquent une méthode à long terme la pratiquent depuis plusieurs années et ne sont par conséquent pas nécessairement bien informées des prix actuels des méthodes réversibles telles que la pilule et le préservatif.

La conversion des prix réels payés par les utilisateurs en prix par couple-mois ou couple-année de protection pose un deuxième problème de méthodologie. Pour la pilule, le prix par couple-mois de protection est identique au prix de réapprovisionnement payé chaque mois. Dans le cas des méthodes à long terme telles que la stérilisation, toutefois, l'utilisateur acquitte le prix de la période totale de protection au moment de l'acceptation. Ainsi, bien que le coût par couple-mois de protection puisse sembler très faible, la dépense initiale est élevée. La conversion des prix réels en prix mensuels rend en fait la différence obscure entre le coût immédiat à l'utilisateur de la stérilisation ou de la pilule. La distorsion des estimations d'élasticité produites par le modèle est par conséquent vraisemblable.

L'approche expérimentale

Les études de la catégorie «expérimentale» ont pour caractéristique commune le fait qu'elles essaient de mesurer les réponses de la demande aux fluctuations réelles des

prix. Les méthodologies utilisées varient des schémas de recherche d'opérations formelles avec groupes expérimentaux et groupes de contrôle aux plans pré-test/post-test moins rigoureux et à la simple observation de la réponse de la demande dans le cadre d'une étude menée à d'autres fins.¹¹

Les résultats de ces études semblent indiquer que la demande de services de planning familial est bel et bien sensible aux fluctuations des prix. León et Cuesta ont utilisé un plan d'étude à groupes de contrôle non équivalents pour évaluer l'effet de hausses de prix variées dans les cliniques d'une organisation non gouvernementale équatorienne.¹² Au cours des trois mois postérieurs à l'augmentation des prix, un plus grand déclin de fréquentation a été documenté dans les cliniques qui avaient augmenté leur prix de 48% à 61% que dans celles où la hausse avait été de 7% à 16%. La fréquentation des cliniques qui n'avaient pas changé leurs prix avait également baissé, mais dans une moindre mesure. Des observations similaires ont été rapportées dans le cadre d'une étude menée en Colombie sous le programme PROFAMILIA, par comparaison des fluctuations de la demande d'implants sous trois modèles de tarification différents.¹³ Les cliniques dans lesquelles le prix des implants avait diminué le plus avaient enregistré les plus fortes hausses de demande de la méthode.

Dans une autre étude, menée en Equateur, une organisation non gouvernementale avait augmenté de 20% les prix de tous ses services, et la réponse de la demande avait été analysée dans un échantillon pratique de huit cliniques.¹⁴ Le nombre de clientes prêtes à accepter le stérilet avait diminué durant la période qui avait immédiatement suivi la hausse des prix, mais une même baisse s'était produite l'année précédente. La baisse pourrait dès lors être le reflet de tendances saisonnières et pas nécessairement de la hausse des prix.

Enfin, dans une étude sur l'incidence d'un financement réduit des services de stérilisation dans des cliniques de planning familial privées du Brésil, du Mexique et de République dominicaine, les analystes ont observé une baisse significative de la demande dans 14 des 17 cliniques qui avaient augmenté leurs prix.¹⁵

Bien que les observations de ces quatre études paraissent raisonnablement cohérentes, certaines lacunes méthodologiques laissent douter de la validité de leurs conclusions. Dans le cas de la quasi-expérience de León et Cuesta, la décision du pourcentage d'augmentation des prix avait été

laissée au directeur de chaque clinique. Il n'est par conséquent pas possible de déterminer si les changements observés au niveau de la demande étaient dus aux changements de prix ou aux caractéristiques propres des cliniques.¹⁶ Dans l'étude du programme PROFAMILIA, il se peut que les directeurs des cliniques n'aient pas été tous d'accord sur la force avec laquelle promouvoir la méthode de l'implant. En présence de stratégies de promotion différentes d'une clinique à l'autre, les changements de la demande pourraient bien avoir été liés aux différences d'efforts de marketing tout autant qu'aux différences de prix.

La question du remplacement des méthodes et des sources constitue un deuxième aspect peu considéré dans ces études. Les adversaires de l'augmentation des prix arguent souvent que la hausse des prix mènera à une baisse de la prévalence contraceptive, surtout parmi les femmes pauvres. Lorsqu'un prestataire de services de planning familial augmente ses prix, ses clientes ont cependant trois grandes options: payer les prix plus élevés, arrêter de pratiquer la contraception ou adopter une méthode moins chère ou changer de prestataire de services. Ainsi, même si l'augmentation des prix d'une clinique peut donner lieu à une sérieuse baisse du nombre de clientes qui fréquentent cette clinique particulière, l'incidence globale sur le recours au planning familial peut être négligeable si les clientes choisissent d'autres méthodes ou qu'elles changent de prestataire de services.

Aucune des quatre études considérées dans cette catégorie ne tente de mesurer les variations de la demande parmi des autres prestataires, bien que certaines reconnaissent l'absorption potentielle d'une partie de la demande par d'autres prestataires. Par exemple, l'étude de Haws conclut que «la disponibilité d'autres services proches peut avoir une certaine incidence sur l'élasticité de la demande aux prix...».¹⁷ L'étude d'Ojeda tente de déterminer l'effet de la hausse des prix sur la pratique des autres méthodes proposées par PROFAMILIA, sans toutefois considérer l'effet de la baisse des prix de l'implant sur le recours aux autres ressources.¹⁸ D'autres travaux réalisés au sujet de l'implant indiquent toutefois que la distribution accrue de la méthode amène les femmes à changer de prestataire pour l'obtenir.¹⁹

Deux études se sont penchées sur la question de savoir si l'augmentation des prix d'une méthode ou d'une source particulière affectait l'emploi contraceptif global. Ciszewski et Harvey ont examiné l'effet de la hausse des prix des présér-

vatifs et de la pilule vendus par l'entreprise de marketing social du Bangladesh.²⁰ Les ventes de préservatifs avaient baissé de 46% durant les 12 mois qui avaient suivi une augmentation des prix d'une moyenne de 60% en avril 1990. L'incidence de la hausse avait été moins radicale sur les ventes de pilules. Dans leur conclusion, les auteurs indiquent que l'augmentation des prix avait produit un effet négatif non seulement sur les ventes de préservatifs et de pilules par l'entreprise de marketing social, mais sur la distribution totale de ces deux méthodes au Bangladesh.

Les données d'enquêtes menées en 1989 et en 1991 sur la prévalence contraceptive viennent contredire cette conclusion de déclin de la pratique contraceptive globale.* Durant cette période, le recours à la pilule est en effet passé de 9,1% à 13,9% des femmes en union, et l'utilisation du préservatif, de 1,9% à 2,5%.²¹

Une raison importante de ce recours accru à la pilule et au préservatif tient au fait que le gouvernement du Bangladesh avait nettement augmenté ses effectifs chargés de la distribution de ces méthodes sur le terrain, offrant dès lors une solution de remplacement viable à la distribution en pharmacie.²² La part des méthodes par réapprovisionnement fournies par les pharmacies est passée de 44% en 1989 à 26% en 1991.²³ Ainsi, si moins de pilules ou de préservatifs avaient été achetés en pharmacie, la différence avait apparemment été plus que compensée par l'approvisionnement accru dans le cadre du programme gouvernemental et auprès d'autres sources.

Dans la deuxième étude d'incidence sur l'ensemble du marché, Harvey a utilisé les données de 24 pays pour démontrer une corrélation négative entre le prix du préservatif et le volume des ventes des programmes de marketing social.²⁴ Selon ses recommandations, les prix devraient être fixés suffisamment bas pour que l'équivalent de 1% tout au plus du produit national brut par habitant suffise à l'achat de 100 préservatifs. Bien que reconnaissant que les préservatifs vendus par les programmes de marketing social s'in-

scrivent dans le cadre d'un marché plus vaste comprenant le préservatif et d'autres méthodes, Harvey n'a pas abordé l'analyse des tendances substitutives. Etant donné, toutefois, l'existence de bons préservatifs suppléants du préservatif du marketing social, la hausse des prix pourrait bien réduire les ventes des programmes de marketing social, mais pas nécessairement la distribution globale du préservatif et des autres méthodes. Une analyse plus approfondie, pays par pays, serait nécessaire à la détermination de l'effet du prix du préservatif, dans le cadre des programmes de marketing social, sur la pratique contraceptive.

Conclusions

En résumé, chacune des études passées en revue présente des lacunes méthodologiques qui en limitent la validité des conclusions. Ainsi, comme nous ne connaissons pas vraiment l'effet du prix sur la pratique contraceptive, l'effet potentiel d'une tarification des services à l'utilisateur sur l'extension des ressources de planning familial dans les programmes privés et d'Etat demeure indéterminé.

La seule solution serait de mener des études expérimentales bien conçues pour déterminer les tendances de substitution de méthode et de source sous l'effet de la variation des prix. L'expérience idéale 1) affecterait aléatoirement les points de fourniture de services du programme à l'étude à un groupe expérimental qui augmenterait ses prix ou à un groupe de contrôle qui les garderait constants; 2) recueillerait les informations relatives à la distribution de toutes les méthodes; et 3) recueillerait des informations sur la distribution des différentes méthodes sous les autres programmes.

Les résultats d'études fondées sur ce schéma pourraient servir de base d'action aux gouvernements, aux organismes non gouvernementaux et aux organismes donateurs dans leurs efforts en vue d'assurer le financement adéquat de leurs services de planning familial dans le futur. Face à l'imminence vraisemblable de la décision d'augmenter les prix et de combien, il conviendrait d'accorder la priorité à ce type de recherche.

Références

1. Fonds des Nations Unies pour la population, *Report of the International Conference on Population and Development*, A/CONF.171/13, New York, 18 octobre 1994.
2. —, *Global Population Assistance Report 1982-1991*, New York, 1993.
3. M. A. Lewis, «Do Contraceptive Prices Affect Demand?» *Studies in Family Planning*, 17:126-135, 1986.

4. J. S. Akin et J. B. Schwartz, «The Effect of Economic Factors on Contraceptive Choice in Jamaica and Thailand: A Comparison of Mixed Multinomial Logit Results», *Economic Development and Cultural Change*, 36:503-527, 1988;
5. T. Ashakul, «Determinants of Contraceptive Method Choice for Women in Municipal and Non-Municipal Areas of Thailand», Thailand Development Research Institute, Bangkok, 1990; et E. R. Jensen et al., «Contraceptive Pricing and Prevalence: Family Planning Self-Sufficiency in Indonesia», présenté au congrès de la Population Association of America, Cincinnati, OH, USA, 1-3 avril 1993.
6. J. S. Akin et J. B. Schwartz, 1988, op. cit. (voir référence 4).
7. T. Ashakul, 1990, op. cit. (voir référence 4).
8. E. R. Jensen et al., 1993, op. cit. (voir référence 4).
9. A. L. Creese, «User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience», *Health Policy and Planning*, 6:309-319, 1991.
10. C. C. Griffin, «User Charges for Health Care in Principle and Practice», Economic Development Institute Seminar Paper n° 37, Banque mondiale, Washington, DC, 1988.
11. J. S. Akin et J. B. Schwartz, 1988, op. cit. (voir référence 4); et E. R. Jensen et al., 1993, op. cit. (voir référence 4).
12. F. R. León et A. Cuesta, «The Need for Quasi-Experimental Methodology to Evaluate Pricing Effects», *Studies in Family Planning*, 24:375-381, 1993; G. Ojeda et al., «Effects of a Credit System and Price Reductions on Norplant Demand and Revenues», présenté au congrès de l'American Public Health Association, San Francisco, CA, USA, 24-28 octobre 1993; J. H. Bratt et al., «Impacts of a Price Increase in Eight Ecuadorean Family Planning Clinics», rapport final, Family Health International et CEMOPLAF, Research Triangle Park, NC, USA, 1992; et J. Haws et al., «Impact of Sustainability Policies on Sterilization Services in Latin America», *Studies in Family Planning*, 23:85-96, 1992.
13. F. R. León et A. Cuesta, 1993, op. cit. (voir référence 11).
14. G. Ojeda et al., 1993, op. cit. (voir référence 11).
15. J. H. Bratt et al., 1992, op. cit. (voir référence 11).
16. J. Haws et al., 1992, op. cit. (voir référence 11).
17. F. R. León et A. Cuesta, 1993, op. cit. (voir référence 11).
18. J. Haws et al., 1992, op. cit. (voir référence 11).
19. G. Ojeda et al., 1993, op. cit. (voir référence 11).
20. B. Janowitz et al., «Introducing the Contraceptive Implant in Thailand: Impact on Method Use and Costs», *International Family Planning Perspectives*, 20:131-136, 1994.
21. R. L. Ciszewski et P. D. Harvey, «Contraceptive Price Changes: The Impact on Sales in Bangladesh», *International Family Planning Perspectives*, 21:150-154, 1995.
22. S. N. Mitra, C. Lerman et S. Islam, *Bangladesh Contraceptive Prevalence Survey*, rapport final, Mitra and Associates, Dhaka, Bangladesh, 1993.
23. S. Hussain et al., «Recruiting Appropriate Female Field Workers: Experiences from a National Recruitment Process in Bangladesh», Working Paper n° 59, MCH-FP Extension Project, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, Dhaka, 1991.
24. S. N. Mitra, C. Lerman et S. Islam, 1993, op. cit. (voir référence 21).
25. P. D. Harvey, «The Impact of Condom Prices on Sales in Social Marketing Programs», *Studies in Family Planning*, 25:52-58, 1994.

*Les analystes soulignent depuis longtemps la divergence entre les chiffres relatifs à la distribution et ceux relatifs à l'utilisation du préservatif (voir, par exemple, G. Ahmed, W. P. Schellstede et N. E. Williamson, «Under-reporting of Contraceptive Use in Bangladesh», *International Family Planning Perspectives*, 13:136-140, 1987). Les deux séries de données relatives à la période de 1989 à 1991 semblent particulièrement éloignées, les chiffres de prévalence indiquant une hausse du recours au préservatif, alors que les chiffres de distribution cités par Ciszewski et Harvey indiquent un déclin (voir la référence 20).