

Évaluation du coût des services de santé sexuelle et reproductive supportés par les clientes et leurs ménages au Burkina Faso

Danielle YUGBARE BELEMSAGA^{1*},
Kadari CISSÉ¹, Relwendé NACANABO¹,
Siaka LOUGUÉ¹, Franck Fontaine TIWA¹,
Dominique BAMOUNI BADO²,
Rosemonde GUISSOU¹, Rachidatou COMPAORE¹,
Henri Gautier OUÉDRAOGO¹, Sèni KOUANDA^{1,2}

Résumé

Introduction : La santé sexuelle et reproductive (SSR) demeure un déterminant majeur du bien-être des femmes au Burkina Faso où la Planification familiale (PF) est gratuite depuis 2020. Cet article a pour objectif d'estimer les coûts des services de PF, de soins après avortement (SAA) et d'interruption sécurisée de la grossesse (ISG) autorisée par la loi, supportés par les clientes et leurs ménages.

Méthodologie : Une étude transversale comportant un groupe de comparaison a été menée auprès des clientes des services de PF, de SAA et d'ISG autorisée par la loi en décembre 2022 dans 278 formations sanitaires (FS), dont 205 sites d'intervention et 73 sites de contrôle.

Les coûts médians directs médicaux, directs non médicaux et indirects ont été estimés en francs CFA.

Résultats : Au total, 1 084 clientes ont été incluses, réparties entre 895 en PF, 112 en SAA et 77 en ISG. Pour la PF, le coût total médian était de 530 FCFA (\$0,85) dans les FS d'intervention et de 417 FCFA (\$0,67) dans les FS de contrôle, avec des coûts d'opportunité médians de 207 FCFA (\$0,33) et 216 FCFA (\$0,35) respectivement. Pour les SAA, le coût total médian était de 6 593 FCFA (\$10,47) dans les FS d'intervention. Pour l'ISG autorisée par la loi, le coût total médian était de 9 710 FCFA (\$15,56).

Conclusion : Malgré la gratuité, des paiements directs persistent, en particulier pour les intrants, le transport et certains actes. Le renforcement du financement et de la

¹ Département biomédical et santé publique, Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS), CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

² Institut Africain de santé publique (IASP), Ouagadougou, Burkina Faso

* **Auteur correspondant** Yugbaré Belemsaga Danielle, Téléphone +226 70138604, belemsagadanielle@yahoo.fr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2883-2522>

DOI : <https://doi.org/10.64707/revstss.v49i1.2013>

protection financière demeure nécessaire pour réduire la charge supportée par les clientes et les ménages.

Mots clés : Santé sexuelle et reproductive, Coût des services de santé, ménages, Paiements directs, Burkina Faso

Assessing the cost of sexual and reproductive health services supported by women and their households in Burkina Faso

Abstract

Introduction: Sexual and reproductive health (SRH) remains a major determinant of women's well-being in Burkina Faso, where family planning (FP) has been free since 2020. This article aims to estimate the household costs associated with FP, post-abortion care (PAC), and legal safe abortion care (SAC).

Methods: A cross-sectional study with a comparison group was conducted among clients of FP, PAC, and legal SAC services in December 2022 across 278 health facilities (HFs), including 205 intervention and 73 control. The median direct medical, direct non-medical, and indirect costs were estimated in CFA francs.

Results: A total of 1,084 clients were included, divided among 895 in the FP group, 112 in the PAC group, and 77 in the legal SAC group. For FP, the median total cost was 530 CFA francs (\$0.85) in the intervention health facilities and 417 CFA francs (\$0.67) in the control health facilities, with median opportunity costs of 207 CFA francs (\$0.33) and 216 CFA francs (\$0.35), respectively. For PAC, the median total cost was 6,593 CFA francs (\$10.47) in the intervention facilities. For legal SAC, the median total cost was 9,710 CFA francs (\$15.56).

Conclusion: Despite free care, out-of-pocket payments persist, particularly for commodities, transport, and certain procedures. Strengthening financing and financial protection remains essential to reduce the burden on households.

Keywords: Sexual and reproductive health, Health care costs, households, out-of-pocket payments, Burkina Faso.

Introduction

La santé sexuelle et reproductive (SSR) demeure un déterminant majeur du bien-être des femmes, des familles et des communautés au Burkina Faso. Malgré des politiques récentes visant à réduire les barrières, notamment la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans instaurée en 2016 et la gratuité des services de planification familiale (PF), en 2020 dans le secteur public, de nombreux ménages continuent d'assurer des coûts directs et indirects pour accéder aux services de PF, de Soins Après-avortement (SAA) et d'Interruption Sécurisée de la grossesse (ISG) autorisée par la loi (1, 2). Ces charges peuvent atteindre un seuil de plus de 25 % du total des

dépenses et des revenus des ménages et générer des dépenses catastrophiques, en particulier pour les ménages les plus vulnérables.

La littérature montre que les coûts liés aux soins de SR : les coûts directs médicaux (médicaments, fournitures, frais d'acte, examens biologiques) les couts directs non médicaux (transport) et les coûts indirects (perte de revenus) constituent une part importante du fardeau financier des ménages en Afrique subsaharienne, avec des conséquences documentées sur l'accès, la continuité des soins et la santé maternelle. Des études menées au Burkina Faso par Ilboudo et al. en 2015, ont montré que le traitement des complications d'avortement représente un coût élevé pour les femmes et leurs foyers, entraînant souvent des prêts ou la vente d'actifs pour couvrir les frais (1). De plus, des évaluations locales et régionales indiquent que les coûts directs et indirects varient fortement selon le type d'établissement (public/privé), le milieu (urbain/rural), reflétant des inégalités d'accès persistantes (1).

Les réformes sur les coûts des accouchements institutionnels et des césariennes ont amélioré l'accès à ces services pour les femmes, particulièrement en zones rurales et de milieux socio-économiques défavorisés (2). Mc Kinnon dans son étude a néanmoins trouvé que les femmes les plus éduquées ont plus accès aux services de gratuité des accouchements au Ghana, au Sénégal et en Sierra Leone (3). Tiendrebeogo et al. ont montré que l'abolition des frais d'utilisation des services de contraception contribuerait à une amélioration de l'accès aux services et à une réduction des besoins non satisfaits en planification familiale (4).

Le Burkina Faso a mis en place la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes (sur la période de grossesse, l'accouchement et les suites de couches) et les enfants de moins de cinq ans en 2016 (7). Cette gratuité des services inclut les SAA et les ISG autorisées par la loi. En 2020, l'Etat burkinabè a déclaré la gratuité des services de planification familiale (8). Dans ce contexte de gratuité des services de santé sexuelle et reproductive, l'analyse des coûts supportés par les clientes et les ménages pour la PF, les SAA et les ISG autorisées par la loi est essentielle pour (i) quantifier le poids financier réel des services de SSR, (ii) évaluer l'efficacité des mesures de gratuité et des politiques de financement, et (iii) orienter les choix de financement et d'organisation des services (2–4). L'objectif de cet article est d'évaluer les coûts directs et indirects supportés par les clientes et les ménages, y

compris les coûts d'opportunité, pour l'accès aux services de SSR, notamment la PF, les SAA et les ISG autorisées par la loi.

I. Méthodologie

1.1. Cadre d'étude

Cette étude a été conduite au Burkina Faso, pays à revenus faibles de l'Afrique de l'Ouest, de 20 487 979 habitants, majoritairement jeunes (moins de 15 ans : 45,3% ; jeunes de 15-34 ans : 32,6%), féminin (51,7%) et rural (73,7%) (5).

Le système de santé pyramidal est organisé en trois niveaux : le niveau tertiaire comprend les hôpitaux universitaires nationaux ; le niveau secondaire les hôpitaux régionaux ; et le niveau primaire deux sous-niveaux. Le premier comprend les centres de santé et le second les hôpitaux de district. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires, les soins de santé sont dispensés par 3 121 formations sanitaires en activité dans 70 districts sanitaires et 13 régions sanitaires(6).

Selon l'enquête démographique et de santé de 2021, le ratio de mortalité maternelle était de 198 pour 100 000 naissances vivantes, et la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 32% (7).

1.2. Type d'étude

Une analyse de données secondaires a été conduite dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du Programme de santé sexuelle et reproductive au Burkina Faso. La source de données primaire est une étude transversale avec groupe de comparaison, qui s'est déroulée en décembre 2022 suivie d'une collecte complémentaire entre juin et août 2023, sur les ISG autorisées par la loi. L'approche a permis d'évaluer les effets de l'intervention et de comparer les coûts supportés par les clientes des formations sanitaires d'intervention à ceux des clientes des formations sanitaires de contrôle, non bénéficiaires des interventions du PSSR. La comparaison intervention/contrôle est particulièrement pertinente et robuste pour l'évaluation des coûts des ménages. En effet, elle permet d'isoler les effets d'un programme des facteurs externes.

Description de l'intervention

L'étude s'inscrit dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du PSSR, mis en œuvre au Burkina Faso depuis 2020 par le Ministère de la Santé en vue d'améliorer la santé sexuelle et reproductive (SSR) dont les

services de PF, par le renforcement du système de santé. Les stratégies du PSSR ont consisté en la formation des prestataires de soins, l'équipement, les réhabilitations et la construction de formations sanitaires ainsi que le renforcement de l'offre d'accès aux services de soins et aux services de santé de la reproduction (SR).

La première phase du PSSR a été conduite au cours de l'an 1 dans 192 Formations Sanitaires (FS) dont tous les centres Hospitalier Universitaires (CHU), les Centres Hospitaliers régionaux (CHR) et les Centres médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA) et quelques Centres Médicaux (CM) et Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) dans 12 régions sanitaires ; au cours de l'an 2, 13 FS dont 11 (de la région du Sahel) ont été ajoutés (soit 205 FS). Au cours de l'an 3, PSSR a été étendu à l'ensemble des FS du pays avec les directions régionales de la santé (DRS) et les districts sanitaires.

1.3. Devis de l'évaluation à mi-parcours du PSSR 2022-2023

Le devis du volet coûts de l'étude était transversal avec un groupe de contrôle au niveau CSPS/CM. Les 205 formations sanitaires (FS) publiques d'intervention du PSSR sélectionnées sur choix raisonné se répartissaient en 149 FS de base (CSPS et CM), 42 CMA et 14 CHU/CHR. Les 149 FS de base, qui offraient les services de PF ont été appariées avec des FS contrôles à l'aide des données de l'enquête Harmonisée des établissements de santé (*Harmonized Health Facility Assessment* (HHFA) conduite au Burkina Faso en 2020 qui a constitué l'enquête de base. Un total de 2757 FS avait été entièrement enquêté, soit 90,22% de l'effectif total des FS du pays. Les FS publiques étaient 2175 (80%) avec 15 CHU/CHR, 45 CMA, 88 CM, 1831 CSPS et 196 autres FS. Les critères de sélection des FS contrôles étaient : i) Toutes les FS publiques du pays n'étant pas parmi les FS interventions et qui offraient les services de PF. ii) Distance de plus de 15 km de la FS d'intervention dans le cas des CSPS du milieu rural. Les critères d'appariement des FS intervention et contrôle incluaient le milieu de résidence (urbain versus rural), le district sanitaire pour les CSPS du milieu rural et la région sanitaire pour ceux du milieu urbain. Nous avons pris un ratio de 1 FS contrôle pour 2 d'interventions.

1.4. Population d'étude

L'enquête a porté sur 1 084 clientes, dont 895 en PF, 112 en SAA et 77 en ISG autorisée par la loi, recrutées dans 278 formations sanitaires réparties entre 205 sites d'intervention et 73 sites de contrôle. Toutefois,

pour l'analyse des coûts, les effectifs diffèrent selon le service et la disponibilité des données : 394 clientes PF en intervention et 210 en contrôle, 33 clientes SAA en intervention et 8 en contrôle, et 77 clientes ISG autorisée par la loi. Les proportions indiquées dans les tableaux représentent la part des clientes ayant déclaré un paiement supérieur à zéro pour chaque poste de coût.

Toutes les participantes ont été recrutées de manière consécutive parmi les clientes présentes dans les structures au moment de la collecte. Toute cliente venue en consultation dont le motif est PF, SAA ou ISG était enquêtée. Au vu de l'insuffisance des données sur les cas d'ISG autorisées par la loi, une collecte complémentaire des données sur les ISG a été effectuée avec le soutien des points focaux ISG autorisées par la loi dans les FS pour une projection d'un échantillon de 150 clientes. Le mode de collecte était le suivant. Le point focal informait l'enquêteur et/ou l'équipe de recherche sur la programmation et/ou la prise en charge d'un cas d'ISG autorisée par la loi. Il informait également la cliente de la tenue d'une collecte de données et l'invitait à y participer après la consultation.

On parle d'ISG lorsqu'elle est pratiquée par une personne qualifiée qui a les compétences/informations nécessaires et dans un environnement adéquat respectant les normes médicales. L'ISG concerne les grossesses intra-utérines évolutives, c'est-à-dire l'interruption provoquée du processus de gestation d'un embryon normalement implanté dans l'utérus. L'ISG ne concerne donc pas les grossesses arrêtées, les grossesses molaires et les extra-utérines.

Selon le code pénal du Burkina Faso, l'ISG n'est autorisé que : i) si la grossesse met en danger la santé de la femme ii) s'il existe des anomalies fœtales reconnues incurables par un médecin lors du diagnostic iii) en cas de viol ou d'inceste dans les 14 premières semaines de grossesse (Article 513-13 et 14 du code pénal du Burkina Faso adopté en 2018) (8).

1.5. Echantillonnage

L'étude a porté sur un échantillon de formations sanitaires (FS) comprenant l'ensemble des sites d'intervention ($n_1=205$) et des sites de contrôle appariés ($n_2=73$). Seules les FS de premier niveau (CSPS et CM) ont été appariées avec des structures témoins, l'intervention couvrant déjà tous les niveaux supérieurs (CHU, CHR, CMA).

Le calcul de la taille d'échantillon requise pour les clientes de PF a été réalisé en supposant une différence attendue de 10% dans le niveau de satisfaction entre les groupes intervention et contrôle, avec un ratio de 1,5 ; une puissance statistique de 80% et un niveau de signification fixé à 5%. La taille requise était de 314 clientes par groupe, majorée de 7% pour les non-répondantes, soit une taille finale de 672 clientes interrogées dans les CSPS et CM (trois clientes par FS). Une cliente sur trois venues en consultation de PF est invitée à participer. Pour les structures hospitalières (CHU, CHR, CMA), la taille d'échantillon a été également estimée à partir de la formule de Cochran avec les mêmes paramètres, puis majorée de 2%, aboutissant à 392 clientes interrogées (sept par FS).

Il faut noter que cette taille de l'échantillon ne garantit pas la puissance statistique requise pour l'analyse des coûts. Pour le SAA et l'ISG autorisée par la loi, il s'agit d'une étude exploratoire.

1.6. Sources et collecte des données

Les données ont été recueillies lors de l'évaluation à mi-parcours du Programme de Santé Sexuelle et Reproductive (PSSR) menée du 8 au 24 décembre 2022. La collecte a concerné : les FS, les clientes des services de PF, de SAA et d'ISG autorisée par la loi. La collecte complémentaire sur les ISG autorisées par la loi a eu lieu du 1^{er} juin 2023 au 31 août 2023.

Un questionnaire électronique a été conçu et déployé à l'aide du logiciel CSPro et administré en face à face. Les enquêteurs préalablement formés, ont collecté les informations relatives aux :

- ✓ Caractéristiques socio-économiques des clientes et de leurs ménages ;
- ✓ Coûts directs médicaux liés à la prestation du service médical (consultation, examens, médicaments, contraception, soins post-avortement) ;
- ✓ Coûts directs non médicaux (transport, hébergement, alimentation).
- ✓ Coûts indirects (perte de revenu liée au temps passé)

Les superviseurs régionaux ont effectué une validation quotidienne des questionnaires afin de garantir la qualité des données.

1.7. Variables et indicateurs

Les coûts directs représentaient la somme des paiements effectués pour la prestation du service reçu ; ils incluaient les coûts directs médicaux (examens, médicaments, consommables) et les coûts directs non médicaux (transport). Les coûts indirects ont été estimés à partir de la valeur monétaire du temps perdu ou des pertes de revenus. Le principal indicateur était le coût total médian par service et par type de structure.

Dans cette étude, les coûts indirects correspondent au coût d'opportunité du temps consacré au déplacement, à l'attente et à la prise en charge. Le coût du temps mis pour l'acquisition des soins a été estimé par valorisation monétaire en supposant que les clientes seraient occupées par leurs activités habituelles si elles ne participaient pas aux soins. Cette valorisation a été faite en considérant le revenu journalier moyen en utilisant les heures de travail plausibles. Le temps a été valorisé à partir d'un revenu journalier moyen proxy, dérivé du PIB par habitant du Burkina Faso, en supposant 30 jours par mois et 8 heures de travail par jour. Cette hypothèse revient à retenir 1 482,5 FCFA par jour, soit 44 475 FCFA par mois, pour convertir le temps passé en coût d'opportunité (9).

Les paiements hors établissement et les coûts des accompagnants n'ont pas été inclus dans l'étude.

1.8. Analyse des données

Une analyse descriptive a été effectuée à l'aide du logiciel Stata 18. Les statistiques présentées incluent les médianes, les interquartiles et les pourcentages. Les comparaisons entre les groupes intervention et contrôle ont été réalisées à l'aide du test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Les coûts indirects ont été estimés dans le cadre d'une méthode de *microcosting*, en valorisant le temps perdu selon l'approche du capital humain. Le temps consacré aux soins a été collecté par entretien auprès des participantes à l'aide de questions portant sur la durée du trajet aller, le temps d'attente avant la prise en charge et la durée de la consultation ou de la prise en charge. La valorisation monétaire a été réalisée en appliquant le revenu journalier moyen au temps total, converti en coût par minute en le divisant par 1 440 minutes par jour. Un fichier supplémentaire détaillant les variables, les formules de calcul et les étapes de valorisation monétaire est fourni en annexe.

Les résultats sont exprimés en francs CFA (XOF) et en équivalents à des fins de comparabilité en dollars américains avec un taux de conversion de 1 USD = 624,01 F CFA (10).

1.9. Considérations éthiques

Le protocole de l'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERS) du Burkina Faso par délibération N°2022-05-107 du 04 mai 2022 et des amendements au protocole par Délibération N°2022-000167/MSHP/MESRI/ CERS du 12 octobre 2022. Le consentement éclairé de chaque participante a été obtenu avant l'entretien, après explication des objectifs de l'étude, du caractère volontaire, anonyme de la participation, de la confidentialité des données collectées et du droit de retrait des participantes au cours de l'entretien.

II. Résultats

2.1. Description de l'échantillon de clientes des services de SSR

Les femmes âgées de 25 à 35 ans constituent la majorité des clientes des services SSR, avec 45,2 % PF, 45,5 % SAA et 51,9 % ISG autorisée par la loi. Les femmes non scolarisées représentent 38% des clientes de la PF, 43,8% des SAA et 41,6 % des ISG, tandis qu'environ un tiers possède un niveau secondaire ou supérieur. La grande majorité des participantes vit en union (83,5 % en PF, 91,1 % en SAA et 92,2 % en ISG). Concernant le lieu de consultation, 67,5 % des clientes de la PF fréquentent une formation sanitaire de base, alors que 63,4 % des clientes SAA et 100% des clientes ISG consultent à l'hôpital. Enfin, la plupart des clientes de la PF résident à moins de 5 km du centre (65,1%), tandis que 32,5% des bénéficiaires de l'ISG autorisée par la loi vivent à plus de 10 km. Les activités génératrices de revenus concernent 61% des clientes de la PF, 51,8 % des clientes SAA et 57,1 % des clientes ISG, suggérant un lien entre autonomie économique et recours aux services SSR (Tableau I).

2.2. Coût des services de planification familiale (PF)

Les coûts de la planification familiale restent faibles en médiane, mais des paiements directs persistent dans les deux groupes malgré la gratuité du service. Dans les FS d'intervention, les dépenses concernent surtout le transport aller-retour, les frais de consultation et, dans une

moindre mesure, les médicaments et consommables délivrés sur ordonnance, tandis que les postes liés aux analyses, à l’acte et aux autres coûts touchent une faible proportion de clientes.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des clientes des services SSR (N=1 084)

Characteristics		Clientes PF, N = 895 ¹	Clientes SAA, N = 112 ¹	Clientes ISG, N = 77 ¹
Age				
	[14-24 ans]	317 (35,5)	45 (40,2)	27 (35,1)
	[25-34ans]	403 (45,2)	51 (45,5)	40 (51,9)
	[35-49 ans]	172 (19,3)	16 (14,3)	10 (13)
Niveau d’instruction				
	Non scolarisé	340 (38)	49 (43,8)	32 (41,6)
	Primaire	224 (25)	28 (25)	20 (26)
	Secondaire/Supérieur	331 (37)	35 (31,2)	25 (32,5)
Statut matrimonial				
	Célibataire	136 (15,2)	10 (8,9)	6 (7,8)
	En union	747 (83,5)	102 (91,1)	71 (92,2)
	Divorcée/Séparée/Veuve	12 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Lieu de consultation				
	Hôpital	291 (32,5)	71 (63,4)	77 (100,0)
	Formation sanitaire de base	604 (67,5)	41 (36,6)	0 (0,0)
Distance du domicile à la formation sanitaire				
	Moins de 5 Km	583 (65,1)	38 (33,9)	16 (20,8)
	Entre 5 et 10 Km	215 (24)	41 (36,6)	36 (46,8)
	Plus de 10 Km	97 (10,8)	33 (29,5)	25 (32,5)
Pratique d’activités génératrices de revenus				
	Oui	546 (61)	58 (51,8)	44 (57,1)
	Non	349 (39)	54 (48,2)	33 (42,9)

¹n (%)

Le coût direct médical total médian est nul lorsqu’on inclut les paiements nuls, mais la médiane parmi les clientes ayant payé reste de 650 FCFA dans les deux groupes, ce qui confirme que les paiements sont concentrés chez une minorité de clientes. Les coûts directs non médicaux suivent la même logique, avec un poids particulier du transport, et les coûts liés au temps demeurent modestes. Au total, le coût total médian de la PF est plus élevé en intervention qu’en contrôle

lorsque les paiements nuls sont inclus, mais la différence n’atteint pas le seuil de significativité statistique au seuil de 5%. Les écarts observés entre médianes avec zéros inclus et médianes parmi les payeuses montrent que les dépenses sont inégalement réparties et limitées à un sous-groupe de clientes (tableau II).

Tableau II : Coûts médians des services PF selon le groupe de la formation sanitaire (intervention ou contrôle) (en FCFA)

Items	Intervention				Contrôle				p-value
	N	%	Médiane (IQR)	Médiane > 0 (IQR)	N	%	Médiane (IQR)	Médiane > 0 (IQR)	
Ticket de consultation	377	8.2	0 (0)	200 (25)	201	1.5	0 (0)	100 (0)	0.014
Analyse de laboratoire / examens radiologiques	368	1.4	0 (0)	2000 (0)	194	1.5	0 (500)	1500 (500)	0.871
Frais de l’acte	373	4.6	0 (0)	500 (250)	200	2.0	0 (0)	500 (375)	0.124
Frais des médicaments et consommables médicaux délivrés en salle de soins	377	4.2	0 (0)	0 (0)	198	1.5	0 (0)	0 (0)	0.083
Frais des médicaments et consommables médicaux délivrés sur ordonnance	377	11.1	0 (0)	0 (0)	197	6.6	0 (0)	0 (0)	0.078
Total coûts directs médicaux	379	16.6	0 (0)	650 (1388)	201	9.5	0 (0)	650 (1485)	0.019
Frais de transport aller-retour	375	38.1	0 (500)	500 (500)	198	35.4	0 (0)	500 (0)	0.293
Autres coûts	376	23.1	0 (0)	200 (325)	199	21.6	0 (0)	250 (375)	0.801
Total coûts directs non médicaux	379	49.6	0 (500)	500 (500)	202	46.5	0 (500)	500 (319)	0.302
Coûts d’opportunité	394	100	207 (238)	207 (238)	204	100	216 (154)	216 (154)	0.883
Coût total PF	394	100	530 (824)	530 (824)	209	100	417 (577)	417 (577)	0.056

Note. Les médianes et IQR sont présentés sous la forme Médiane (IQR) en FCFA. Les p-values correspondent au test de Wilcoxon-Mann-Whitney appliqué aux médianes des coûts > 0 entre les groupes intervention et contrôle. Les colonnes de pourcentage indiquent la proportion de clientes ayant déclaré un paiement strictement positif. Les effectifs détaillés et les tableaux de contrôle des effectifs sont présentés dans le fichier supplémentaire.

2.3. Coût des soins après-avortement (SAA)

L’étude exploratoire sur les coûts des SAA montre que le coût total médian des SAA dans les formations sanitaires d’intervention, sont de 6 593 FCFA contre 1 593 FCFA dans les structures de contrôle. Le coût direct médical total atteint 10 375 FCFA en intervention et 20 000 FCFA en contrôle, tandis que 66,7% des clientes en intervention ont déclaré au moins un paiement direct médical, contre 42,9% en contrôle. Les postes les plus importants sont les consommables médicaux délivrés sur ordonnance, avec une médiane de 5 500 FCFA en intervention et 7 000 FCFA en contrôle, ainsi que les analyses de laboratoire ou examens radiologiques, à 7 750 FCFA et 7 500 FCFA respectivement. Les coûts non médicaux restent présents, notamment le transport aller-retour, payé par 60,6% des clientes en intervention et 42,9% en contrôle, pour

une médiane de 1 000 FCFA dans les deux groupes. Enfin, le coût d’opportunité est très fréquent, avec 100% des clientes en intervention comme en contrôle, ce qui confirme que les SAA imposent encore une charge financière malgré la gratuité.

Tableau III : Coûts médians des services SAA selon le groupe de la formation sanitaire (intervention ou contrôle) (en FCFA)

Items	Intervention				Contrôle			
	N	%	<u>Médiane ></u> 0 (IQR)	Médiane (zero) (IQR)	N	%	<u>Médiane ></u> 0 (IQR)	Médiane (zero) (IQR)
Consultation	31	12.9	200 (38)	0 (0)	7	28.6	3550 (3450)	0 (50)
Analyse de laboratoire / examens radiologiques	32	37.5	7750 (4250)	0 (6250)	7	28.6	7500 (500)	0 (3500)
Frais de l’acte	31	3.2	1500 (0)	0 (0)	7	0		
Hospitalisation	31	9.7	500 (400)	0 (0)	7	14.3	200 (0)	0 (0)
Consommables médicaux délivrés en salle de soins	33	15.2	3500 (3000)	0 (0)	7	0		
Consommables médicaux délivrés sur ordonnance	33	54.5	5500 (4788)	1700 (6000)	7	42.9	7000 (4375)	0 (5625)
Total coûts directs médicaux	33	66.7	10375 (12916)	3750 (12500)	7	42.9	20000 (8725)	0 (12275)
Frais de transport aller-retour	33	60.6	1000 (625)	500 (1000)	7	42.9	1000 (0)	0 (1000)
Autres coûts	31	67.7	1000 (1500)	500 (1900)	7	42.9	1000 (500)	0 (750)
Total coûts directs non médicaux	33	81.8	1250 (2700)	1000 (2300)	7	71.4	1000 (500)	1000 (750)
Coûts d’opportunité	33	100	247 (216)	247 (216)	7	100	278 (300)	278 (300)
Coût total SAA	33	100	6593 (11892)	6593 (11892)	7	100	1593 (12849)	1593 (12849)

Note. Les médianes et IQR sont présentés sous la forme Médiane (IQR) en FCFA. Les colonnes de pourcentage indiquent la proportion de clientes ayant déclaré un paiement strictement positif. Les effectifs sont faibles, surtout dans le groupe contrôle, et les résultats doivent être interprétés avec prudence.

2.4. Coût de l’ISG autorisé par la loi

Le coût total médian d’une ISG autorisée par la loi est de 9 710 FCFA, avec un IQR de 22 409, ce qui montre une charge financière encore importante malgré l’encadrement du service. Les coûts directs médicaux constituent la principale composante du coût global, avec une médiane de 20 700 FCFA pour 39,5% des clientes, surtout portée par les analyses de laboratoire ou examens radiologiques à 12 000 FCFA, les consommables médicaux délivrés sur ordonnance à 7 225 FCFA et les frais de l’acte à 10 500 FCFA. Les coûts directs non médicaux restent aussi élevés, avec une médiane de 5 250 FCFA pour 75,3% des

clientes, dominés par le transport aller-retour à 2 000 FCFA et les autres coûts à 4 250 FCFA. Le coût d’opportunité est observé chez toutes les clientes, avec une médiane de 324 FCFA, ce qui confirme que le temps consacré aux soins contribue également à la charge totale (tableau IV).

Tableau IV : Coûts médians des services d’ISG autorisée par la loi (en FCFA) dans les Formations sanitaires d’intervention

Items	N	%	Médiane > 0 (IQR)	Médiane (zéro) (IQR)
Consultation	73	19.2	1000 (0)	0 (0)
Analyse de laboratoire / examens radiologiques	76	25	12000 (11500)	0 (1000)
Frais de l’acte	71	7	10500 (0)	0 (0)
Hospitalisation	71	16.9	750 (400)	0 (0)
Consommables médicaux délivrés en salle de soins	73	6.8	4800 (47931)	0 (0)
Consommables médicaux délivrés sur ordonnance	74	35.1	7225 (11262)	0 (5500)
Total coûts directs médicaux	76	39.5	20700 (29335)	0 (12850)
Frais de transport aller-retour	77	71.4	2000 (2000)	1500 (2500)
Autres coûts	72	66.7	4250 (7312)	2625 (6000)
Coûts d’opportunité	76	100	324 (311)	324 (311)
Total coûts directs non médicaux	77	75.3	5250 (7375)	4500 (8940)
Coût total ISG	77	100	9710 (22409)	9710 (22409)

Note. Les effectifs peuvent varier selon la disponibilité des données pour chaque poste. N correspond au nombre de clientes incluses pour le poste considéré; % indique la proportion ayant déclaré un paiement positif. Les colonnes de contrôle ont été supprimées, car l’analyse ISG ne comporte pas de groupe contrôle. Les colonnes Médiane > 0 (IQR) et Médiane (zéro) (IQR) présentent respectivement les montants médians chez les clientes ayant payé et chez celles ayant payé zéro.

III. Discussion

Cette étude avait pour objectif d’évaluer les coûts directs et indirects supportés par les clientes et les ménages, y compris les coûts d’opportunité, pour l’accès aux services de SSR, notamment la PF, les SAA et les ISG autorisées par la loi. Les résultats montrent que, malgré la mise en place de politiques de gratuité ciblées, les ménages continuent d’engager des coûts non négligeables pour obtenir des services de SSR. Ces coûts pour certains services (notamment l’ISG autorisée par la loi), peuvent dépasser le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) fixé à 45 000 F CFA (\$ 72,11) au Burkina Faso(11). Dans notre étude, le coût médian d’une ISG autorisée par la loi a été estimé à 9 710 FCFA (\$15,56). Bien qu’inférieur au SMIG, ce coût représente une charge financière pour certains ménages

dans le contexte burkinabè. Les coûts médians directs pour la PF et les SAA variaient selon le type de formation sanitaire et la composante (médicaments, examens) ; ces éléments montrent une contrainte financière réelle pour de nombreux ménages.

Ces constats s'inscrivent dans la littérature nationale et régionale. Une étude menée à Ouagadougou a montré que les coûts liés aux avortements et à leurs complications constituent une charge économique importante pour les femmes et leurs ménages, avec des effets financiers durables (3). Par ailleurs, des analyses récentes sur les coûts directs et l'accès aux services de SSR dans le Sahel et l'Afrique de l'Ouest documentent la variabilité des coûts selon le niveau de formation sanitaire, la nature du service et la disponibilité des produits contraceptifs ; ces facteurs peuvent expliquer en partie les différences observées entre les FS d'intervention et de contrôle de notre présente étude (12-14).

Au regard de ce travail, plusieurs points méritent d'être soulignés et ont des implications politiques directes. La gratuité formelle ne suffit pas à éliminer le fardeau financier. Les coûts totaux médians restent présents malgré la gratuité, avec 530 FCFA (\$0,85) en PF dans les sites d'intervention contre 417 FCFA (\$0,67) dans les sites de contrôle, et des coûts d'opportunité médians de 207 FCFA (\$0,33) et 216 FCFA (\$0,35) respectivement. Pour les SAA, le coût total médian atteint 6 593 FCFA (\$10,47) dans les sites d'intervention. Pour l'ISG autorisée par la loi, le coût total médian est de 9 710 FCFA (\$15,56). Ces résultats montrent que la gratuité, lorsqu'elle est partielle ou incomplète, peut laisser subsister des coûts liés aux intrants non fournis, aux examens complémentaires, au transport et au temps perdu, maintenant ainsi une charge financière non négligeable pour les clientes et les ménages. Ces résultats rejoignent les analyses sur les coûts directs et les ruptures d'approvisionnement au Burkina Faso, qui pointent la nécessité d'un renforcement de l'approvisionnement public et d'un mécanisme de financement pérenne pour l'offre des produits contraceptifs et des médicaments essentiels (15). L'amélioration de la chaîne d'approvisionnement (achats groupés, gestion des stocks, financements dédiés) et la mise en place d'options de couverture pour les intrants constituent des interventions à fort rendement social (16, 17). Les rapports de marché et de financement de la PF ainsi que les analyses *de purchasing/benefit packages* pour le Burkina Faso montrent que l'optimisation des achats et le financement domestique sont essentiels pour stabiliser l'offre et réduire la pression sur les ménages (15).

Une revue systématique des effets de la suppression des frais de la contraception dans les pays à revenus faibles et intermédiaires a également montré que la demande de services n'est pas sensible aux coûts (18). Il faut noter que le coût des transports contribuerait à limiter les effets de la suppression des coûts des actes (19). Ces résultats devraient interpeller les politiques à intégrer des mesures ciblées pour protéger les foyers vulnérables (20).

Plusieurs actions prioritaires pourraient être recommandées pour protéger les ménages dans les pays à revenus faibles et intermédiaire (21, 22) : i) renforcer la gratuité effective : assurer que les perspectives gratuites ne génèrent pas de coûts chez l'utilisateur via l'optimisation de la chaîne d'approvisionnement et la prise en charge des intrants essentiels ; ii) Élargir la protection financière : accélérer les réformes vers une assurance maladie universelle incluant des services de SSR, ou des mécanismes de prise en charge ciblée pour les ménages pauvres ; iii) Surveiller l'équité : instituer un suivi régulier des coûts supportés par les ménages pour détecter et corriger les iniquités.

Cette étude a des limites. D'abord, elle est fondée sur des données collectées lors de l'évaluation à mi-parcours du PSSR et mesure les coûts médians déclarés, ce qui peut introduire des biais de mémoire. Ensuite, les effectifs des sous-groupes (SAA contrôle, ISG) sont faibles et la non-comparabilité des groupes en l'absence d'ajustement statistique fragilise la représentativité, l'interprétation des résultats et la puissance des comparaisons statistiques. Enfin, la portée est descriptive et n'évalue pas directement l'effet causal des politiques de gratuité. Néanmoins, l'exhaustivité des sites inclus et les procédures standardisées de collecte renforcent la valeur descriptive et opérationnelle des résultats. Bien que, la collecte sur l'ISG autorisée par la loi, ait été décalée, nous estimons qu'en formation sanitaire, avec la réglementation des prix des médicaments et des consommables médicaux, il n'y a pas de problème d'inflation. De plus, de décembre 2022 à décembre 2023 il y avait un processus de stabilisation des prix au Burkina Faso (23).

Conclusion

Cette étude montre que, malgré la gratuité de certains services, des coûts d'accès persistent pour les clientes pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive. Les principaux postes de coûts identifiés

sont les intrants, les examens et le transport. Les coûts directs et indirects, notamment pour la PF et les SAA. L'ISG autorisée par la loi est susceptible de limiter l'accès équitable et la continuité des soins, en particulier parmi les clientes et les ménages les plus vulnérables. Pour réduire ces coûts, il est essentiel de renforcer le financement de la santé sexuelle et reproductive, d'étendre la gratuité effective à l'ensemble des services essentiels et de poursuivre la mise en œuvre des Objectifs de Développement Durable (ODD) 3.7 la couverture sanitaire universelle, et l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité d'ici 2030.

Références bibliographiques

1. Ilboudo PGC; Greco G; Sundby J and Torsvik G. Costs and consequences of abortions to women and their households: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Health policy and planning*. 2015;30(4):500-7.
2. Leone T.; Cetorelli V.; Neal SaMZ. Financial accessibility and user fee reforms for maternal healthcare in five sub-Saharan countries: a quasi-experimental analysis. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009692.
3. McKinnon B.; Harper S. and Kaufman J. S. Who benefits from removing user fees for facility-based delivery services? Evidence on socioeconomic differences from Ghana, Senegal and Sierra Leone. *Social Science & Medicine*. 2015;135:117-23.
4. Tiendrebeogo C. O.; Joseph V.; Bicaba F.; Bila A.; Bicaba A. and Druetz T. Does abolishing user fees for family planning increase contraception use? An impact evaluation of the national policy in Burkina Faso. *J Glob Health*. 2022;12:04086.
5. Institut National de la Statistique et de la D. RGPH 2019: Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso: SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DÉFINITIFS. 2022 2022/06//.
6. Ministère de la santé; Direction générale des études et des statistiques sectorielles BF. *Annuaire statistique 2025*
Ouagadougou, Burkina Faso; 2026 02072026.

7. Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD) et ICF. Enquête démographique et de Santé du Burkina Faso 2021. Ouagadougou, Burkina Faso and Rockville, Maryland, USA. 2023:815.
8. Ministère de la Justice des droits humains et de la promotion civique; Burkina faso. Loi n° 025-2018/AN du 31 mai 2018 portant Code pénal. ouagadougou, Burkina faso2018. p. 647.
9. World Bank. GDP per capita (current US\$) - Burkina Faso Washington (DC): : World Bank; 2025 [22 Juillet 2026]. Available from: : <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=BF>.
10. MBH Media. Historique du taux de change du dollar américain (USD) en franc CFA (UEMOA) (XOF) pour 2022 2022 [11/11/2025]. Available from: <https://www.exchange-rates.org/fr/historique/usd-xof-2022>.
11. Burkina Faso. Décret No2023-1588/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MEFP fixant les salaires minima interprofessionnels garantis. Ouagadougou: Journal officiel du Burkina Faso; 2024. p. 2.
12. Beaugé Y; Ridde V; Bonnet E; Souleymane S; Kuunibe N and De Allegri M. Factors related to excessive out-of-pocket expenditures among the ultra-poor after discontinuity of PBF: a cross-sectional study in Burkina Faso. *Health economics review*. 2020;10(1):36.
13. Beogo I; Huang N; Gagnon M-P and Amendah DD. Out-of-pocket expenditure and its determinants in the context of private healthcare sector expansion in sub-Saharan Africa urban cities: evidence from household survey in Ouagadougou, Burkina Faso. *BMC research notes*. 2016;9(1):34.
14. Lince-Deroche N; Berry KM; Hendrickson C.; Sineke T; Kgowedi S and Mulongo M. Women's costs for accessing comprehensive sexual and reproductive health services: findings from an observational study in Johannesburg, South Africa. *Reproductive health*. 2019;16(1):179.
15. Reproductive health Supplies coalition (RHSC); Clinton Health Access Initiative. Family planning market report. . 2016. p. 38.
16. Meda IB; Baguiya A; Ridde V; Ouédraogo HG; Dumont A and Kouanda S. Out-of-pocket payments in the context of a free maternal

health care policy in Burkina Faso: a national cross-sectional survey. *Health Economics Review*. 2019;9(1):11.

17. Ooms GI; Kibira D; Reed T; Van Den Ham HA; Mantel-Teeuwisse AK and Buckland-Merrett G. Access to sexual and reproductive health commodities in East and Southern Africa: a cross-country comparison of availability, affordability and stock-outs in Kenya, Tanzania, Uganda and Zambia. *BMC public health*. 2020;20(1):1053.

18. Korachais C.; Macouillard E. and Meessen B. How User Fees Influence Contraception in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *Stud Fam Plann*. 2016;47(4):341-56.

19. Masiye F.; Kaonga O. and Kirigia J. M. Does User Fee Removal Policy Provide Financial Protection from Catastrophic Health Care Payments? Evidence from Zambia. *PLOS ONE*. 2016;11(1):e0146508.

20. Njagi P; Arsenijevic J and Groot W. Understanding variations in catastrophic health expenditure, its underlying determinants and impoverishment in sub-Saharan African countries: a scoping review. *Systematic reviews*. 2018;7(1):136.

21. Ifeagwu SC; Yang JC; Parkes-Ratanshi R and Brayne C. Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Global health research and policy*. 2021;6(1):8.

22. International Planned Parenthood Federation. Leaving no one behind: Universal health coverage and sexual and reproductive health and rights. . 2017 Dec 2017.

23. Ministère de l'économie des finances et de la prospective; Burkina Faso. Rapport de convergence macroéconomique du Burkina Faso en 2023. ouagadougou, Burkina Faso; 2024.