

Les effets de la non disponibilité des produits de santé de la reproduction sur l'offre de soins intégrés au district sanitaire de Pô : étude qualitative

Halima TOUGRI^{1,2*}, Abou COULIBALY¹,
Adja Mariam OUÉDRAOGO^{1,2}, Rachidatou COMPAORÉ^{1,2},
Wambi Maurice Evariste YAMEOGO^{1,3}, Boukaré CONGO^{2,3},
Denise KPEBO^{2,4}, Ramatoulaye HAMIDOU LAZOUUMAR⁵,
Isabelle BICABA⁶, Marguerite NDOUR⁶, Seni KOUANDA^{1,2,3}

Résumé

Introduction

La mortalité maternelle et infantile demeure une préoccupation dans le monde et surtout pour les pays de l'Afrique de l'Ouest. Les pays ont mis en œuvre plusieurs stratégies afin de réduire ces décès. Parmi elles figure l'intégration des soins maternels et infantiles. Cette intégration pour être efficace nécessite plusieurs conditions dont la disponibilité des produits nécessaire à la prise en charge du couple mère-enfant. Le présent article évalue les effets de la non disponibilité des produits sur l'offre de soins intégrés.

Méthodologie

L'étude s'est déroulée dans quatre formations sanitaires du district sanitaire de Pô au Burkina Faso. C'est une étude transversale essentiellement qualitative. Les données, collectées à travers les focus group discussion auprès des bénéficiaires et interviews auprès des prestataires, bénéficiaires et informateurs clés ont été enregistrées, transcrites puis analysées avec Nvivo 11. Une analyse thématique suivant les différentes dimensions retenues a été effectuée suivant une approche déductive.

Résultats

¹ Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS)/CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

² Université Saint Thomas d'Aquin (USTA), Ecole doctorale sciences, santé et technologies (ED/2ST) Ouagadougou, Burkina Faso

³ Institut africain de santé publique (IASP), Ouagadougou, Burkina Faso,

⁴ Institut national de santé publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

⁵ Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES), Niamey – Niger

⁶ IntraHealth International, bureau régional, Ouagadougou, Burkina Faso

* **Auteur correspondant** : Halima Tougri, Tél (00226) 70240133/65126961
tougrih@yahoo.com; htougri03@gmail.com; ORCID : 0000-0001-5080-5155

La non disponibilité de certains produits de santé de la reproduction a entravé l'offre intégrée des soins au couple mère-enfant. C'est le cas des contraceptifs dont la rupture a empêché l'offre intégrée de la PF aux femmes lors des visites postnatales et consultations du nourrisson sain (CNS). On note également le conditionnement de certains vaccins (BCG, VAR/VAA) qui rendent difficile l'intégration de la vaccination de l'enfant aux visites postnatales de la mère. Le manque de matériels de mesure anthropométrique de la mère a entravé l'évaluation de l'état nutritionnel de la mère lors des visites postpartum et des CNS/vaccination.

Les raisons probables de la non disponibilité des produits sont entre autres la mauvaise gestion des stocks, la politique de gratuité des soins, le système pyramidal d'approvisionnement en produits de santé et le conditionnement de certains vaccins.

Conclusion

La réussite de l'offre intégrée des soins au couple-mère dans les formations sanitaires passe par la disponibilité des différents produits. Pour ce faire, il faut un suivi régulier et rigoureux des stocks

Mots-clés: disponibilité, intégration des services, planification familiale, contraceptifs, santé de la reproduction, INSPiRE

Effects of the unavailability of reproductive health supplies in the delivery of integrated care in the Pô health district: a qualitative study

Abstract

Introduction

Maternal and infant mortality remain a concern worldwide, especially in West African countries. Countries have implemented several strategies to reduce these deaths. One of these is the integration of maternal and child care. To be effective, this integration requires a number of conditions, including the availability of the products needed to care for the mother and child. This article assesses the impact of product unavailability on the provision of integrated care.

Methodology

The study was conducted in four health facilities in the Pô health district in Burkina Faso. It was essentially a qualitative cross-sectional study. The data collected through focus groups with beneficiaries and interviews with providers, beneficiaries and key informants were recorded, transcribed into verbatim and then analysed using Nvivo 11. A thematic analysis along the various dimensions selected was carried out using a deductive approach.

Results

The unavailability of certain reproductive health products has hampered the provision of integrated mother-child care. This is the case for contraceptives, whose shortage has prevented the provision of integrated family planning services to women during postnatal visits and well-baby consultations. The packaging of certain vaccines (BCG, VAR/VAA) also makes it difficult to integrate child vaccination into postnatal visits for mothers. The lack of anthropometric measurement equipment for mothers has

hampered the assessment of their nutritional status during postpartum visits and growth monitoring/immunization.

The plausible reasons for the unavailability of products are poor stock management, free healthcare policy, the pyramid-shaped healthcare supply chain system and the packaging of certain vaccines.

Conclusion

The success of integrated care for mothers and their infants in healthcare facilities depends on the availability of various products. This requires regular and rigorous stock management.

Keywords: availability, integration of services, family planning, contraceptives, reproductive health; INSPiRE

Introduction

La mortalité maternelle et infantile demeure une préoccupation dans le monde et surtout pour les pays de l’Afrique de l’Ouest. En effet, le taux de mortalité maternelle dépasse 400/100 000 naissances vivantes, celle néonatale est au-delà des 27/1 000 et la mortalité infantile dépasse les 40/1000 (1). Les pays ont développé et mis en œuvre plusieurs stratégies afin de réduire ces taux de décès (2–6). Au rang de ces stratégies figure l’intégration des soins maternels et infantiles dans les formations sanitaires. Cette intégration pour être efficace nécessite plusieurs conditions parmi lesquelles figure la disponibilité des intrants et médicaments nécessaires à la prise en charge du couple mère-enfant. Des études antérieures sur la disponibilité des produits de santé durant la Covid-19 ont montré une difficulté de prise en charge des patients (7). En effet ces études ont souligné que le manque de médicament lié à la difficulté d’approvisionnement lors de la Covid-19 ont empêché une prise en charge adéquate des malades. Une autre étude sur la disponibilité des contraceptifs dans les officines privées au Mali a montré que la rupture de stock de ces produits entravait l’offre de la planification familiale (8). Une étude qualitative conduite en Ouganda a révélé que la non disponibilité des contraceptifs avait un impact négatif sur l’offre des soins et affectait aussi le mental des femmes (9). D’autres études similaires ont été conduites au Pakistan et au Kenya (10–12)

Toutes ces études montrent la place prépondérante des produits de santé dans la réussite des interventions. Pour ce faire, l’initiative INSPiRE (Intégration des services de Nutrition, Planification familiale du postpartum et santé Reproductive), dans sa mise en œuvre, a fait de la disponibilité des intrants sa priorité.

Rappelons que INSPiRE est une initiative qui vise à améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers l'offre intégrée des services maternels et infantiles dans les centres de santé. Afin de garantir la réussite de cette intervention, INSPiRE s'est dotée de plusieurs stratégies parmi lesquelles l'équipement et la dotation des formations sanitaires d'intervention en matériels médico-techniques et autres produits de la santé de la reproduction (SR). Cependant dans quelle mesure cette disponibilisation des produits a-t-elle eu un effet sur l'offre de soins intégrés au couple mère-enfant dans les formations sanitaires ? C'est la question à laquelle le présent article tente d'apporter des éléments de réponses.

La plupart des évaluations des interventions se sont focalisées sur l'efficacité (5,13,14), la faisabilité (15,16) ou les effets de l'intervention (4,17–20). Il existe très peu d'études sur les effets de la disponibilité des intrants tout au long de la mise en œuvre de l'intervention. D'où l'intérêt de la présente étude.

I. Méthodologie

Cadre de l'étude

L'évaluation couvre les sites d'intervention de l'initiative INSPiRE dans le district sanitaire de Pô au Burkina Faso. Ce district constitue avec les districts de Kombissiri, Manga et Saponé la région sanitaire du centre-sud. Le district sanitaire de Pô compte 35 formations sanitaires (FS) dont un centre de santé et de promotion sociale (CSPS) niché et un hôpital de district.

L'étude s'est déroulée dans l'hôpital de district et trois formations sanitaires périphériques dont deux urbains et un rural. Le choix des milieux rural et urbain nous permet de voir si le contexte a un effet sur la mise en œuvre de l'intervention. Nous avons deux formations sanitaires en milieu urbain car en réalité l'une des FS est un CSPS niché à l'hôpital de district et l'autre est isolée. Il faut noter que le présent article fait partir d'un vaste projet de recherche sur l'intégration des soins, donc le choix de ces CSPS était pour voir le fonctionnement entre guichet unique (tous les soins sont offerts dans un même local) et guichet co-localisé (les soins sont offerts dans des endroits différents mais au sein de la même structure). Ces sites ont été sélectionnés de manière ciblée par le groupe technique de travail (GTT) sur la santé

maternelle, néonatale et infantile (SMNI) du ministère de la Santé, sur la base du niveau des indicateurs de santé maternelle et infantile, ainsi que du niveau de sécurité dans le pays.

Devis d'évaluation

C'est une étude transversale qui s'est déroulée d'octobre à novembre 2022 suivant une approche essentiellement qualitative. Les données ont été collectées à travers des interviews, des focus group et une revue documentaire.

Population d'étude et échantillonnage

La population d'étude était constituée par les acteurs de la mise en œuvre du modèle d'offre de services intégrés dont les prestataires de soins, les bénéficiaires (femmes en postpartum) et des informateurs clefs que sont les responsables de l'initiative INSPiRE et les responsables de programmes nationaux en lien avec la santé de la mère et de l'enfant.

L'échantillonnage a été de type raisonné prenant en compte la diversité de profils des informateurs. Le tableau I présente les caractéristiques de l'échantillon enquêté.

Tableau I : Composition de l'échantillon

Formation sanitaire	Cibles		Entretiens individuels	Focus group	Total
Burkina Faso	Prestataires de soins	de	17	-	17
	Informateurs clefs		6		6
	Bénéficiaires		18	10	28
	Total		41	10	51

Collecte des données

Les données qualitatives ont été collectées à travers des focus group discussion et des entretiens individuels et une revue documentaire.

Ces données qualitatives ont été collectées par 12 enquêteurs (sociologues et agents de santé) répartis en quatre équipes. Le travail de ces équipes a été contrôlé par deux superviseurs. Les enquêteurs ont reçu une formation de trois jours sur les procédures de l'enquête et sur le contenu des outils de collecte.

Tous les guides pour les bénéficiaires ont fait l'objet de traduction dans la/les langues locales parlées dans les sites d'étude.

Des jeux de rôles sur l'administration des outils ont été effectués en salle.

Au cours de la collecte un debriefing était fait chaque soir entre les superviseurs et les enquêteurs afin de faire le bilan et proposer des solutions aux éventuelles difficultés rencontrées au cours de la journée. Les focus group et les entretiens individuels se sont déroulés dans un endroit assurant l'intimité et la confidentialité.

➤ Focus Group (FG)

Des Focus Group (FG) ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien auprès des bénéficiaires que sont les femmes venues en consultation postpartum (CPoN), vaccination/suivi de croissance de l'enfant, PF. Nous avons constitué des groupes homogènes sur le critère de la parité (primipare, multipare, grande multipare). Chaque FG a duré en moyenne 35 minutes avec une moyenne de huit femmes par FG

Les entretiens de groupe avec les bénéficiaires ont été organisés autour des thèmes suivants : services reçus, appréciation de l'offre de services intégrés, appréciation de la qualité des services, difficultés rencontrées pour accéder aux services dans la formation sanitaire, la disponibilité des médicaments et autres intrants etc.

➤ Les entretiens individuels avec les bénéficiaires

À l'aide d'un questionnaire « Exit interview », des entretiens individuels ont été réalisés auprès des femmes. Les participantes aux entretiens ont été recrutées dans les centres de santé parmi les femmes venues en consultation prénatale, postnatale, consultation de nourrissons sains. Ces femmes ont été interviewées à la sortie du centre de santé.

➤ Entretiens avec les prestataires

Dans chaque centre de santé, nous avons effectué un échantillonnage raisonné des prestataires en prenant en compte la diversité des profils (médecins, infirmiers, Sage-femmes ...) et les différents points de contact où des services sont offerts au couple mère-enfant (Consultations prénatales, accouchement, soins postnatals, soins Nourrisson). Un guide d'entretien semi-structuré a été utilisé à cet effet.

➤ Entretiens avec les informateurs clés

Les informateurs clefs sont tous les groupes d'acteurs impliqués dans l'implantation de l'intervention. A l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré, des entretiens ont été réalisés avec les responsables de l'initiative INSPiRE et les responsables de programmes nationaux en lien avec la santé de la mère et de l'enfant.

➤ **Revue documentaire**

La revue documentaire a consisté en l'exploitation des différents documents produits dans le cadre de l'intervention afin de documenter certaines activités et processus. Nous avons ainsi exploité les différents rapports (réunions, supervisions), les newsletters ainsi que les outils produits (guides).

Traitement et analyse des données

Les interviews réalisées ont été enregistrées à l'aide de dictaphone avec le consentement des interviewés. Les interviews en langue locale (Mooré et Kassena) ont d'abord été traduites en français. Toutes les interviews réalisées ont été transcrites et analysées à l'aide du logiciel Nvivo 12. Une analyse thématique suivant les différentes dimensions retenues a été effectuée suivant une approche déductive.

Les différentes sources de données ont été ensuite triangulées afin de vérifier la concordance des affirmations et valider les résultats. Cette triangulation s'est faite en examinant les résultats de chaque source à la recherche des points communs et des divergences.

II. Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Au total 10 focus groups et 18 entretiens individuels ont été réalisés avec les bénéficiaires, 6 entretiens individuels avec les informateurs clefs et 17 avec les prestataires de soins (Tableau I).

Disponibilité des produits SR et leur effet sur l'offre intégrée de soins

Au début de l'intervention, INSPiRE a doté les formations sanitaires en matériels médico-techniques et en médicaments en l'occurrence la chlorhexidine. Cette dotation en matériels médico-techniques constitués entre autres de tables d'accouchement, tables d'examen,

pèse-personnes, boîtes d'accouchement... a permis de rehausser le plateau technique de ces formations sanitaires et d'améliorer la prise en charge du couple mère-enfant. Comme le souligne un des responsables des structures de santé : *« la remise de ce matériel par le projet INSPiRE va renforcer notre plateau technique, faciliter le travail des agents de santé et partant améliorer la prise en charge des patients »*. Effectivement ces intrants ont facilité la prise en charge du couple mère-enfant en permettant l'offre intégrée des soins. Ainsi une femme peut recevoir plusieurs services en une seule visite dans la formation sanitaire au lieu de faire des « vas-et-viens » comme autrefois. Grâce à la disponibilisation de plus d'une table d'accouchement dans les salles d'accouchement, les femmes ne traînent plus dans les couloirs et n'accouchent plus à même le sol. Lors de l'interview avec les prestataires l'un disait ceci :

« Cette dotation est la bienvenue car ça nous permet de prendre en charge rapidement les femmes voire plusieurs à la fois ; avant il y'avait peu de boîtes et tables d'accouchement, il fallait stériliser le matériel avant de prendre une autre femme... »
Prestataire

Cette affirmation est soutenue par ces propos recueillis lors du FG :

« ...l'année où j'ai accompagné ma belle-sœur pour accoucher elle a trop traîné dans la salle de travail et l'enfant a failli sortir là-bas ; mais cette année quand je suis venue je n'ai pas eu ce problème, on était deux dans la salle chacune sur sa table d'accouchement séparée par un rideau... » FGD

La disponibilisation de la chlorhexidine comme nouvelle molécule pour les soins du nouveau-né a également amélioré sa prise en charge. Sa facilité d'utilisation permet d'offrir rapidement les soins au nouveau-né et sa mère.

Cependant, au fil du temps certains produits ont connu des ruptures de stock entravant ainsi l'offre de soins. Les différents produits incriminés sont surtout les contraceptifs et la chlorhexidine. Ces produits ont connu une rupture au cours de la mise en œuvre de l'intervention dans les quatre formations du district. L'absence de la chlorhexidine, médicament utilisé pour les soins du cordon ombilical a entravé la prise en charge du nouveau-né selon la directive de INSPiRE. Ce produit disponibilisé par un des partenaires du consortium au début du projet, a connu des ruptures fréquentes tout au long de l'intervention. En effet, après la première dotation, les formations sanitaires devraient, par la suite, se ravitailler auprès du dépôt répartiteur du district (DRD). Le

DRD à son tour devait se ravitailler auprès de la centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG). Mais on a noté une rupture de chlorhexidine sur toute la chaîne d'approvisionnement. Ce qui a amené les prestataires à revenir à l'ancien produit pour les soins du nouveau-né.

La plupart des participants ont rapporté lors des interviews, une non disponibilité de certains produits SR qui ont impacté négativement la réalisation des activités. C'est le cas de contraceptifs tels que les implants qui ont empêché l'offre de la planification familiale à certaines femmes. Cette affirmation est corroborée par les propos de ce prestataire en ces termes :

« La dernière fois j'ai dû refouler une femme venue pour la planification familiale parce que la méthode qu'elle a choisie, Implano [NDLR : contraceptif sous forme d'implant à placer sous la peau au niveau du bras] était en rupture et il n'y a pas d'équivalent » Prestataire

Ces propos sont corroborés par un informateur clé :

« Nous assistons à des ruptures de produits au niveau de la pharmacie. Nous pouvons avoir des ruptures durant une semaine, voire un mois. Présentement, nous sommes en rupture de l'implano depuis un mois ». Responsable FS

Lors des FG, certaines femmes ont affirmé avoir été refoulées plusieurs fois par les agents de santé par manque de produits contraceptifs. C'est le cas de cette femme venue en consultation nourrisson sain (CNS):

« Moi j'avais choisi ma méthode avant l'accouchement et j'avais souhaité mettre ça le 42^e jour ; mais quand je suis arrivée l'agent de santé m'a dit de revenir la semaine suivante car le produit que j'ai choisi était fini. J'ai dû venir deux ou trois fois avant de l'avoir » femme, FGD

Par ailleurs, on note également l'absence de chlorhexidine pour les soins du nouveau-né. Ainsi, la chlorhexidine disponibilisée au début de l'intervention a connu une rupture notable dans les formations sanitaires. Ce produit n'était pas disponible chez les grossistes agréés.

Un prestataire nous confiait ceci :

« la chlorhexidine est bien et appréciée par les femmes, mais le stock que nous avons reçu est fini et nous ne pouvons pas commander, car la CAMEG n'en disposait pas » Prestataire

Ces propos du prestataire sont confirmés par le responsable de la gestion des stocks interviewé en ces termes :

« la chlorhexidine a été recommandée et dotée par INSPiRE. Mais après l'épuisement de la dotation, les CSPS sont tombés en rupture car le produit n'existait pas à la CAMEG et par conséquent le DRD (NDLR : dépôt répartiteur du district) ne pouvait pas commander » Responsable gestion des stocks

Si la chlorhexidine était fortement appréciée par les prestataires, force est de constater que sa rupture a beaucoup entravé les prestations obligeant les agents de santé à revenir à l'éosine jadis utilisée comme nous le dit ce prestataire :

« Nous avons aimé la chlorhexidine car elle est très efficace et facile à utiliser ; malheureusement elle est vite tombée en rupture. Après la première dotation nous nous sommes ravitaillés deux ou trois fois au DRD et après, plus rien. Chaque fois que nous lançons une commande on dit que le produit n'est pas encore venu. Donc nous sommes retournés à l'Eosine pour soigner le cordon du nouveau-né » Prestataire

Au cours des FG, des femmes ont affirmé avoir reçu deux types de médicament pour les soins du cordon ombilical. Les propos suivants des femmes lors du FG confirment les dires du prestataire :

« Quand j'ai accouché, le produit qu'on m'a donné pour mettre sur le cordon ombilical de l'enfant, c'est un produit que je n'avais jamais vu, il paraît que c'est un nouveau produit. Une autre de dire : moi par contre c'est ce qu'on utilisait habituellement là qu'on m'a donné, ils ont dit que le nouveau est fini » Femmes, FG

Outre ces ruptures de stock, certains produits sont disponibles mais leur conditionnement nécessite un certain nombre d'enfants pour leur utilisation. C'est le cas des vaccins contre la tuberculose (BCG) et la rougeole/fièvre jaune (VAR/VAA). Ces deux vaccins obligent les prestataires à conserver des jours dédiés à ces vaccins afin d'avoir le maximum d'enfants possible pour minimiser les gaspillages de vaccins. D'où la difficulté d'offrir des soins intégrés. Rappelons que ces vaccins sont conditionnés dans des flacons de 10 doses et leur durée de conservation après l'ouverture est de quelques heures. Comme le souligne ce prestataire :

« C'est dans le souci de minimiser les pertes que nous exigeons au moins huit enfants avant d'ouvrir le flacon. Si l'état pouvait nous doter des flacons en dose unique comme les autres ça nous

faciliterait la tâche ; sinon pour l'instant on est obligé d'avoir toujours des jours dédiés à ces vaccins, on ne peut pas faire l'intégration des soins dans ces conditions, les mères vont toujours faire des vas-et-viens. A défaut des doses uniques on peut nous donner des doses de cinq, comme ça même si c'est trois ou quatre enfants on peut ouvrir le flacon. Nous avons toujours évoqué le problème mais on nous a toujours répondu que c'est cher pour les pays pauvres... »

Par ailleurs il faut noter que le manque de matériels de mesure anthropométrique de la mère a entravé l'évaluation de l'état nutritionnel de la mère lors des visites postpartum et des CNS/vaccination.

Raisons probables des ruptures de stock

Les raisons probables de ces ruptures de stock sont la rupture chez le grossiste, la mauvaise gestion des stocks dans les formations sanitaires, la gratuité des soins et de la planification familiale. En effet, dans le système de santé du Burkina Faso, l'approvisionnement en médicaments est pyramidal : les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) doivent se ravitailler auprès du DRD qui à son tour se ravitaile à la CAMEG. Quand le produit n'est pas disponible à la CAMEG, le reste de la chaîne d'approvisionnement est en rupture. C'est ce qu'explique ce responsable de la gestion des stocks : « *Nous sommes en rupture d'Implano et de chlorhexidine parce que la CAMEG n'en a pas et nous n'avons pas le droit de nous ravitailler ailleurs* ». Par ailleurs la gratuité des soins prônée par l'état est aussi une des causes des ruptures de stocks car les responsables des formations sanitaires préfèrent commander les produits qui sont à vendre. Comme le souligne ce responsable d'une formation sanitaire : « *nous fonctionnons sur nos fonds propres générés par les tarifications des actes et la vente des médicaments ; l'Etat ne rembourse pas à temps voilà pourquoi...* » Au cours de l'interview avec un informateur clef, il a notifié que le système pyramidal d'approvisionnement en produit de santé pourrait aussi expliquer les ruptures constatées :

« ...vous savez c'est vrai qu'il ya un problème de gestion des stocks au niveau des formations sanitaires, mais il faut reconnaître aussi que le fait que les produits des formations sanitaires doivent nécessairement provenir de la CAMEG complique les choses ; parce que souvent les produits existent au niveau des grossistes privés mais le DRD ne peut pas s'y approvisionner... » informateur clef

III. Discussion

Cette étude visait à évaluer les effets de la non disponibilité des intrants sur l'offre intégrée des soins au couple mère-enfant au cours de la mise en œuvre de l'intervention. Si la disponibilité des intrants a facilité la prise en charge de la mère et de l'enfant, force est de reconnaître qu'au fil du temps, la rupture de stock de certains produits a entravé l'offre intégrée des soins au couple mère-enfant. Le conditionnement de certains vaccins entrave l'offre intégrée de soins. Cette situation a été rapporté dans des études antérieures (6,20,21). Il est grand temps de renforcer le plaidoyer auprès des firmes pharmaceutiques pour remédier à ce problème. Il est vrai que ces firmes sont prêtes à revoir le conditionnement si les pays sont prêts à payer le prix. Or la plupart de ces pays sont des pays à ressources limitées d'où la difficulté de l'obtention des vaccins unidoses. Mais une mutualisation des ressources des différents bailleurs pourrait être envisagée pour venir à bout de ce problème. Des études récentes ont montré que les firmes pharmaceutiques ont mis maintenant sur le marché des flacons de cinq doses. Le coût de ces flacons reste élevé, mais comparé aux gaspillages liés aux flacons de dix doses et surtout au nombre d'enfants qui pourrait être vaccinés les états doivent s'engager dans cette voie (22,23). C'est le cas du Togo qui, depuis Octobre 2024 a adopté les flacons de 5 doses pour la rougeole-rubéole afin de réduire les pertes et augmenter la couverture vaccinale (24).

La rupture de stock des produits rend difficile la prise en charge des malades. Cette situation est corroborée par des précédentes études sur la non disponibilité des médicaments anti cancéreux qui ont sérieusement entravé la prise en charge des malades (7,25). D'autres études sur la disponibilité des contraceptifs ont également rapporté l'effet de leur rupture sur l'offre de la planification familiale (9,11).

Par ailleurs, notre étude a relevé la politique de gratuité des soins comme une des causes de la rupture de certains produits de santé. Il serait bon que l'Etat fasse l'effort de rembourser à temps les crédits des différentes formations sanitaires. Les responsables des CSPS aussi devraient s'efforcer à renseigner correctement les différents outils afin de faciliter le remboursement

En outre, la mauvaise gestion des stocks a été aussi relevé comme source de rupture. En effet certaines formations sanitaires ne disposaient pas d'outils de gestion et ceux qui en disposaient ne les renseignaient pas. Malgré toutes les stratégies mises en œuvre pour

assurer la disponibilité des stocks de produits de santé surtout les produits SR, du TLHO-SR en passant par le Net SIGL et l'évaluation annuelle des produits contraceptifs, force est de constater que nous assistons toujours à la rupture de stock de ces produits SR.

Conclusion

Notre étude nous a permis de relever les effets de la non disponibilité des intrants sur l'offre intégrée des soins maternels et infantiles. La disponibilité des intrants facilite la prise en charge du couple mère-enfant. Mais une rupture de ces éléments entrave la mise en œuvre de certaines composantes de l'intervention. Afin d'assurer une réussite optimale des interventions, il est important d'assurer une disponibilité permanente des produits. Pour ce faire il faut un suivi régulier et rigoureux des stocks.

Références bibliographiques

1. Organization WH, UNICEF, others. Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015 [cité 9 juill 2016]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/194254>
2. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud Fam Plann* [Internet]. 2010 [cité 14 sept 2016];41(4):241-50. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1728-4465.2010.00250.x/abstract>
3. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy Plan* [Internet]. 1 janv 2010 [cité 29 oct 2021];25(1):1-14. Disponible sur: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czp053>
4. Ahmed S, Ahmed S, McKaig C, Begum N, Mungia J, Norton M, et al. The effect of integrating family planning with a maternal and newborn health program on postpartum contraceptive use and optimal birth spacing in rural Bangladesh. *Stud Fam Plann*. 2015;46(3):297-312.

5. Cooper CM, Wille J, Shire S, Makoko S, Tsega A, Schuster A, et al. Integrated Family Planning and Immunization Service Delivery at Health Facility and Community Sites in Dowa and Ntchisi Districts of Malawi: A Mixed Methods Process Evaluation. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4530.
6. Cooper CM, Ogotu A, Matiri E, Tappis H, Mackenzie D, Pfitzer A, et al. Maximizing Opportunities: Family Planning and Maternal, Infant, and Young Child Nutrition Integration in Bondo Sub-County, Kenya. *Matern Child Health J* [Internet]. oct 2017 [cité 30 oct 2021];21(10):1880-9. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-017-2341-9>
7. Thomas M. Analyse de l'effet de la pandémie de COVID-19 sur la disponibilité des produits de santé essentiels au Burkina Faso. [Ouagadougou]: Institut africain de santé publique (IASP); 2021.
8. Traore B. Disponibilité des produits de santé de la mère et de l'enfant dans les officines privés du district sanitaire de Kati: cas des contraceptifs. [Bamako/Mali]: Université des sciences , des Techniques et des Technologies de Bamako; 2024.
9. Grindlay K, Turyakira E, Kyamwanga IT. Expérience et impact des ruptures de stock de contraceptifs chez les femmes, les prestataires et les décideurs politiques de deux districts en Ouganda. 2018;
10. Cernada GP, Rob AK, Ameen SI, Ahmad MS. A situation analysis of public family planning service delivery in pakistan. *Int Q Community Health Educ*. 1 janv 1993;14(1):21-52.
11. Burke HM, Ambasa-Shisanya C. Qualitative study of reasons for discontinuation of injectable contraceptives among users and salient reference groups in Kenya. *Afr J Reprod Health* [Internet]. 2011 [cité 28 avr 2025];15(2). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/69624>
12. Zaidi B, Hussain S. Reasons for low modern contraceptive use— Insights from Pakistan and neighboring countries [Internet]. Population Council; 2015 [cité 14 juill 2025]. Disponible sur: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh/908
13. Cooper CM, Fields R, Mazzeo CI, Taylor N, Pfitzer A, Momolu M, et al. Successful proof of concept of family planning and immunization integration in Liberia. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(1):71-84.
14. Cooper CM, Kavle JA, Nyoni J, Drake M, Lemwayi R, Mabuga L, et al. Perspectives on maternal, infant, and young child nutrition and

- family planning: Considerations for rollout of integrated services in Mara and Kagera, Tanzania. *Matern Child Nutr* [Internet]. janv 2019 [cité 30 oct 2021];15(S1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12735>
15. Dulli LS, Eichleay M, Rademacher K, Sortijas S, Nsengiyumva T. Meeting postpartum women's family planning needs through integrated family planning and immunization services: results of a cluster-randomized controlled trial in Rwanda. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(1):73-86.
 16. Baqui AH, Arifeen SE, Williams EK, Ahmed S, Mannan I, Rahman SM, et al. Effectiveness of home-based management of newborn infections by community health workers in rural Bangladesh. *Pediatr Infect Dis J*. avr 2009;28(4):304-10.
 17. Bashour HN, Kharouf MH, Abdulsalam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nurs Boston Mass*. avr 2008;25(2):115-25.
 18. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch CMJ. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet Lond Engl*. 23 avr 2011;377(9775):1421-8.
 19. Duysburgh E, Kerstens B, Kouanda S, Kaboré CP, Belemsaga Yugbare D, Gichangi P, et al. Opportunities to improve postpartum care for mothers and infants: design of context-specific packages of postpartum interventions in rural districts in four sub-Saharan African countries. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. déc 2015 [cité 6 janv 2017];15(1). Disponible sur: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0562-8>
 20. Yugbaré Belemsaga D, Goujon A, Tougri H, Coulibaly A, Degomme O, Duysburgh E, et al. Integration of maternal postpartum services in maternal and child health services in Kaya health district (Burkina Faso): an intervention time trend analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. déc 2018 [cité 29 oct 2021];18(1). Disponible sur: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3098-6>
 21. Tougri H, Yameogo ME, Compaoré R, Dahourou D, Belemsaga DY, Meda B, et al. Gaps and opportunities for the integrated

- delivery of mother-child care, postpartum family planning and nutrition services in Burkina Faso, Côte d'Ivoire and Niger. *J Glob Health Rep* [Internet]. 29 déc 2022 [cité 30 oct 2023];6. Disponible sur: <https://www.joghr.org/article/57370-gaps-and-opportunities-for-the-integrated-delivery-of-mother-child-care-postpartum-family-planning-and-nutrition-services-in-burkina-faso-cote-d-ivoire>
22. Pourquoi des flacons de vaccins plus petits pourraient aider la Zambie à étendre la couverture vaccinale contre la rougeole [Internet]. [cité 17 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/pourquoi-flacons-vaccins-plus-petits-pourraient-aider-zambie-etendre-couverture-vaccinale-rougeole>
23. Des vaccins pour toutes et tous | UNICEF [Internet]. [cité 17 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/fr/agir/campagnes/des-vaccins-pour-tous>
24. Réduire les pertes, augmenter la couverture : le Togo adopte les flacons de 5 doses pour la rougeole-rubéole [Internet]. [cité 17 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/reduire-pertes-augmenter-couverture-togo-adopte-flacons-5-doses-rougeole-rubeole>
25. Guindo O. Impact de la disponibilité et de l'accès aux médicaments essentiels sur la qualité des soins dans le centre de santé de référence de Kati. [Bamako/Mali]: Université des sciences , des Techniques et des Technologies de Bamako; 2024.