

Revue Burkinabè de Santé Publique

ISSN: 2756 – 7621

Tendance de la disponibilité et capacité opérationnelle des services de planification familiale au Burkina Faso : étude quasi expérimentale en 2020 et 2022

Trend of availability and readiness of family planning services in Burkina Faso: a quasi-experimental study in 2020 and 2022

Danielle YUGBARE BELEMSAGA ^{*}1, Kadari CISSÉ ¹, Rachidatou COMPAORE ¹, Siaka LOUGUÉ ¹, Maurice YAMÉOGO ¹, Abdoul Aziz KINDA ¹, Blandine BILA¹, Relwendé NACANABO ¹, Souleymane BANDAOGO ¹, Assita GAOU ¹, Henri Gautier OUEDRAOGO¹, Seni KOUANDA²

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

2 : Institut Africain de Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso

* **Correspondance** : **YUGBARE BELEMSAGA Danielle**, +226 70138604 , Email : belemsagadanielle@yahoo.fr

Résumé

Introduction L'offre des services de planification familiale (PF) de qualité est essentielle pour le système de santé. L'objectif de cette étude était d'examiner la disponibilité des services et la capacité opérationnelle des FS à offrir les services de PF au Burkina Faso dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du Programme de Santé Sexuelle et Reproductive (PSSR).

Méthodes Nous avons effectué une étude quasi-expérimentale, avant-après avec et sans groupe de contrôle dans 249/278 FS de base et hôpitaux auprès des FS et des prestataires (367) et des clientes (672) des services de PF en 2020 et 2022. La disponibilité des méthodes contraceptives, les ruptures de stock et la capacité opérationnelle des FS (directives nationales/ personnel formé, équipements et produits PF) ont été analysés avec les tests de Mc Nemar et Wilcoxon paired matched, Chi2, et la double différence .

Résultats Les résultats montrent une différence significative de l'offre des méthodes contraceptives de longue durée avant 98% et 90% ($p=0,007$) et après 100% et 91% ($p=0,003$) entre les FS de base d'intervention et de contrôle. L'offre des méthodes contraceptives modernes est passée de 47% à 94% dans les hôpitaux ($p<0,0001$). La disponibilité des directives nationales et du personnel formé en PF y est passée de 79% à 94% ($p=0,0032$). Il y avait dans les FS de base une double différence significative ($p=0,026$) des ruptures des pilules contraceptives orales combinées.

Conclusion La disponibilité et la capacité opérationnelle des services de PF ont été améliorées. Cette amélioration ne peut être attribuée au PSSR..

Mots clés : Disponibilité des services, capacité opérationnelle des formations sanitaires, planification familiale, Burkina Faso.

Abstract

Introduction The availability of services and readiness of health facilities (HFs) to provide quality family planning services are essential to the health system. The objective of this study was to examine the availability of services and the readiness of HFs to offer family planning (FP) services in Burkina Faso as part of the mid-term evaluation of a Sexual and Reproductive Health Program.

Methods We conducted a quasi-experimental 'before-after' study with and without a control group in 249/278 basic facilities and hospitals with facilities, providers (367) and clients (672) of FP services in 2020 and 2022. The availability of contraceptive methods was measured, as well as the readiness, including three domains (guidelines & trained personnel, equipment, and FP products). We performed a descriptive analysis using McNemar's and Wilcoxon's paired matched tests, Chi2, and double difference tests.

Results The results show a significant difference in the provision of long-acting contraceptive methods before 98% and 90% ($p=0.007$) and after 100% and 91% ($p=0.003$) between the intervention and control of basic facilities, but a non-significant double difference. The provision of modern short-acting contraceptive methods increased from 64.47% to 94.6% in hospitals ($p<0.0001$). The readiness of guidelines and trained FP providers increased from 48% to 94% ($p<0.00032$). There was a significant double difference ($p=0.026$) in stockouts of combined oral contraceptive pills in basic facilities.

Conclusion: The availability and readiness of FP services have been improved. This improvement cannot be attributed to the PSSR.

Keywords: Availability of services, readiness of health facilities, family planning, Burkina Faso.

Introduction

Le grand nombre de décès maternels survenant dans certaines régions reflète les inégalités d'accès à des services de santé de qualité et met en évidence le fossé entre riches et pauvres. En 2023, le taux de mortalité maternelle dans les pays à faible revenu était de 346 pour 100 000 naissances vivantes, contre 10 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays à revenu élevé (1). Pour éviter les décès maternels, il est essentiel de prévenir les grossesses non désirées.

Les services de planification familiale (PF) contribueraient à une réduction de 25% du ratio de mortalité maternelle (2, 3). Les avantages des services de PF vont de la prévention des grossesses non désirées, à la planification des naissances et à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle (3-5). De plus, la PF contribue à la réduction de la pauvreté à travers l'autonomisation des femmes. Ce qui permet à ces dernières de participer aux besoins de la famille incluant les leurs (5, 6).

Le niveau de la mortalité maternelle dans les pays à faible revenu témoigne d'un gap d'accès aux services de soins maternels de qualité et équitable (7) particulièrement la PF. En effet, les évidences montrent que l'accessibilité et la disponibilité des services de santé maternels particulièrement de la PF varient selon les contextes et les études réalisées (3, 5).

Au Burkina Faso, selon les enquêtes démographiques et de santé en 2021, le ratio de mortalité maternelle était de 232 pour 100 000 naissances vivantes, les besoins non satisfaits en matière de contraception de 15% et la prévalence contraceptive moderne de 28% (8). Les services de PF rencontrent des défis persistants, en termes de disponibilité, d'accès aux méthodes contraceptives, ainsi que la satisfaction des besoins en planification familiale. Le bureau de l'Afrique de l'Ouest et du centre de l'UNFPA, se basant sur les résultats de l'analyse rétrospective des études sur la disponibilité des produits de santé sexuelle et reproductive (SSR) il serait nécessaire d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services et produits de SSR de manière globale dans le système de santé (9). Notre étude a pour objectif d'examiner la disponibilité des services et la capacité opérationnelle des formations sanitaires (FS) à offrir les services de PF au Burkina Faso. Elle a été réalisée dans le contexte de mise en œuvre du programme santé sexuelle et reproductive (PSSR) visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive (SSR) dont les services de PF par le renforcement du système de santé.

1 Matériels et méthodes

1.1 Cadre de l'étude PSSR

Le ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Burkina Faso en vue d'améliorer la santé sexuelle et reproductive (SSR) dont les services de PF par le renforcement du système de santé, met en œuvre depuis mars 2020 le programme de santé sexuelle et reproductive (PSSR). Les stratégies du PSSR ont consisté en la formation des prestataires de soins, l'équipement, les réhabilitations et construction des formations sanitaires ainsi que le renforcement de l'offre de l'accès aux services des soins et 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) sélectionnées sur choix raisonné dont toutes les centres Hospitalier Universitaires (CHU), Centres Hospitaliers régionaux (CHR) et Centres médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA) et quelques Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) et Centres Médicaux (CM) dans 12 régions sanitaires; au cours de l'an 2, 13 FS dont 11 (de la région du Sahel) ont été ajouté (soit 205 FS). Le programme a été mise en œuvre lors des deux premières années avec l'appui d'organisations non gouvernementales (ONG) internationales intervenant dans le domaine de la SR au Burkina. 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. L'intervention au cours des années 1 et 2 était ciblée puis mise à l'échelle nationale à l'année 3.

1.2 Type et période d'étude

Nous avons réalisé une analyse secondaire des données de l'évaluation à mi-parcours du PSSR. Il s'est agi d'une étude quasi-expérimentale suivant une approche mixte concomitante.

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

L'approche quantitative avec deux devis complémentaires a consisté en un devis quasi-expérimental "avant-après " avec un groupe de contrôle au niveau CSPS/CM un devis "avant-après " sans groupe de contrôle au niveau CMA, CHR et CHU.

Dans le cadre de l'évaluation, l'enquête Harmonisée des établissements de santé (Harmonized Health Facility Assessment (HHFA) conduite au Burkina Faso en 2020 a constitué l'enquête de base.

Le HHFA Burkina 2020 était une étude transversale à visée descriptive avec pour objectif d'évaluer l'offre des services de santé à travers la disponibilité et la qualité des prestations, la capacité opérationnelle des structures et le système de gestion et financement des formations sanitaires (FS) du Burkina Faso en 2020. Il a été conduit par l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) en collaboration avec la direction des statistiques sectorielles (DSS) du ministère de la santé avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS). Il s'est agi d'un recensement de toutes les FS publiques et privées du pays. La collecte des données a été réalisée de novembre 2020 à janvier 2021. L'outil de collecte des données était constitué de questionnaires OMS et adaptés au contexte. Il était adressé aux responsables de FS et des services/unités de soins. Un total de 2757 FS a été entièrement enquêtée sur 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 données ont été utilisées comme données de base de l'évaluation du programme PSSR. Les 205 FS publiques d'intervention du PSSR 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.

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.

1.4 Échantillonnage

L'échantillon comprend toutes les FS sites d'intervention ($n_1=205$).

Parmi les FS d'intervention, uniquement celles du premier niveau (CSPS, CM) ont été appariées avec des FS contrôles ($n_2=73$). Cela s'explique par le fait que l'intervention couvre toutes les FS de niveau CHU/CHR/CMA.

La taille d'échantillon des prestataires a été obtenue par la formule de Cochran (1963) : $n_0 = \frac{z^2 * pq}{e^2} = 385$, avec une probabilité de prestataires ayant déjà pratiqué des SAA et ISG maximisant la taille d'échantillon $p=0,5$ et le niveau de significativité de 0,05 ($z=1,96$) et une erreur $e=0,05$. Nous avons effectué une majoration de 7% pour les non-répondants.

Ainsi la taille finale de l'échantillon est de $n=410$.

Un prestataire a été enquêté par CSPS et 2 prestataires pour les FS. Les prestataires ont été sélectionnés au hasard parmi les prestataires du service de la maternité présents pendant l'enquête.

L'échantillonnage des clientes a suivi deux différentes méthodes, l'une au niveau CSPS/CM et l'autre CHU/CHR/CMA. Le calcul considère comme hypothèse un ratio de 1,5 soit une différence 10% de satisfaction de la planification familiale entre les groupes interventions et contrôles. Nous avons aussi considéré une puissance de 80% et niveau de signification de 0,05. En utilisant ces hypothèses, nous aboutissons à une taille d'échantillon de $n=314$ clientes de CSPS/CM par groupe. Nous avons majoré cette taille d'échantillon à 7% afin d'arrondir le nombre de cliente à 3 par CSPS/CM et de s'assurer que chaque CSPS/CM aura le même nombre. Ce qui donne une taille d'échantillon final de 672 pour CSPS/CM intervention et contrôles.

Ainsi, 3 clientes ont été interviewées par CSPS/CM au cours de l'enquête. Une cliente sur trois venues en consultation de PF a été interrogée jusqu'à ce que la cible soit atteinte.

Le calcul de la taille de l'échantillon des CMA/CHU/CHR, a été effectué avec la formule de Cochran : $n_0 = \frac{z^2 * pq}{e^2} = 385$. Nous avons considéré une erreur de 0,05 et un niveau de signification de 0,05. Avec une majoration de 2%, la taille finale de l'échantillon est de 392. Sept clientes ont été interviewées sur la PF au niveau des CMA, CHR et CHU.

La collecte de données a été conduite à l'aide d'un questionnaire électronique paramétré sur CSPro.

La population cible était constituée de (i) Formations sanitaires (FS) 278 dont 205 interventions et 73 contrôles, (ii) Prestataires de santé 410 en raison de 1 prestataire par CSPS et 2 par autre type de FS, (iii) Clientes dont le motif de consultation est la PF : 1064 dont 672 clientes PF dans CSPS/CM intervention et contrôles 3 par CSPS/CM et 392 clientes PF dans les hôpitaux (CMA/CHR/CHU) 7 par CMA/CHR/CHU

Une collecte précédée de la formation des enquêteurs et du prétest des outils a été faite à mi-parcours du 8 au 24 décembre 2022 auprès des FS d'intervention et d'un échantillon de formation sanitaire de contrôle. Elle a combiné trois cibles : les formations sanitaires, les prestataires de soins et les clientes.

Les indicateurs de l'étude sont la disponibilité des services de PF (méthodes de courtes et de longues durées, les ruptures de stock et la capacité opérationnelle des FS à fournir les services de PF. Les éléments traceurs utilisés pour le calcul de la capacité opérationnelle ont été répartis suivant trois domaines : i) directives nationales et personnel formé ii) Equipement (Tensiomètre) iii) Médicaments et produits de PF. Un score a été calculé pour chaque domaine et le score global de capacité opérationnelle est le score moyen des trois domaines cités ci-dessus.

L'approche qualitative a consisté en une étude transversale auprès de cibles et d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PSSR au cours de l'évaluation à mi-parcours du PSSR. La collecte des données a été réalisée en décembre 2022 dans 13 FS (2 CHU, 2 CHR, 5 CMA, 2 CM, 2 CSPS) dans 10 régions sanitaires retenue par choix raisonné. Les entretiens individuels semi-structurés ont été conduits à l'aide de grille d'entretien avec les prestataires (n=20), les clientes des services de PF (n=20) : 10 dans CSPS/CM et 10 dans les CMA/CHR/CHU, les conjoints de clientes de PF (n=3) et les informateurs clefs (n=12).

1.5 Analyse des données

Analyse des données quantitatives

Le logiciel STATA 18 a été utilisé pour effectuer une analyse descriptive et explicative des données quantitatives.

Un score a été calculé en fonction de la disponibilité des éléments traceurs de chaque domaine ensuite ces derniers ont permis de calculer un score moyen global de capacité opérationnelle. L'évaluation de capacité opérationnelle au Burkina Faso a été faite à l'échelle des hôpitaux. Elle se base sur le manuel de référence de l'OMS adapté au contexte (10).

Les analyses de comparaison intervention-contrôle ont été réalisées avec les tests de Mc Nemar et de Wilcoxon paired matched. Les tests de chi², de proportions et de moyenne ont également été utilisés pour des comparaisons. La méthode de la double différence (Diff in Diff) a été faite pour évaluer l'efficacité du programme à améliorer l'offre des services.

Analyse des données qualitatives

Les entretiens individuels approfondis réalisés ont été enregistrés à l'aide de dictaphones, avec l'accord des personnes enquêtées. Les données collectées ont été transcrites en français sur Word. A l'aide du logiciel QSR Nvivo 13, elles ont par la suite été codées combinant une approche déductive et inductive suivant des thématiques. Les données ont été analysées de manière intégrée et convergente avec les données quantitatives pour une meilleure compréhension des résultats selon la connexion.

1.6 Considérations éthiques

Les protocoles des études primaires HHFA 2020 et l'évaluation à mi-parcours du PSSR ont obtenu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) du Burkina Faso par délibération N°2020-08-153 du 12 Aout 2020, N°2022-05-107 du 04 mai 2022 et Amendement au protocole par Délibération N°2022-000167/MSHP/MESRI/ CERS du 12 octobre 2022.

2 Résultats

2.1 Caractéristiques des FS, des prestataires et des clientes de l'évaluation à mi-parcours

Les FS enquêtées ont été au nombre de 249 sur 278 prévues (89%) soit pour les sites d'intervention 179/205 (87%) et pour les sites contrôles 70/73 (96%) (Annexe 1 : Répartition des FS par type selon le groupe). Plusieurs FS notamment d'intervention (n=26) n'ont pu être enquêtées parce qu'ils se trouvaient dans des zones à fort déficit sécuritaire.

Pour ce qui est des prestataires, 367/410 prévus (90%) ont été enquêtés, du fait que 43 FS étaient inaccessibles et ont été exclus. La majorité des prestataires (66%, n=182) ont été enquêtés dans les FS de base et 34% (n=93) dans les hôpitaux. Plus de trois quarts des prestataires étaient de sexe féminin, presque trois quarts des sage-femmes/maïeuticiens d'Etat, 83% ont un âge compris entre 30 et 49 ans, 70% ont un niveau d'étude secondaire et un tiers ont entre 5 et 9 années d'expérience.

En ce qui concerne les clientes de PF, volet quantitatif 895/1064 (84%) ont été enquêtés, 80% mariées, 79% de femmes vivant en milieu urbain, 36% non scolarisées, 37% de niveau d'étude secondaire ou plus et de 61% ayant une activité rémunératrice.

Tableau 1 : Caractéristiques des clientes de PF enquêtées

Motif de Consultation	Effectif	Pourcentage
Planification familiale	895	100,0
Milieu d'implantation		
Urbain	703	78.55
Rural	192	21.45
Age		
14-24 ans	317	35.50
25-34 ans	403	45.13
35-49 ans	173	19.37
Niveau d'instruction		
Non scolarisé	323	36.09
Primaire	241	26.93
Secondaire/Supérieur	331	36.98
Etat matrimoniale		
Non marié	177	19.78
Mariée	718	80.22
Enfants nés vivants		
0-1	212	26.53
2	195	24.41
3	160	20.03
4+	232	29.04
Activité rémunératrice		
Oui	546	61.01
Non	349	38.99

Volet qualitatif

Au total, 69 entretiens individuels approfondis (EIA) . Les EIA ont concerné 32 clientes des services PF et 3 conjoints de clientes PF. Les EIS ont été réalisés avec 32 clientes PF, 66% vivant en milieu urbain, 44% non scolarisés et 40% ayant au plus un enfant. Les prestataires de soins enquêtés interviewés étaient au nombre vingt-et-un (21) sur une prévision de vingt (20), dont 14 (66%) de sexe féminin, 13 (62%) Sage-femme/Maieuticien, 4 (19%) et 2 (10%) Gynécologues obstétriciens et 2 (10%) Médecins généralistes. Treize (13) entretiens individuels ont également concernés les informateurs-clefs repartis en niveau central (7), niveau opérationnel (1) et niveau ONG (5)

2.2. Disponibilité des services de PF et capacité opérationnelle des FS à fournir les services de PF

Le tableau 2 présente la disponibilité des méthodes contraceptives et le score de capacité opérationnelle entre les formations sanitaires d'intervention et celles de contrôle avant et après l'intervention. On note une différence significative de l'offre de l'ensemble des méthodes de longue durée d'action avant ($p=0,0007$) et après ($p=0,0003$) entre les groupes Intervention et Contrôle dans les formations sanitaires de base. Cependant, la double différence n'est pas statistiquement significative.

Il y a une augmentation ($p=0,0032$) entre la période avant et après l'intervention pour le score des directives et personnel formé pour les hôpitaux (79% contre 94%). Cependant, une diminution ($p=0,0043$) significative du score de disponibilité des médicaments et produits (91% contre 70%) a été constatée. Pour ce qui concerne l'offre de l'ensemble des méthodes contraceptives de longue durée d'action, il n'y a de différence significative entre les formations sanitaires d'intervention et de contrôle.

Tableau 2 : Disponibilité et capacité opérationnelle des services de Planification familiale entre les groupes d'intervention et de contrôles au niveau des CSPS/CM et dans les hôpitaux avant et après l'intervention.

dans les hôpitaux avant et après l'intervention.										
Items	HÔPITAUX			CSPS/CM						
	Avant	Après	P-value	Avant			Après			Diff and diff
				Intervention	Contrôle	P-value	Intervention	Contrôle	P-value	P-value
N	47	47		132	70		132	70		
Disponibilité										
Disponibilité de l'ensemble des méthodes courtes durée d'action (%)	63,8	95,7	0,0001	53,8	47,1	0,234	98,5	92,9	0,313	0,897
Disponibilité de l'ensemble des méthodes longue durée d'action (%)	97,9	97,9	1	97,7	90	0,007	100	91,4	0,003	0,833
Disponibilité d'au moins une méthode moderne de PF (%)	100	100	1	100	100	-	100	100	-	-
Disponibilité de l'ensemble des méthodes modernes de PF(%)	46,8	93,6	<0,0001	25,8	22,9	0,572	98,5	85,7	0,013	0,174
Capacité opérationnelle										
Score directives nationales et personnel formé en PF (%)	79,4	94,3	0,0032	82,8	76,7	0,082	93,4	86,7	0,056	0,903
Score équipement (%)	97,9	95,7	0,5637	95,5	100	0,048	98,5	97,1	0,559	0,07
Score médicaments et produits de PF (%)	90,8	70,2	0,0043	82,3	83	0,877	68,1	72,3	0,345	0,577
Score moyen de la capacité opérationnelle de PF (%)	89,4	86,8	0,4641	86,9	86,6	0,889	86,7	85,4	0,557	0,752

Tous les prestataires enquêtés auraient reçu une formation sur les SSR dont la PF dans les FS de contrôle ou d'intervention. Les modules dispensés ont permis aux prestataires enquêtés d'intervenir assez efficacement dans les services. La formation a d'abord consisté à identifier et former un pool de formateurs. Ce dernier était chargé d'assurer la formation des prestataires sur les différents sites. A ce propos, une sage-femme de 43 ans avec 13 ans d'expérience, dans un CMA parlait ainsi :

« Au tout début, il y a une formation des formateurs. On est venu former les gens sur le site en 2020 au CMA ici. C'était une formation théorique et pratique sur la planification familiale, les soins après avortement et l'ISG-loi... Les phases théoriques, ce sont les présentations, maintenant les phases pratiques, c'est avec des mannequins où on a démontré la planification familiale, comment insérer les implants, les DIU, intervalles, post-partum et post-abortum ».

Cette gynécologue de 53 ans, avec 16 ans d'expérience professionnelle dans un CHR témoigne.

« On a reçu la formation sur la planification post-partum et les soins après l'avortement, la clarification des valeurs et l'interruption sécurisée de la grossesse autorisée selon la loi ».

Pour cette SFE, la formation lui a permis d'offrir un meilleur counseling qui permet d'avoir davantage de femmes qui adoptent le DIU :

« ...Après la formation, DIU a marché, Parce que, non seulement on ne focalisait pas trop notre counseling sur DIU... Les femmes ne voulaient pas en entendre parler... Elles te posent beaucoup de questions, donc du coup on dit, mais on ne s'attardait pas trop là-dessus. On s'attardait sur les implants, les injectables, les pilules comprimées et c'est tout ».

2.3. Rupture de stock des produits PF

Le tableau 3 présente les ruptures de stock des produits PF dans les FS d'intervention et de contrôle (CSPS/CM) et aussi dans les hôpitaux avant et après l'intervention. Il n'y avait pas de différence significative de la double différence des ruptures de stock des produits PF entre les FS sites d'intervention et contrôles sauf pour ce qui concernent les pilules contraceptives orales combinées.

Plusieurs acteurs reconnaissent que les ruptures sont dues à des insuffisances dans le mécanisme de suivi d'autocontrôle comme le confie cet informateur-clef :

« L'insuffisance dans le suivi et la gestion des stocks a vraiment créé des ruptures qui n'ont pas été réduits à temps ».

Pour cet autre informateur-clef, c'est un manque de maîtrise de la procédure de gestion des stocks qui a produit ces ruptures :

« ... le projet devrait tenir compte des délais de commandes ou bien ? Combien ça peut mettre comme temps et en fonction du stock qui reste et ils savent qu'il reste peut-être un mois, deux mois... et ils lancent la commande ...Mais c'est ce qui n'est pas fait ».

Tableau 3 : Ruptures de stock en produits contraceptifs dans les groupes d'intervention et de contrôles au niveau des CSPS/CM et dans les hôpitaux avant et après l'intervention

Items	HÔPITAUX (%)			CSPS/CM (%)						
	Avant	Après	P-value	Avant		P-value	Après		Diff and diff	
				Intervention	Contrôle		Intervention	Contrôle	P-value	P-value
N	47	47		132	70		132	70		
Implants	0	8,3	0,0833	0,9	0	0,8	9,4	13,8	0,231	0,295
DIU	0	0		0	1,6	0,508	6,4	2	0,096	0,093
Contraceptifs injectables Combinés	13,3	0	0,3173	17,2	6,7	0,081	4,3	5,4	0,808	0,123
Pilules contraceptives orales combinées	0	9,4	0,0833	0,9	1,8	0,835	17,6	5,6	0,004	0,026
Pilules contraceptives uniquement progestatives	0	0		12,1	6,5	0,217	3,3	3,6	0,948	0,345
Contraceptifs injectables uniquement progestatifs	0	0		0	0	1	7,3	8,8	0,623	0,715

3 Discussion

Cette étude avait pour objectif d'examiner la disponibilité des services et la capacité opérationnelle des FS à offrir les services de PF au Burkina Faso dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du PSSR. Les principaux résultats ont montré que l'offre des services de PF s'est renforcée. Les méthodes de longue durée d'action ne différaient pas significativement entre les groupes intervention et contrôle. Celles de courte durée d'action a augmentée significativement dans les hôpitaux. Le capacité opérationnelle en directives et personnel formé et en équipement a augmenté significativement dans les hôpitaux. Il n'y a pas de différence significative de la double différence des ruptures de stock des produits PF entre les FS sites d'intervention et contrôles sauf pour ceux qui concerne les pilules contraceptives orales combinées.

Les résultats ont montré une amélioration des services de SSR dont la PF. Le PSSR est un programme qui a visé le renforcement de l'offre des méthodes contraceptives. Les pratiques à haut impact (PHI) dans la PF ont été classées suivant plusieurs catégories dont la prestation des services l'environnement favorable, et le renforcement de PHI (11). La prestation de soins inclut la PF du post partum immédiat, les services mobiles de proximité, l'intégration de la PF aux services postpartum (11). L'accroissement des méthodes contraceptives dont les autosoins, la PF du postpartum immédiat est nécessaire pour satisfaire les besoins des femmes en matière de PF (12). Les autosoins seraient adaptés au contexte de crise sécuritaire (13).

Dans l'offre des services de PF, l'intégration dans d'autres services de santé tels que les services post-partum de la mère et de l'enfant, les services de vaccination et la nutrition contribueraient au renforcement de ces services (14). Néanmoins, les protocoles et documents de politiques ne donnent pas des directives pour l'intégration des services (15).

L'utilisation des technologies numériques au service des systèmes et des prestataires des services de PF est de la catégorie du renforcement des PHI(11). Les stratégies de mobile Health ciblent l'utilisation de message téléphonique SMS, le suivi virtuel et la téléconsultation contribueraient à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans les pays à faibles revenus (16, 17). De plus, la digitalisation serait prometteuse pour la santé maternelle (7).

La gestion de la chaîne d'approvisionnement relève de l'environnement favorable (11). Les causes de ruptures de stock identifiées dans notre étude sont les insuffisances dans le mécanisme de suivi d'autocontrôle. Elles sont principalement les défaillances de la chaîne d'approvisionnement qui vont des retards d'expression de besoins de réapprovisionnement aux délais de livraison (9). Les ruptures de stock de produits contraceptifs conduiraient à l'interruption de la méthode choisie, à une augmentation du taux d'abandon, avec un risque de grossesses non désirées. Les solutions afin de sécuriser les produits contraceptifs seraient l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement, la digitalisation de la gestion logistique (9).

Notre étude a des limites. Les deux évaluations n'ont pas utilisé les mêmes composantes. En effet, l'évaluation de base est une enquête auprès des formations sanitaires alors que l'évaluation à mi-parcours couvrirait non seulement les FS mais également les clientes et les prestataires des services de PF. Cette dernière comportait un volet qualitatif. Cette différence contribue à mieux évaluer les effets du PSSR sur les services de PF.

Conclusion

Notre étude qui visait à évaluer la disponibilité des services et la capacité opérationnelle des FS à offrir les services de PF au Burkina Faso à travers une étude quasi expérimentale sur le programme PSSR a montré que l'offre de services de PF s'est renforcée. Les services de PF à travers l'environnement favorable, la prestation de services et le renforcement de PHI ont été soutenus. Il importe d'évaluer les coûts des services de PF dans un contexte de gratuité. En effet, la gratuité des services de PF au Burkina est passée à l'échelle en juillet 2020.

Conflits d'intérêts

Aucun

Remerciements

Aucun

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Mortalité maternelle 2025 [updated 7 avril 2025; 05 Octobre 2025]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. Ahmed S.; Li Q.; Liu L. and Tsui A.O. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. The Lancet. 2012;380(9837):111-25.

3. Enyew E.B.; Tareke A.A.; Ngusie H.S.; Kasaye M.D.; Kebede S.D. and Feyisa M.S. Long-acting family planning uptake and associated factors among women in the reproductive age group in East Africa: multilevel analysis. *Frontiers in Global Women's Health*. 2025;6:1444784.
4. Organisation mondiale de la Santé. Planification familiale/méthodes de contraception 2025 [cited 2025 11 Aout 2025]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
5. Aregay W.; Azale T.; Sisay M. and Gonete K.A. Utilization of long acting reversible contraceptive methods and associated factors among female college students in Gondar town, northwest Ethiopia, 2018: institutional based cross-sectional study. *BMC Research Notes*. 2018;11(1):862.
6. Barot Sneha. The benefits of investing in international family planning and the price of slashing funding. *Guttmacher Policy Rev*. 2017;20:1-4.
7. Tunçalp Ö.; Vogel J.P.; Kouanda S. and Liabsuetrakul T. Building a sustainable model for global maternal health. *British Medical Journal Publishing Group*; 2025.
8. 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.
9. United Nations Population Fund West and Central Africa Regional Office. Etude rétrospective sur l'offre et la disponibilité des produits de santé reproductive dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre: Période de 2017 à 2023. *WCARO/UNFPA*; 2025.
10. Organisation mondiale de la Santé. Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA): un outil d'évaluation des établissements de santé: manuel de référence. Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA): un outil d'évaluation des établissements de santé: manuel de référence 2014.
11. USAID. Les pratiques à haut impact en termes de planification familiale (PHI). Liste des pratiques à haut impact (PHI) dans la planification familiale Washington, DC: USAID; 2019 [Available from: https://www.fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2021/03/HIP_List_Fre.pdf].
12. Burke H.M.; Ridgeway K.; Murray K.; Mickler A.; Thomas R. and Williams K. Reproductive empowerment and contraceptive self-care: a systematic review. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2022;29(3):2090057.
13. Dawson A.; Tappis H. and Tran N.T. Self-care interventions for sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):757.
14. Yugbaré Belemsaga D.; Goujon A.; Tougri H.; Coulibaly A.; Degomme O.; Duysburgh E. and 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 services research*. 2018;18(1):298.
15. Tougri H.; Compaoré R.; Yameogo W.M.E.; Congo B.; Coulibaly A.; Belemsaga D.Y. and al. To what extent are maternal and child health, family planning, and nutrition policies supporting integrated service delivery in Burkina Faso, Côte d'Ivoire, and Niger? *Archives of Public Health*. 2025;83(1):101.
16. Aung B.; Mitchell J.W. and Braun K.L. Effectiveness of mHealth interventions for improving contraceptive use in low-and middle-income countries: a systematic review. *Global Health: Science and Practice*. 2020;8(4):813-26.
17. Zulu Ethan M. and Sukwa Thomas. Impact of mHealth on contraceptive use among women and men of reproductive age in low - and middle - income countries: a systematic review and meta - analysis. *Tropical Medicine & International Health*. 2020;25(10):1182-97

Annexe 1 : répartition des FS par type selon le groupe

Groupe	Type de formation sanitaire					Total
	CHU	CHR	CMA	CM	CSPS	
Intervention	5	9	33	48	84	179
Contrôle	0	0	0	20	50	70
Total	5	9	33	68	134	249