



Rapport D'Activités de la Phase de Démonstration du Collaboratif d'Amélioration de la Qualité des Services et Soins VIH en Côte d'Ivoire

JUIN 2011



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

PROJET
D'AMÉLIORATION
DES SOINS DE SANTÉ

Remerciements: Ce document a été produit avec le généreux soutien du peuple Américain a travers le Plan d'Urgence du Président Américain pour le SIDA (PEPFAR), USAID et son Projet d'amélioration de la qualité des soins (HCI), et le Centre Américain de Contrôle et de prévention des Maladies (CDC).

TABLE DES MATIERES

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INTRODUCTION..... | 1 |
| 2 | PRESENTATION DU PROJET D'AMELIORATION DES SOINS DE SANTE DE L'USAID..... | 1 |
| 2.1 | Présentation de l'URC..... | 2 |
| 2.2 | Stratégie d'intervention du Projet HCI en Côte d'Ivoire..... | 2 |
| 3 | APERÇU GLOBAL DES ACTIVITES..... | 3 |
| 3.1 | Analyse de la situation de la qualité des services sur les sites de prise en charge..... | 3 |
| 3.2 | Restitution des résultats de l'analyse situationnelle de la qualité des services..... | 3 |
| 3.3 | Activités préparatoires de la phase de démonstration..... | 4 |
| 3.4 | Activités de formation..... | 5 |
| 3.5 | Sessions d'apprentissage..... | 5 |
| 3.6 | Visites de coaching..... | 6 |
| 3.7 | Restitution de la première phase..... | 6 |
| 4 | RESULTATS..... | 6 |
| 4.1 | Au niveau de la prise en charge ARV..... | 7 |
| 4.1.1 | Documentation..... | 7 |
| | Tableau Numéro 1 : Changements mis en œuvre pour améliorer la documentation de la PEC..... | 8 |
| 4.1.2 | Rétention..... | 9 |
| | Tableau Numéro 2 : Changements mis en œuvre pour améliorer la rétention des patients dans la PEC..... | 9 |
| 4.2 | Au niveau de la PTME..... | 10 |
| 4.2.1 | Documentation..... | 10 |
| | Tableau Numéro 3 : Changements mis en œuvre pour améliorer la documentation de la PTME..... | 11 |
| 4.2.2 | Rétention..... | 11 |
| | Tableau Numéro 4 : Changements mis en œuvre pour améliorer la rétention dans la PTME..... | 12 |
| 5 | SUCCESS STORIES..... | 13 |
| 6 | DEFIS..... | 14 |
| 7 | PERPECTIVES..... | 14 |
| 8 | CONCLUSION..... | 14 |

Liste des figures et des tableaux

| | | |
|------------------|--|----|
| Figure 1 | : Etapes séquentielles des phases du collaboratif..... | 3 |
| Graphique 1 | : Pourcentage de patients ayant tous les items renseignés dans le dossier..... | 7 |
| Graphique 2 | : Pourcentage de patients perdus de vue en cours de traitement..... | 9 |
| Graphique 3 | : Pourcentage de clients ayant tous les items renseignés dans le registre PTME..... | 10 |
| Graphique 4 | : Pourcentage d'enfants nés de femmes VIH+ qui sont testés..... | 12 |
| Tableau Numéro 1 | : Changements mis en œuvre pour améliorer la documentation de la PEC..... | 8 |
| Tableau Numéro 2 | : Changements mis en œuvre pour améliorer la rétention des patients dans la PEC..... | 9 |
| Tableau Numéro 3 | : Changements mis en œuvre pour améliorer la documentation de la PTME..... | 11 |
| Tableau Numéro 4 | : Changements mis en œuvre pour améliorer la rétention dans la PTME..... | 12 |

ACRONYMES

| | |
|---------|--|
| AMD | Assistant Moniteur de Données |
| AQ | Amélioration de la Qualité |
| ARV | Antirétroviral |
| CAT | Centre Anti Tuberculeux |
| CDV | Conseil Dépistage Volontaire |
| CEPREF | Centre de Prise en Charge, de Recherche et de Formation |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CHS | Center for Human Services |
| CPN | Consultation Prénatale |
| DBS | Dry Blood Spot |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DIPE | Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation |
| EAQ | Equipe d'Amélioration de la Qualité |
| EGPAF | Elisabeth Glaser Pediatric Aids Foundation |
| HCI | Projet d'Amélioration des soins de Santé |
| ICAP | International Center for AIDS |
| IEC | Information – Education - Communication |
| INSP | Institut National de la Santé Publique |
| OEV | Orphelin et Enfant Vulnérable |
| ONUSIDA | Organisation des Nations Unies pour le SIDA |
| ONG | Organisations Non-Gouvernemental |
| PCR | Polymérase Chain Réaction |
| PDV | Perdu De Vue |
| PEC | Prise En Charge |
| PEPFAR | Le Plan d'Urgence du Président Américain pour le SIDA |
| PIAVIH | Personne Infectée et Affectée par le VIH |
| PMI | Protection Maternelle et Infantile |
| PMO | Partenaire de Mise en Oeuvre |
| PNOEV | Programme National des Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH |
| PNPEC | Programme National de Prise en Charge |
| PSP | Pharmacie de la Santé Publique |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère Enfant |
| PVVIH | Personne Vivant avec le VIH |
| RDV | Rendez-vous |
| SSSU | Service de Santé Scolaire et Universitaire |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| URC | University Research Co., LLC |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

SOMMAIRE EXECUTIF

Une évaluation initiale de la qualité de la prise en charge des Personne Vivant avec le VIH (PVVIH) réalisée en Juillet-Août 2008 dans 33 structures sanitaires réparties sur tout le territoire national, a montré d'importantes opportunités d'amélioration aux différentes composantes de la prise en charge.

Ainsi le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC) / Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Projet de l'Amélioration des Soins de Santé (HCI) de l'USAID en Côte d'Ivoire et plusieurs autres partenaires, ont convenu de mettre en œuvre une approche collaborative d'amélioration de la qualité des services VIH.

Après la restitution des résultats de l'évaluation initiale et la mise en places des organes du collaboratif, 41 sites (dont 34 sites de la Prévention de la Transmission Mère Enfant, ou PTME, et 38 sites de la prise en charge des antirétroviral, ou ARV) ont été sélectionnés pour la phase de démonstration du collaboratif. Ces sites se répartissent sur 28 districts sanitaires, eux-mêmes répartis dans 13 régions administratives.

Des sessions de formation dispensées par HCI/Côte d'Ivoire avec l'assistance technique de HCI/Niger, ont permis de former 25 personnes issues des structures nationales et des partenaires au développement (PNPEC, PSP, DIPE, DGS, ACONDA, CARE, ICAP, EGPAF) et 13 coachs nationaux. L'assistance technique apportée aux équipes d'amélioration de la qualité des sites s'est faite pendant les sessions d'apprentissage et les sessions de coaching.

Tous les sites de prise en charge ou de PTME ont fait un suivi mensuel des mêmes indicateurs. Les équipes ont testé certains changements pour apprécier leur effet. Les résultats présentés ci-dessous démontrent l'amélioration globale obtenue à travers ce réseau de sites.

Au niveau de la prise en charge, les pourcentages des items renseignés dans les dossiers client et celui des « perdus de vue » sont passés respectivement de 12% en juillet 2008 à 88% en juin 2010 et de 27% en juillet 2008 à 16% en juin 2010. Pour la PTME, le pourcentage de clientes ayant tous les items renseignés dans le registre PTME est parti de 21% en juillet 2008 pour atteindre 87% en juin 2010. Le pourcentage d'enfants nés de femmes VIH+ qui sont testés a évolué de 17% en octobre 2008 à 67% en juin 2010. Les actions entreprises pour obtenir ces améliorations ont consisté en la sensibilisation, au renforcement des compétences, au contrôle des activités, et à la modification des processus.

I INTRODUCTION

L'impact de l'infection à VIH sur les populations et sur tous les secteurs d'activités a fait de ce fléau un véritable problème de développement pour les pays touchés.

La Côte d'Ivoire avec un taux de prévalence de 3,9% (Organisation des Nations Unis pour le SIDA, ou ONUSIDA, 2008) dans la population générale, est le pays le plus atteint en Afrique de l'Ouest. Cette situation a motivé le développement de plusieurs stratégies nationales dont l'une est l'accessibilité universelle des soins aux Personne Infectée et Affectée par le VIH (PIAVIH). Ainsi elle a ainsi opté pour une décentralisation et une intégration de la prise en charge dans les services de santé horizontaux. Ce qui a permis le développement d'activités de prise en charge dans de nombreuses structures sanitaires par du personnel médical et paramédical polyvalent. Ces structures de santé, par le biais du financement du Plan d'Urgence du Président Américain pour le SIDA (PEPFAR) reçoivent un appui de partenaires de mise en œuvre pour le développement des activités de prise en charge des PIAVIH.

Une évaluation initiale de la qualité de la prise en charge des PVVIH réalisée en Juillet-Août 2008 dans 33 structures sanitaires réparties sur tout le territoire national, a montré d'importantes opportunités d'amélioration aux différentes composantes de la prise en charge.

Ainsi, le Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes vivant avec le VIH (PNPEC) / Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Projet de l'Amélioration des Soins de Santé de USAID et plusieurs autres partenaires, ont convenu de mettre en œuvre une approche collaborative d'amélioration de la qualité des soins et services offerts aux PVVIH.

Cette approche collaborative se déroule en deux phases, une phase de démonstration et une phase d'extension. La phase de démonstration s'est déroulée de janvier 2009 à juin 2010. Elle a concerné 41 sites qui sont des structures sanitaires publiques et privés impliquées dans la prise en charge des PVVIH. Ce rapport présente les résultats obtenus au cours de cette phase de démonstration.

2 PRESENTATION DU PROJET D'AMELIORATION DES SOINS DE SANTE DE L'USAID

Le Projet d'Amélioration des Soins de Santé (Health Care Improvement Project ou HCI) est un projet d'une durée de cinq ans et financé par l'USAID et géré par l'University Research Co., LLC (URC) pour aider les pays à améliorer la qualité et l'impact des services de santé. Le projet est guidé par l'idée que la qualité des soins de santé peut-être améliorée de façon importante en adoptant des approches et techniques spécifiques qui ont déjà fait leurs preuves dans le domaine de l'Amélioration de la Qualité (AQ), HCI assiste les programmes dans les pays afin de mettre en place des interventions qui ont démontré des résultats positifs sur la santé de l'enfant, les soins maternels et du nouveau-né, le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme, et la santé de la reproduction.

Le Projet HCI aide également les pays à étendre la couverture des services essentiels, à mieux répondre aux besoins des populations non encore atteintes (en particulier les femmes), à augmenter l'efficacité des soins et réduire les coûts liés à la faible qualité des services, et à améliorer la capacité, la motivation, et la rétention des agents de santé. Le Projet HCI se fonde sur le succès du Projet Assurance Qualité (1990 – 2007) qui a adopté des approches AQ adaptés aux besoins des pays assistés par l'USAID telles que l'Amélioration de la Qualité Continue, les Collaboratifs d'Amélioration, les systèmes d'Accréditation, et la mise en place de contrats liés à la performance.

En Côte d'Ivoire, à la demande de l'USAID/Côte d'Ivoire et du PEPFAR, le Projet HCI a pour mission de:

- Appuyer et renforcer le PNPEC pour élaborer et mettre en œuvre un programme en vue d'améliorer la qualité des services et des soins;

- Apporter un appui technique au Programme National des Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH (PNOEV) et ses partenaires de mise en œuvre (PMO) pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux orphelins et enfants vulnérables (OEV);
- Apporter un appui technique à tous les programmes en matière d'amélioration de la qualité des programmes Abstinence, Fidélité et les autres types de prévention.

2.1 Présentation de l'URC

University Research Co., LLC (URC) est une agence d'expertise Américaine dont le siège est à Bethesda dans l'état de Maryland (USA). URC et son institution affiliée à but non lucratif, le Center for Human Services (CHS) gèrent des opérations de terrain dans plus que trente pays qui représentent toutes les régions du monde en développement.

L'URC et le CHS ont pour mission fondamentale d'améliorer la qualité et l'accès aux services sanitaires, sociaux et éducatifs aux Etats Unis et dans les pays en développement. Ainsi l'URC et son associé contribuent à instaurer des environnements qui permettent aux collectivités, aux prestataires, aux gestionnaires et aux autres parties prenantes d'obtenir des changements durables.

Les domaines d'intervention d'URC-CHS sont:

- Le changement de comportement et communication;
- L'éducation et formation;
- Le renforcement de la gestion et des systèmes de santé;
- La gestion de qualité;
- La Recherche et évaluation.

L'URC et le CHS interviennent dans les programmes tels que:

- La survie de l'enfant;
- La réforme des politiques de santé;
- L'équivalence du diplôme de fin d'étude secondaire et la formation en connaissance de vie;
- La Santé de la reproduction;
- La Prévention de l'abus de substances.

2.2 Stratégie d'intervention du Projet HCI en Côte d'Ivoire

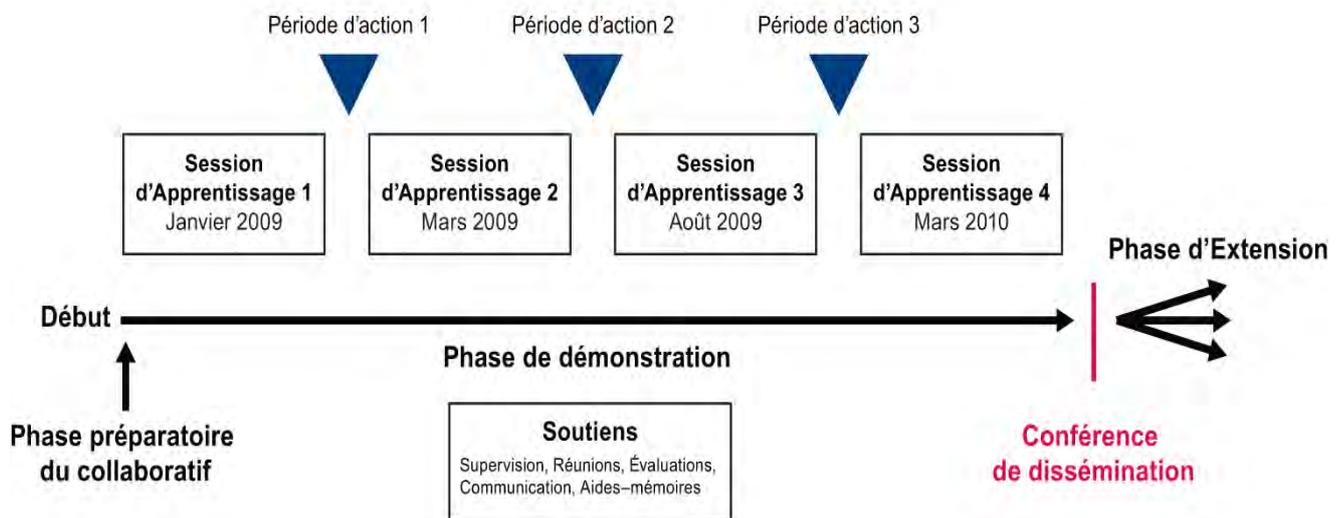
La stratégie d'intervention utilisée par le Projet HCI en Côte d'Ivoire est appelée le « collaboratif ». Un « Collaboratif d'amélioration » est un système d'apprentissage partagé. Il regroupe plusieurs équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) issues de différents hôpitaux et des centres de santé. Ayant un objectif commun, ces EAQ travaillent ensemble dans une saine compétition en utilisant des méthodes d'amélioration de la qualité. Dans le collaboratif d'amélioration, les EAQ utilisent des indicateurs communs pour mesurer leurs progrès eu égard aux objectifs fixés.

Les EAQ apportent des changements aux processus locaux pour assurer la mise en œuvre efficace des normes. Ces changements sont des acquis qui pourraient comprendre des pratiques cliniques basées sur des preuves scientifiques, des pratiques sociales qui sont des bonnes pratiques utilisées pour une meilleure prestation de service. Ces acquis constituent le « paquet de changements » du collaboratif. Les collaboratifs sont conçus comme une stratégie d'amélioration limitée dans le temps, atteignant généralement des résultats significatifs dans un délai de 9 à 18 mois, bien que des améliorations soient souvent constatées plus tôt. Cependant, en cas de réaménagement de systèmes complexes (impliquant, par exemple plusieurs maladies chroniques), les collaboratifs ont continué au delà de ce délai.

Après le collaboratif, les EAQ et les prestataires de services des sites concernés adoptent définitivement les bonnes pratiques qui en résultent. Les activités du collaboratif sont faites d'une alternance de session d'apprentissage et d'une période d'action. Cette période d'action est ponctuée de coaching des EAQ. La mise en œuvre de ce collaboratif se déroule en deux phases. Une phase de démonstration où les sites partagent et mettent en œuvre des changements, qui font l'objet d'une

synthèse, et une phase d'extension au cours de laquelle les nouveaux sites s'inspirent des acquis de la première phase.

Étapes séquentielles des phases du collaboratif



3 APERCU GLOBAL DES ACTIVITES

3.1 Analyse de la situation de la qualité des services sur les sites de prise en charge

Du 08 juillet 2008 au 12 août 2008 s'est tenue l'évaluation initiale de la qualité des services sur 33 sites sélectionnés à partir d'un échantillonnage aléatoire. L'évaluation a été conduite par l'équipe du PNPEC et de l'URC en collaboration avec les partenaires de mise en œuvre qui sont Aconda-VS-CI, EGPAF, CARE, ICAP et UNICEF, et ESTHER. Suite à la collecte des données sur les sites, un apurement et une analyse ont été effectuées par des ingénieurs statisticiens au siège de l'URC à Bethesda, Maryland.

3.2 Restitution des résultats de l'analyse situationnelle de la qualité des services

La restitution des résultats de l'analyse situationnelle de la qualité des services s'est faite en deux étapes. La première étape a consisté à faire une restitution des résultats globaux au cabinet du ministère de la Santé et de l'hygiène Publique sous la présidence du DGS le Lundi 06 octobre 2008. Cette restitution a été faite par le PNPEC et du HCI en présence de tous les partenaires de mise en œuvre et du Dr. Maina Boucar du HCI/Niger. Les résultats suivants ont été présentés :

Concernant les patients non éligibles aux ARV:

- 67 % des patients non éligibles aux ARV sont perdus de vue après 6 mois de suivi et moins de 20% ont bénéficié de tous les services sur 12 mois.
- Les CD4 ont été dosés chez 85% des patients au premier mois contre 59% après 6 mois de suivi.

Chez les patients sous ARV:

- 44 % sont perdus de vue (PDV) après 6 mois de suivi.

- Le CD4 initial est dosé chez 96% des sujets et le poids est noté chez 90%.
- Après 6 mois de suivi le CD4 est dosé chez 76,7% et le poids est noté chez 92,2% des patients.
- Pour l'administration des ARV, il a été noté sur une période de 12 mois de traitement que moins de 40% des patients ont reçu 10 à 12 doses mensuelles.

La deuxième étape a consisté à présenter les résultats spécifiques des sites en fonction du partenaire de mise en œuvre. Ainsi les présentations des résultats ont eu lieu dans les locaux de chaque partenaire de mise en œuvre à savoir EGPAF le 01 octobre 2008, Aconda-VS-CI le 07 octobre 2008, ICAP le 07 octobre 2008, et UNICEF.

3.3 Activités préparatoires de la phase de démonstration

Les activités du Projet HCI en Côte d'Ivoire ont débuté par des activités de plaidoyer auprès des acteurs de coordination et ceux de la mise en œuvre des programmes de prise en charge des PIAVIH.

La première réunion du comité de coordination et de suivi du collaboratif présidée par la Direction Générale de la Santé (DGS) a eu lieu le mercredi 19 novembre 2008 à la salle de conférence de la DGS. Cette réunion avait pour but de valider les structures organisationnelles du collaboratif qui sont:

- Le comité de Coordination et de suivi du collaboratif: Il est le point focal de l'exercice du collaboratif au niveau national. Il se réunit de façon trimestrielle. Il est composé de la DGS, du PNPEC, l'Institut National de la Santé Publique (INSP), de l'OMS et HCI. La présidence est assurée par la DGS.
- Le secrétariat du collaboratif: Il est la structure en charge de la gestion quotidienne et est assuré par le PNPEC.
- Le comité technique du collaboratif: Il œuvre à la planification des activités et de l'assistance technique à apporter aux sites. Il est animé par HCI.
- Le groupe scientifique d'appui: Ce groupe intervient de façon ad hoc, et est composé d'experts nationaux en matière de VIH/SIDA.
- Les EAQ des sites: Les EAQ sont le pivot central de tout l'opération. Ce sont elles qui mettent en œuvre les changements d'amélioration. Elles sont composées des prestataires de soins du site. Les membres des EAQ travaillent ensemble pour comprendre leurs clients, analyser leurs processus, tester et mettre en œuvre les changements et Réaménagements pour améliorer la performance et faire le monitoring des résultats.



Ainsi à l'issue de cette réunion et avec le soutien du PNPEC, 41 sites pilotes ont été choisis pour la phase de démonstration du collaboratif d'amélioration de la qualité. Ces sites ont été sélectionnés sur proposition des partenaires de mise en œuvre qui sont: Aconda-VS-CI, CARE, EGPAF, ICAP, UNICEF.

La phase pilote du collaboratif a concerné 41 sites dont 6 CSU, 15 HG, 7 CHR, 4 FSUCOM, 1 CAT, 4 PMI, 2 centres spécialisés et ICNTS.

Parmi ces sites, 34 sites offrent des services de PTME et 38 sites des services de prise en charge ARV. On a pu aussi constater que: 31 sites offrent à la fois les deux services. Trois sites offrent uniquement des services de PTME à savoir: la PMI de Bouaflé, la PMI de Yamoussoukro, la PMI de Gagnoa. Sept sites offrent uniquement des services de PEC ARV qui sont : la Clinique Confiance, le CNTS, le DU Divo, le CEPREF, le CAT de Daloa, le MCR de Sinfra et le SSSU d'Abengourou.

Les 41 sites du collaboratif se répartissent dans 28 Districts sanitaires, eux-mêmes étendus sur 13 régions administratifs.

3.4 Activités de formation

Un atelier de formation et d'orientation sur la conduite d'un collaboratif d'amélioration de la qualité s'est tenu du 04 au 06 décembre 2008 à Abidjan. A cet atelier, ont participé 25 personnes issues des structures nationales et des partenaires au développement (PNPEC, PSP, DIPE, DGS, ACONDA, CARE, ICAP, EGPAF, ESTHER). Les concepts d'Assurance qualité, d'amélioration de la qualité, de paquet de changement et de collaboratif ont été expliqués aux participants.

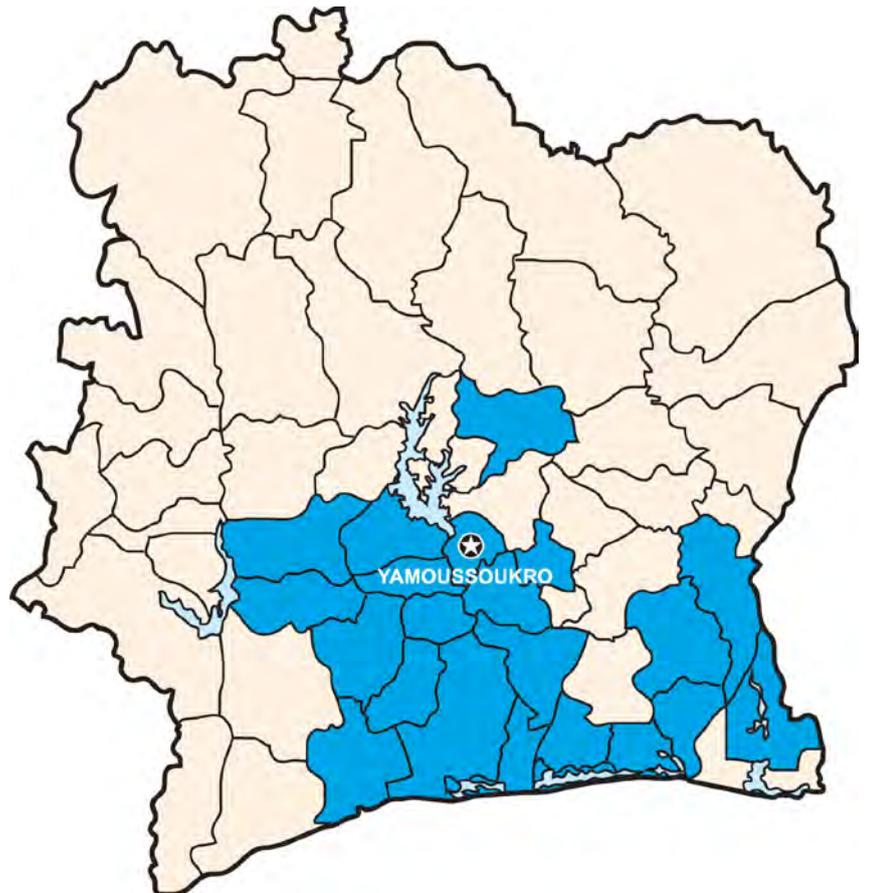
La mise en œuvre du collaboratif a nécessité la mise en place d'une équipe de coaches nationaux. Ces derniers ont été proposés par les partenaires de mise en œuvre et toutes les institutions impliquées dans la prise en charge des PIAVIH.

Ces coaches ont bénéficié d'une formation sur le processus qualité, le concept du collaboratif et les techniques du coaching du 28 au 30 janvier 2009 à Abidjan. Au terme de cette formation 13 coaches (DGS, PNPEC, PSP, DIPE, CHU Cocody, CARE, Aconda-VS-CI, HCI) ont eu leurs compétences renforcées aux techniques d'amélioration de la qualité des services et d'assistance technique aux équipes des sites. Cette session de formation a été assurée par HCI/Côte d'Ivoire avec l'assistance technique du HCI/Niger.

3.5 Sessions d'apprentissage

Quatre sessions d'apprentissage ont eu lieu, durant cette phase de démonstration.

Du 14 au 16 Janvier 2009 a eu lieu à Abidjan, la première session d'apprentissage pour les sites de la zone I d'Abidjan. Cette session a rassemblé 47 participants, dont 40 en provenance des sites (en raison de 2 membres par site de prise en charge) et 7 participants en provenance des structures du MSHP et des partenaires.



Les zones en bleu présentent la position géographique des structures du collaboratif.

Du 20 au 22 Janvier 2009 à Gagnoa la suite de la session d'apprentissage pour la zone 2 à l'hôtel Gloria de Gagnoa. Au cours de cette session, les 20 autres sites impliqués dans le projet ont également été formés.

Les sessions d'apprentissage ont été l'occasion pour les EAQ de partager leurs connaissances et leurs expériences avec leurs homologues et par conséquent d'être informé des pratiques susceptibles d'améliorer les services.

La première s'est tenue du 14 au 16 Janvier 2009 à Abidjan où étaient regroupés 20 EAQ des sites d'Abidjan et ses environs soit 50 personnes et à Gagnoa avec 20 EAQ des sites de l'intérieur du pays soit 50 personnes. Par ailleurs cette session a regroupé simultanément les acteurs de la PTME et ceux de la prise en charge. Les acteurs des sites ont été formés sur les concepts de Qualité, d'Assurance Qualité et d'approche collaborative d'amélioration.

La seconde s'est déroulée à Abidjan et à Yamoussoukro en Mars 2009. Ces deux villes ont accueilli respectivement les 20 EAQ de la zone d'Abidjan et 20 EAQ de l'intérieur du pays. Ces sessions ont enregistré la participation de 50 personnes à Yamoussoukro et 48 à Abidjan.

La troisième session s'est tenue à Daloa en Août 2009 avec les acteurs de la prise en charge et à Agboville avec les acteurs de la PTME. Cette session a regroupé à Daloa 60 personnes et 43 personnes à Agboville.

La dernière session a eu lieu en Mars 2010 respectivement à Yamoussoukro pour les acteurs de la PTME avec 36 participants et à Gagnoa pour les acteurs de la prise en charge avec 37 participants.

3.6 Visites de coaching

Trois missions de coaching ont été organisées de février 2009 à janvier 2010. Ces visites de coaching ont été réalisées par les coachs nationaux. Elles avaient pour but d'apporter une assistance technique aux EAQ sur leur lieu de travail. Ces missions ont été faites avec la participation des partenaires de mise en œuvre.



Photo prise par Mr Zirignon Delbe Daniel

Toutes les EAQ ont été visitées au cours de chaque mission de coaching.

En dehors des visites de coaching planifiées, une assistance technique spécifique a été faite à l'HG de Bouaflé, pour permettre à la nouvelle EAQ de mieux maîtriser le processus.

3.7 Restitution de la première phase

Le 26 Mai 2010, a eu lieu l'atelier de restitution de la phase pilote. Cette restitution a regroupé les acteurs des sites, le Ministère de la santé, le PEPFAR, les partenaires de mise en œuvre et d'autres organisations. Les six meilleurs sites sectionnés au cours des précédentes sessions d'apprentissage ont présenté leur travail et reçu chacun un diplôme d'honneur.

Au cours de cet atelier, les participants ont été repartis en groupes de travail pour réviser le paquet de changement.

4 RESULTATS

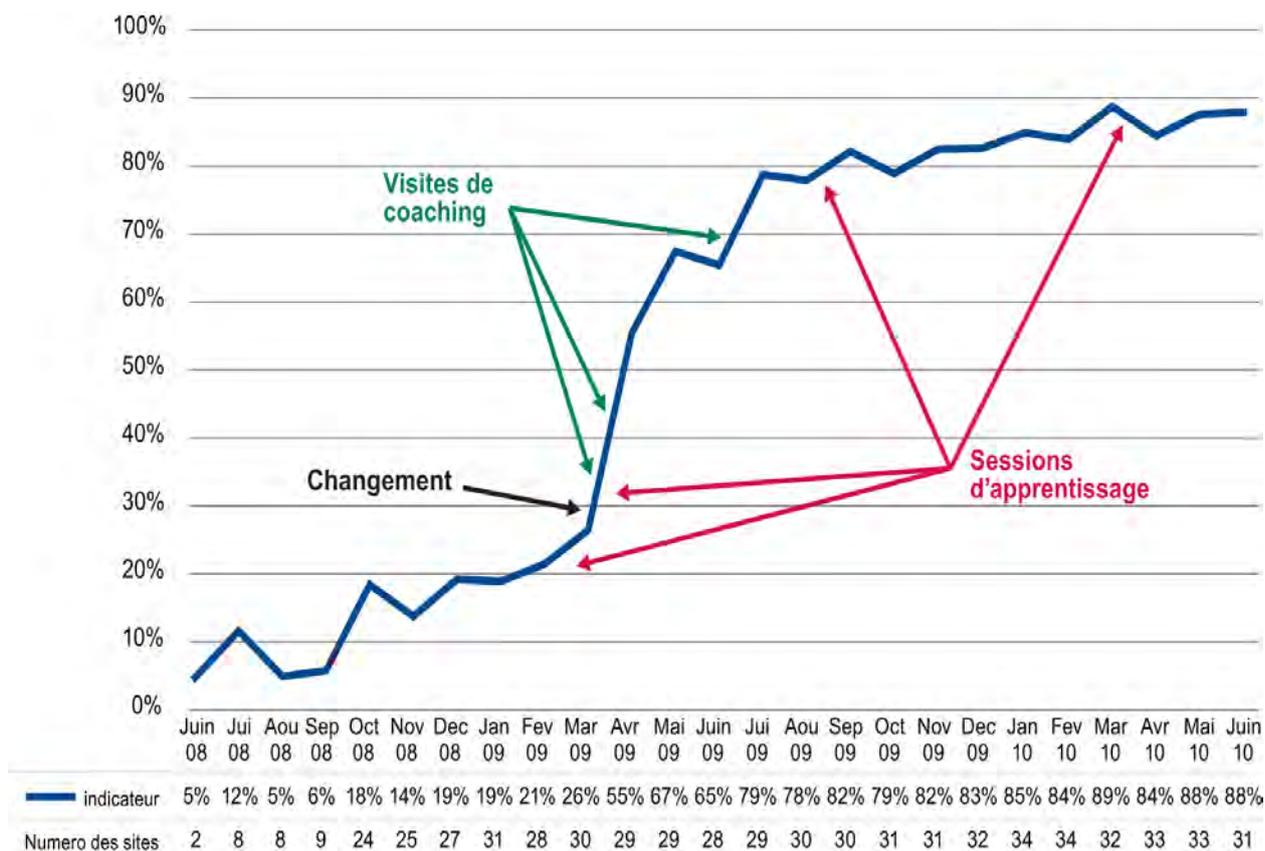
Des indicateurs communs ont été définis pour les sites, en fonction de la nature de leur activités (sites de la prise en charge ARV ou sites de la PTME). Tous ces sites ont suivi l'évolution mensuelle de ces indicateurs. Les équipes, en fonction du niveau initiale de leurs indicateurs, ont testé des

changements qu'ils ont notés dans leur journal pour apprécier l'effet. En partageant ces changements, les sites ont appris mutuellement. Les résultats présentés ci-dessous démontrent l'amélioration globale obtenue à travers ce réseau de sites.

4.1 Au niveau de la prise en charge ARV

4.1.1 Documentation

Graphique I : Pourcentage de patients ayant tous les items renseignés dans le dossier



L'analyse rétrospective du renseignement des items du dossier individuel des clients, montre qu'avant la première session d'apprentissage du collaboratif, les dossiers ayant tous les items renseignés représentaient 19%, comme indiqué dans Graphique Numéro 1. Après la deuxième session d'apprentissage, la mise en œuvre de changements sur les sites, qui ont inclus contrôler de façon journalière et hebdomadaire les dossiers et les registres pour vérifier que tous les items ont été effectivement renseignés, former le major au renseignement, et contrôle effectif des dossiers avant leur retour au service d'archivage; et les visites de coaching, le pourcentage de dossiers ayant tous les items est passée de 19% à plus de 79% en juillet 2009. Depuis le mois de septembre 2009 ce taux a dépassé les 82% pour atteindre 87% en juin 2010 avec quelques légères variations. On constate ainsi que le renseignement des items du dossier client s'est amélioré avec la

Le collaboratif nous a permis de trouver un moyen de mieux renseigner nos items. Exemple, l'absence de toise compensée par une graduation faite sur le mur dans la salle CDV.

*- Commentaire EAQ formation sanitaire
Abobo avocatier*

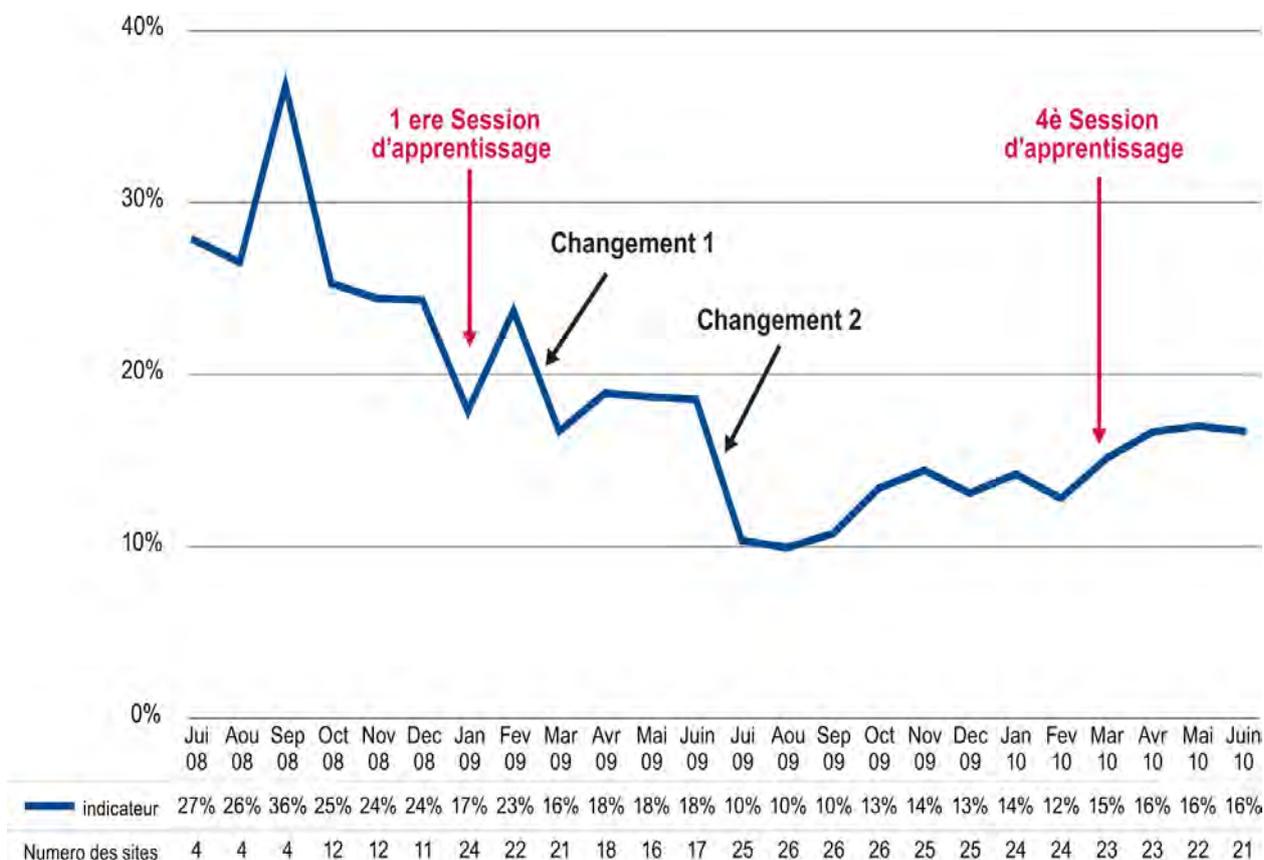
mise en œuvre du processus qualité sur l'ensemble des sites. Tous les changements sont élaborés dans Tableau Numéro I.

Tableau Numéro 1 : Changements mis en œuvre pour améliorer la documentation de la PEC

| Catégorie de changement | Changements spécifiques |
|---|---|
| Sensibilisation et renforcement des compétences | -Organiser des réunions périodiques portant sur le renseignement des items des dossiers avec tous les prestataires |
| Contrôle des activités | -Former le major au renseignement et contrôle effectif des dossiers avant leur retour au service d'archivage -Vérifier régulièrement le stock de dossiers clients et des registres par le médecin « point focal » -Contrôler de façon journalière et hebdomadaire les dossiers et les registres pour vérifier que tous les items ont été effectivement renseignés -Former en interne des prestataires de santé au remplissage correct des dossiers patients -Mettre en place un registre permettant d'enregistrer les mouvements (sortie et entrée) des dossiers archivés au CDV -Mettre en place un registre pour l'enregistrement des dossiers clients non retrouvés à la visite |
| Modification du processus | -Mettre systématiquement à disposition les dossiers à items non renseignés chez les médecins pour complément d'information -Faire renseigner les items relatifs à l'état clinique du patient par le médecin et ceux relatifs aux informations sociodémographiques par l'assistant social ou le conseiller communautaire -Responsabiliser une aide-soignante pour le remplissage de tous les items du registre CDV et des dossiers clients -Mettre à la disposition du service d'accueil un Pèse-personne et prendre systématiquement le poids de tous les clients -Mettre à la disposition de tensiomètre et de mètre ruban dans chaque bureau de consultation -Graduer le mur pour la prise de la taille des clients lors de leur visite en salle d'accueil |

4.1.2 Rétention

Graphique 2 : Pourcentage de patients perdus de vue en cours de traitement



Le pourcentage des patients sous traitement ARV perdus de vue avant la mise en place du processus d'amélioration de la qualité oscillait entre 25% et 36%. A partir du mois de janvier 2010, date à laquelle débute le processus de l'amélioration de la qualité avec les sessions d'apprentissage et la mise en œuvre des changements, on constate une baisse progressive de cet indicateur qui a atteint 16% en juin 2010. Le premier changement a été d'utiliser les organisations non-gouvernemental (ONG) locaux de trouver les patients qui ont été en retard pour leurs rendez-vous et le deuxième changement a été d'établir un journal pour suivre les rendez-vous des patients. Tous les changements sont élaborés dans Tableau Numéro 2.

Tableau Numéro 2 : Changements mis en œuvre pour améliorer la rétention des patients dans la PEC

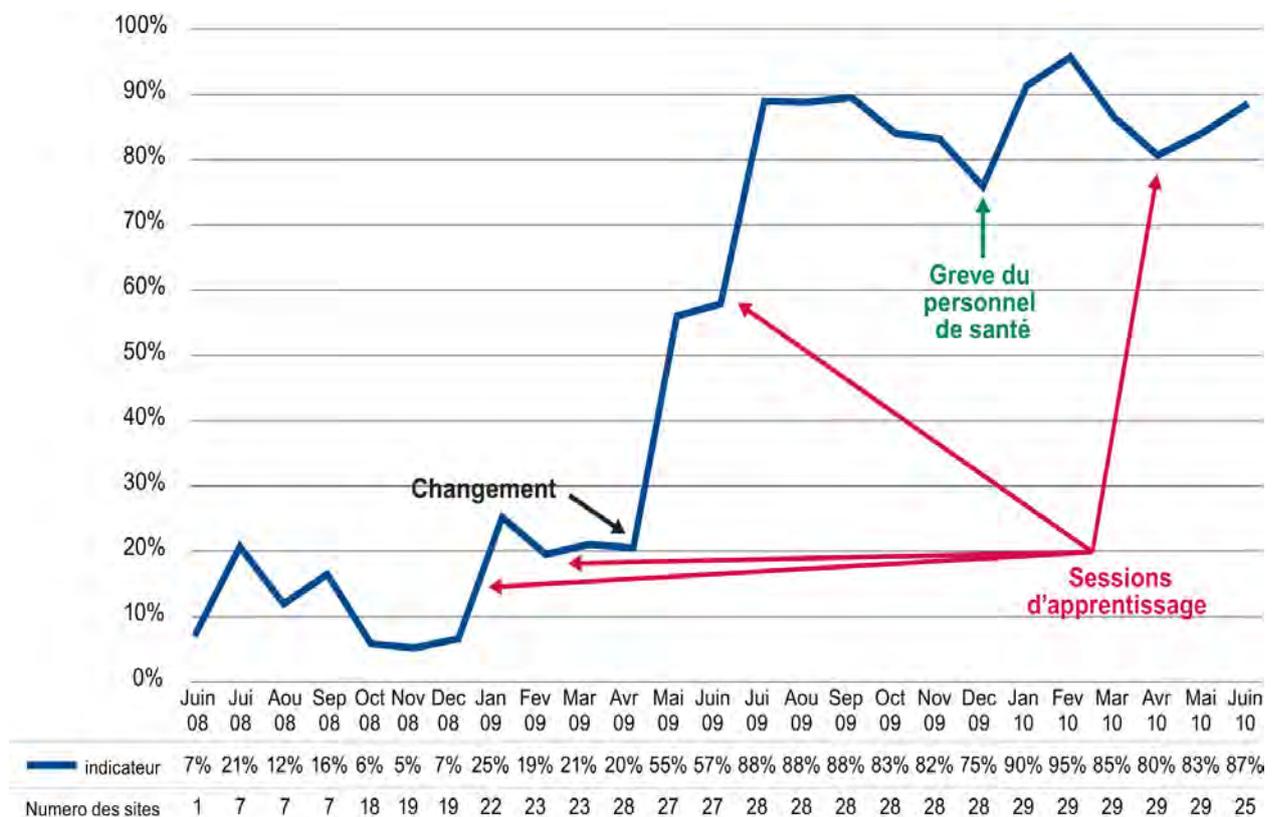
| Catégorie de changement | Changements spécifiques |
|---|---|
| Sensibilisation et renforcement des compétences | <ul style="list-style-type: none"> - Informer le client de la date du prochain rendez-vous (RDV) à toutes les étapes du circuit du client - Mettre en place d'un groupe communautaire de PVVIH ayant une contribution à part entière dans la prise en charge (appui à l'observance; soutien psychosocial; organisation des visites à domicile) - Former les infirmiers au renouvellement des ordonnances |

| | |
|---------------------------|---|
| Contrôle des activités | <ul style="list-style-type: none"> -Recenser à partir du registre ou de l'agenda les rendez-vous des patients attendus et qui ne sont pas venus à leur visite de suivi -Mettre en place d'un registre permettant de recenser les patients testés VIH positif au CDV du site et qui ont fait le Bilan Initial -suivre les rendez-vous des patients par l'AMD et l'agent de Santé Communautaire -Mettre en place une carte de RDV pour les clients VIH positif -Etablir une liste hebdomadaire ou mensuelle des personnes considérées comme « perdues de vue » et pour lesquelles on ne dispose pas de nouvelles |
| Modification du processus | <ul style="list-style-type: none"> -Relancer automatique par des appels téléphoniques des clients n'ayant pas respecté leur rendez-vous de suivi -Élaborer une listes de tous les PVVIH avec tous les numéros téléphoniques et ou adresses géographiques -Mettre en place un timing indicatif de la durée de l'offre de service pour réduire le temps d'attente dans les locaux |

4.2 Au niveau de la PTME

4.2.1 Documentation

Graphique 3 : Pourcentage de clients ayant tous les items renseignés dans le registre PTME



Le pourcentage des clientes ayant tous les items renseignés dans le registre PTME ne s'est amélioré qu'à partir du mois de Mai 2009, après l'introduction de la responsabilité de la gestion des données pour revoir les indicateurs et de vérifier le dossier médical. Il est passé de 25% en Janvier 2009 à 88% en Juillet 2009. En Juin 2010, il était à 87%.

Graphique 3 montre que le processus

d'amélioration de la qualité mis en œuvre dans les services de PTME a permis d'améliorer la documentation du registre de la PTME. Tous les changements sont élaborés dans Tableau Numéro 3.

Depuis l'introduction du collaboratif, nous constatons que nous faisons plus attention à des items que nous négligeons auparavant.

- Participant d'EAQ, Espace Médical
Clinique Confiance

Tableau Numéro 3 : Changements mis en œuvre pour améliorer la documentation de la PTME

| Catégorie de changement | Changements spécifiques |
|---|--|
| Sensibilisation et renforcement des compétences | -Organiser des séances de travail avec les sages femmes sur le renseignement systématique des items du registre de PTME |
| Contrôle des activités | -Vérifier le remplissage des registres PTME après la consultation prénatale (CPN) par un membre de l'EAQ - Introduire et renseigner la fiche de gestion des outils -Vérifier le renseignement des registres en fin de semaine par la sage femme major -Mettre en place un cahier de liaison entre la CPN et la salle d'accouchement pour l'identification des femmes dépistées positives au VIH en salle d'accouchement |
| Modification du processus | -Inscrire le mot "invité" dans la colonne réservée au dépistage du partenaire lorsque celui-ci n'est pas dépisté. -Faire le prélèvement systématique pour le bilan initial et enrôler toutes les patientes positives au VIH |

4.2.2 Rétention

Le pourcentage d'enfants nés de femmes VIH positif qui sont testés a augmenté progressivement pour atteindre 67% au mois de juin 2010. Ces résultats font suite à la mise en œuvre simultanée de trois changements sur les sites qui sont :

Changement 1 : La recherche des enfants nés de mères positives au VIH pour leur dépistage lors des séances de vaccination ;

Changement 2 : L'utilisation des ONG locales pour la recherche des enfants perdus de vue ;

Changement 3 : L'amélioration du conseil de dépistage.

La baisse des chiffres observée à partir du mois d'octobre s'explique par les nombreux arrêts de travail observés par le personnel de soins pour raison de grève syndicale.

Tous les changements sont élaborés dans Tableau Numéro 4.

Concernant le calcul du pourcentage des enfants testés par la PCR, le collaboratif nous a permis de prendre conscience du nombre élevé d'enfants perdus de vue chez nous, cela nous a permis d'assurer le suivi des enfants nés de mères VIH positif

- Participant dans la session d'apprentissage

Graphique 4 : Pourcentage d'enfants nés de femmes VIH+ qui sont testés

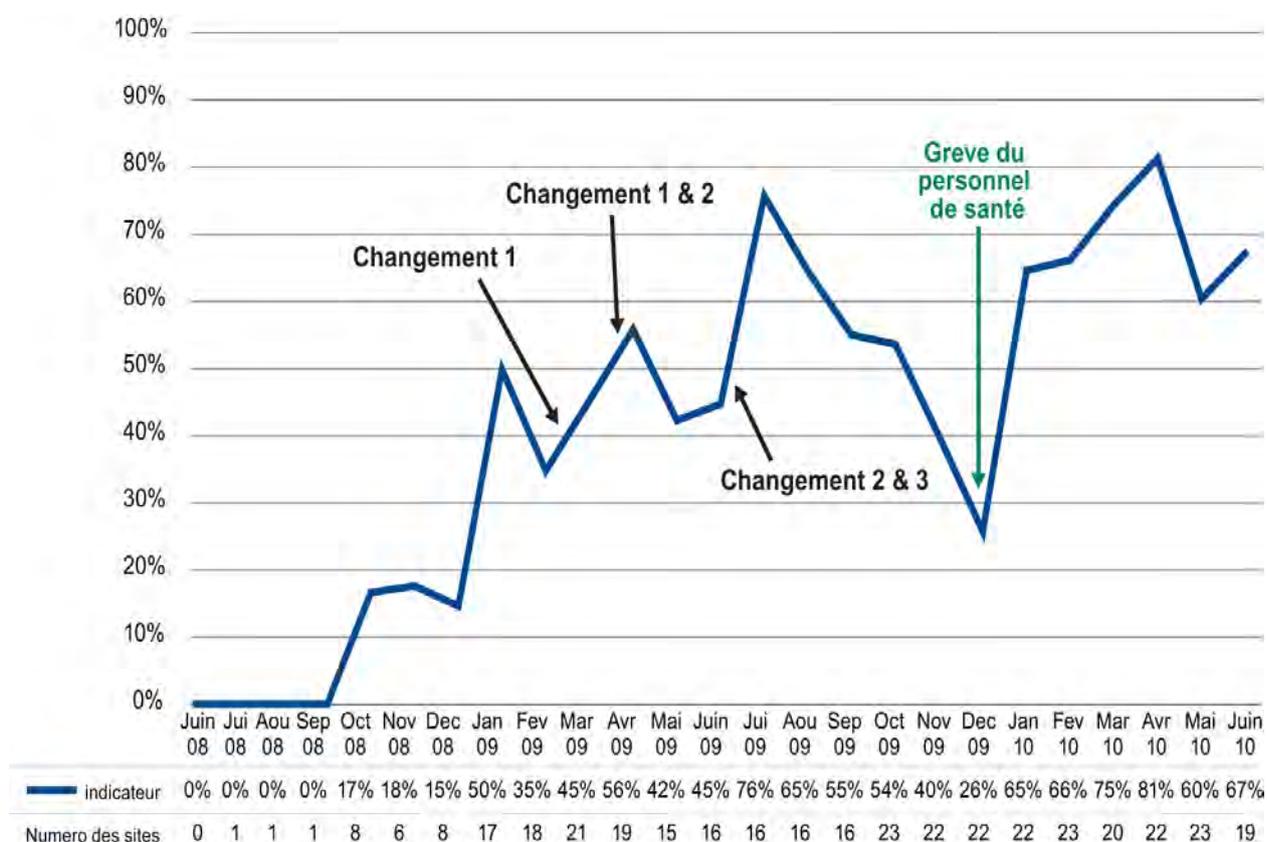


Tableau Numéro 4 : Changements mis en œuvre pour améliorer la rétention dans la PTME

| Catégorie de changement | Changements spécifiques |
|---|---|
| Sensibilisation et renforcement des compétences | <ul style="list-style-type: none"> -Lors des réunions de services, rappeler aux conseillers la nécessité d'enregistrer des contacts des patientes suivis -Former au prélèvement de DBS -Renforcer l'IEC auprès des femmes VIH positif pour les amener à informer leur conjoint et les faire venir pour leur dépistage -Renforcer l'IEC auprès des femmes VIH positif pour qu'elles informent la sage femme de leur statut sérologique le jour de l'accouchement |
| Contrôle des activités | <ul style="list-style-type: none"> -Recenser de façon journalière les femmes VIH positif qui ont accouché et leur donner rendez-vous pour le Cotrimoxazole et la Polymérase Chain Réaction (PCR) à la 6e semaine -Mettre en place un agenda de visite journalière dans le but d'anticiper la recherche des « perdus de vue » |
| Modification du processus | <ul style="list-style-type: none"> -Introduire un registre longitudinal de suivi de la mère et de l'enfant -Mettre en place un registre pour mieux suivre la mère jusqu'à l'accouchement et le bébé après sa naissance -Effectuer le prélèvement pour la réalisation de la PCR tous les jours -Mettre à la disposition du site 2 agents communautaires pour le suivi des femmes à |

| | |
|--|--|
| | <p>domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaborer une cartographie pour la localisation des patientes -Responsabiliser de l'équipe de la vaccination et de la pesé pour l'identification des enfants nés de mère séropositive dès le premier contact postpartum -Notifier dans un registre les dates d'accouchement des mères VIH positif et des rendez-vous de la PCR de leurs enfants -Mettre en place un registre de liaison entre la PTME et le service de prise en charge -Relancer les mères par appel téléphonique après le rendez-vous manqué de la PCR -Renouveler les ordonnances par l'assistante sociale -Identifier mensuellement les femmes enceintes VIH positif qui doivent venir accoucher à l'aide d'un répertoire dans un agenda -Suivre toutes les femmes VIH positif ayant accouché par la responsable de la PCR |
|--|--|

5 SUCCES STORIES

Les succès stories sont des témoignages rapportés par les EAQ au cours des coachings ou des sessions d'apprentissage, faisant état des bénéfiques du collaboratif:

- La recherche des PDV nous a permis de rattraper 35 PDV au mois de mars 2009 sur un total de 69 avec (16 décès, 8 transferts) soit un taux de 22%.
- Le collaboratif nous a permis de trouver un moyen de mieux renseigner nos items. Exemple, l'absence de toise compensée par une graduation faite sur le mur dans la salle CDV.
- Il faut signaler que chez nous la documentation n'était pas une préoccupation, mais les aspects négatifs que l'URC a pu faire ressortir ont attiré notre attention. Nous avons apporté des changements qui nous ont donné des excellents résultats au niveau des PDV sur notre site, nous sommes passés de 29% à 0% aujourd'hui.
- Le collaboratif a renforcé les échanges entre le site CDV de « ALLIANCE » et le centre de santé.
- Concernant le calcul du pourcentage des enfants testés par la PCR, le collaboratif nous a permis de prendre conscience du nombre élevé d'enfants perdus de vue chez nous, et nous a permis d'assurer le suivi des enfants nés de mères VIH positif.
- La maîtrise des chiffres était la préoccupation de nos partenaires et non pas pour nous. Avec l'EAQ, nous nous intéressons davantage à cet aspect ainsi qu'aux outils nationaux à renseigner correctement.
- Sur 20 patientes VIH positif dont les enfants ont été testés, un seul enfant a été dépisté positif jusqu'à ce jour grâce à la PTME.
- Depuis l'introduction du collaboratif, nous constatons qu'on fait plus attention à des items qu'on négligeait auparavant.
- Un site qui a bien compris le travail nous a aidés à faire le nôtre.
- Le collaboratif a permis à notre site de retrouver les clientes VIH positif et leurs enfants qu'on avait perdu de vue.
- Le site commence à maîtriser les chiffres, ce qui lui permet de mieux suivre les clientes VIH pour la PEC.
- C'est une motivation individuelle retrouvée dans l'EAQ, car tout le monde est important et joue un rôle essentiel avec les résultats obtenus.

6 DEFIS

La mise en œuvre de cette première phase du collaboratif a connu des obstacles qui ont quelque peu freiné l'évolution harmonieuse des activités. La levée de ces obstacles pourrait permettre d'atteindre des résultats meilleurs. Il s'agit de:

- Rendre toutes les EAQ plus fonctionnelle par une participation active de tous les membres le constituant.
- Faire un plaidoyer auprès des gestionnaires des structures de santé pour qu'ils prêtent une oreille attentive aux sollicitations des EAQ.
- Susciter une plus grande implication des partenaires de mise en œuvre, dans le soutien du processus.
- Assurer un encadrement plus intense et plus rapproché des EAQ dans le développement de leurs activités.

7 PERSPECTIVES

Trois grandes perspectives se dégagent après la mise en œuvre des activités de cette première phase du collaboratif:

- L'extension du processus d'amélioration de la qualité à d'autres structures de santé. Ainsi le nombre de sites du collaboratif passera de 41 sites à 120 sites.
- La formation de coachs régionaux chargés d'assurer l'encadrement au niveau des régions des EAQ.
- L'institutionnalisation des résultats dans le système de santé.

8 CONCLUSION

Initié en 2008, par une analyse situationnelle qui a mis en évidence de nombreuses opportunités d'amélioration, le collaboratif mis en place en Côte d'Ivoire s'est intéressé à la PTME et la prise en charge ARV des PIAVIH. Pour chaque thématique, les activités d'amélioration ont visé la documentation et la rétention/intégration des patients dans le système de soins. Les résultats ont permis de montrer une augmentation du renseignement des items dans le dossier individuel des patients et le registre PTME pour la documentation. Concernant la rétention /intégration, les changements mis en œuvre sur les sites ont permis de réduire le nombre de « perdus de vue » après leur enrôlement dans le système de soins et le nombre d'enfants nés de mère séropositif au VIH chez qui la PCR ou la sérologie n'est pas réalisée.

Vu ces résultats encourageants, le processus d'amélioration de la qualité des services par le collaboratif devra être étendu à d'autres sites et les autres domaines afin que le bénéfice soit profitable à tout le système de santé ivoirien.

HCI Projet Côte d'Ivoire

2 Plateaux Aghien, Immeubles SICOGI

Bat. L. porte 134 (Rez de Chaussée) Entre le Las Palmas et la Mosquée d'Aghien (Sur le Blvd. Latrille)

HCI Projet États-Unis

Projet d'Amélioration des Soins de Santé

University Research Co., LLC

7200 Wisconsin Avenue, Suite 600

Bethesda, MD 20814

www.hciproject.org