



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN

**PROJET ASSIST  
DE L'USAID**  
*Application de la Science pour le  
Renforcement et l'Amélioration des Systèmes*

## ETUDE DE CAS

# Mise en Œuvre du Collaboratif d'Amélioration de la Qualité en Côte d'Ivoire sur 60 Sites Pilotes

### Résumé

En Côte d'Ivoire la prévalence du VIH est de 3,7% et constitue une menace et un défi majeur de santé publique. La prise en charge des personnes vivants avec le VIH a atteint une couverture nationale mais la qualité des soins et services offerts demeurent un véritable défi. Les causes en sont multiples et variées. C'est dans ce contexte que l'USAID à travers le projet de l'USAID de l'Application de la Science pour le renforcement et l'Amélioration des Systèmes (ASSIST) s'est inscrit dans les priorités du Ministère de la santé et de l'hygiène publique pour contribuer à trouver des solutions pour l'amélioration des soins et services offerts aux personnes vivantes avec le VIH (PVVIH). La présente étude de cas a pour but de partager l'expérience de la Côte d'Ivoire sur les activités d'amélioration menées sur 60 sites pilotes dans 30 districts sanitaires.

Les équipes d'amélioration ont été formées, renforcées et coachées régulièrement pour mener les activités d'amélioration de la qualité en collaboration avec le programme nationale de lutte contre le SIDA (PNLS) et les partenaires de mise en œuvre du Centre de lutte contre les maladies et prévention /PEPFAR sur leur différents sites. Des réunions trimestrielles tripartites Partenaires de Mise en Œuvre (PMO), PNLS et ASSIST sont tenues pour définir d'un commun accord le type de soutien et les solutions à apporter face aux difficultés de mise en œuvre constatées sur le terrain.

Suite à l'analyse des gaps sur l'offre des services et soins aux PVVIH, quatre domaines prioritaires ont été défini : la documentation, la couverture, la rétention et la prise en charge des enfants exposés. Les défis soulignés ont permis de retenir les idées de changement, développées localement par les équipes d'amélioration de la qualité pour améliorer cet état de fait. Ces idées ont été testées et les leçons apprises utilisées afin de mener l'extension sur d'autres sites de prise en charge. Les différentes idées de changement testées par les équipes ont permis de passer de 33% à 87% pour la documentation, 68% à 90% la couverture, 72% à 87% la rétention six mois après l'initiation du traitement ARV, et de 73% à 98% la prise en charge des enfants exposés depuis décembre 2016.

### Contexte

En Côte d'Ivoire, Selon l'enquête démographique et de santé (EDS 2012), la prévalence du VIH est de 3,7% et constitue une menace et un défi majeur de santé publique. La mise en œuvre des activités liées au VIH SIDA rencontre des difficultés dans l'offre de paquets de services. Après l'analyse des données pour identifier les gaps, l'USAID à travers le projet d'amélioration des soins de santé (ASSIST) fournit une assistance technique aux structures sanitaires à travers des partenaires cliniques de mise en œuvre de PEPFAR.

Le ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène Publique à travers le programme national de lutte contre le VIH/sida s'est engagé dans son Plan National de Développement Sanitaire d'offrir des soins et services de qualité dans les structures sanitaires avec l'appui des partenaires du système de santé. Dans cette optique, d'Octobre 2015 à Décembre 2016, ASSIST avec le financement de PEPFAR, a apporté son appui technique et financier pour accompagner le Ministère de la santé et de l'hygiène

### Novembre 2017

Cette étude de cas a été rédigée par Dr. Maina Boucar, Dr. Melly Traore, Assoa Ehouman Serge, Dr. Ackah Alain, Dr. Dosso Youssouf, Dr. Ehouman Sylvain, et Mayssa el Khazen de Université Research Co., LLC (URC). Il a été produit par le Projet de l'USAID Application de la Science pour le Renforcement et l'Amélioration des Systèmes (ASSIST), financé par PEPFAR et par le peuple américain par le biais du Bureau de l'USAID pour la santé mondiale, Bureau des systèmes de santé. Le projet est géré par URC selon les termes de l'accord de coopération nombre AID-OAA-A-12-00101. Pour plus d'informations sur les travaux du Projet ASSIST de l'USAID, s'il vous plaît visitez : [www.usaidassist.org](http://www.usaidassist.org) ou écrire : [assist-info@urc-chs.com](mailto:assist-info@urc-chs.com).

publique de la Côte d'Ivoire pour améliorer la qualité des soins et traitement en collaboration avec les partenaires de mise en œuvre PEPFAR (EGPAF, ICAP, SEV-CI, HAI, ACONDA, ARIEL).

## Introduction

Dans sa logique d'expert en science de l'amélioration à travers le monde, ASSIST se base toujours sur des données évidentes pour engager des processus d'amélioration. Ainsi, en Côte d'Ivoire, le projet a réalisé une évaluation de base des données sur 60 sites de la période de Mai 2015 à décembre 2015 dans 30 districts sanitaires d'intervention afin de disposer de données pertinentes sur la qualité des services VIH/SIDA. Ce sont :

- La documentation des actes médicaux ;
- L'enrôlement des clients dans les soins ;
- La rétention des patients ; et
- La prise en charge des enfants exposés.

Les évaluations de base des EAQ ont montré des insuffisances dans les services de soins : 33% des dossiers clients étaient correctement renseignés, 68% des clients dépistés VIH positifs étaient enrôlés dans les soins, 28% des patients sous ARV n'atteignent pas 6 mois de traitement, et 73% d'enfants nés de mères séropositives recevaient le cotrimoxazole et bénéficiaient du prélèvement DBS (Dried Blood Spot). En somme, nous notons une insuffisance dans l'offre de service au cours du processus de soins. Par la suite, des domaines prioritaires majeurs ont été identifiés. Ce sont :

- **La documentation** : Les informations essentielles sur le client, sa famille n'étaient pas enregistrées de façon exhaustive.
- **La couverture** : les clients dépistés VIH positifs n'avaient pas tous des dossiers patients ouverts pour leur prise en charge au long court.
- **La rétention adulte** : les patients mis sous traitement ARV ne respectaient pas le rendez vous de suivi.
- **La rétention des enfants exposés** : les enfants nés de mère VIH positif ne bénéficiaient pas tous du Cotrimoxazole et du prélèvement DBS avant l'âge de deux mois.

## Objectif d'Amélioration

Au regard des résultats de l'évaluation de base, ASSIST a organisé des réunions au cours desquelles des discussions avec les partenaires de mise en œuvre de PEPFAR et le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA. Un plan d'amélioration, basé sur le cadre conceptuel d'analyse des gaps des soins VIH a été élaboré. Ce plan contient quatre principaux objectifs pour réduire les gaps de qualité identifiés dans les soins et traitement VIH/SIDA tant au niveau des enfants que les adultes en Côte d'Ivoire :

- 1) Augmenter de 30% à 90% de la proportion de dossiers clients ayant tous les items renseignés d'Octobre 2015 à Septembre 2016 ;
- 2) Augmenter de 40% à 95% la proportion des clients dépistés séropositifs et enrôlés dans les soins d'Octobre 2015 à Septembre 2016 ;
- 3) Augmenter de 67% à 95% la proportion des patients encore en vie et sous traitement ARV six mois après l'initiation d'Octobre 2015 à Septembre 2016 ; et
- 4) Augmenter de 64% à 100% la proportion d'enfants nés de mères séropositifs ayant initié le cotrimoxazole et bénéficié du prélèvement DBS entre six et huit semaines d'âge d'Octobre 2015 à Septembre 2016.

Cette étude de cas se base sur l'expérience d'amélioration selon les domaines identifiés dans les 60 structures sanitaires du collaboratif de la phase pilote. En Côte d'Ivoire, ces différents domaines constituaient de grands défis pour le PNLS.

Les indicateurs devant adressés les domaines prioritaires identifiés ont été choisis de façon consensuelle avec toutes les parties prenantes (Ministère de Santé, PMO, PNLS, ASSIST).

- 1) Pourcentage des dossiers clients ayant tous les items renseignés ;
- 2) Pourcentage des clients dépistés séropositifs et enrôlés dans les soins ;
- 3) Pourcentage des patients encore en vie et sous traitement ARV six mois après l'initiation ; et
- 4) Pourcentage d'enfants nés de mères séropositifs ayant initié le cotrimoxazole et bénéficié du prélèvement DBS entre six et huit semaines d'âge.

## Identification des sites

Soixante sites issus des zones « scale up to saturation » ont été choisis par les Partenaires de mise en œuvre de PEPFAR (EGPAF, ICAP, SEV-CI, HAI, ACONDA, ARIEL).

Les PMOs, avec l'assistance technique d'ASSIST, ont formé les équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) mises en place sur ces sites sur les principes d'amélioration de la qualité et ont bénéficié de coaching sur site. Les équipes d'améliorations de la qualité (EAQ) ont procédé à la mise en œuvre des changements pour leur permettre de mesurer la performance des indicateurs de façon mensuelle.

## **Activités de mise en œuvre par l'équipe d'amélioration de la qualité**

Le Ministère de la santé à travers les districts sanitaires avec l'appui technique d'ASSIST en collaboration avec les partenaires de mise en œuvre cliniques ont organisé des sessions d'apprentissage (réunion regroupant chaque fois deux membres des équipes des sites et les chefs d'action sanitaire des districts, les experts en amélioration de la qualité pour partager leurs meilleures expériences), des visites de coaching (donner des directives, feedback et encadrement pour assurer une bonne performance) pour assister les équipes des sites à l'identification et à la résolution des problèmes liés à la documentation, la couverture et la rétention des patients dans les soins.

Quatre réunions chaque trimestre ont été organisées entre ASSIST, PNLS et PMO avant chaque session d'apprentissage et visite de coaching pour discuter les défis et déterminer les différentes orientations pour la bonne marche des activités du collaboratif sur les sites.

Pour l'encadrement et suivi des équipes d'amélioration de la qualité, deux sessions d'apprentissage qui a réuni au total 336 participants ont été organisés ainsi que trois visites de coaching par les PMO en collaboration avec le ministère de la santé et l'appui technique d'ASSIST au cours de la période.

Dans la mise en œuvre des activités du collaboratif en vue d'améliorer les domaines identifiés, des idées de changement ont été initiées et testées par les EAQs à travers le cycle du modèle d'amélioration.

## **Résultats**

### **Cas du Centre Hospitalier et Régional de Daloa**

Le centre Hospitalier et Régional de Daloa est située dans la région du Haut Sassandra précisément du district sanitaire de Daloa. Selon la pyramide sanitaire en Côte d'Ivoire, il est l'hôpital de référence de la région et compte une file active 1 693 patients sous traitement ARV.

A l'analyse des données collectées, il ressort de ce site que seulement 71% des patients sont encore sous ARV six mois après l'initiation du traitement. La norme nationale étant de 90%.

La participation à la première session d'apprentissage en Décembre 2015 a permis de mettre en place une équipe d'amélioration de la qualité forte de 12 membres répartis comme suit :

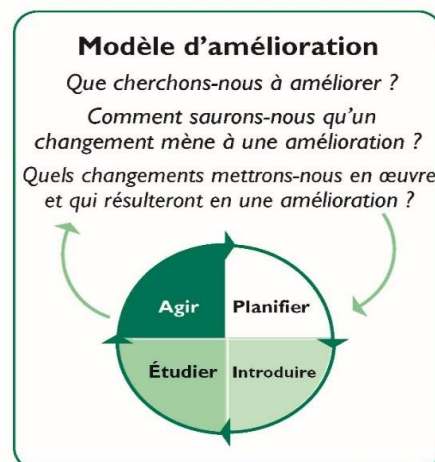
- 2 médecins,
- 1 Surveillante d'Unité de Soins,
- 1 Pharmacien,
- 1 Technicien Labo,
- 2 Sages femme,
- 1 moniteur de données,
- 4 conseillères communautaires

Pour résoudre le problème constaté (environ 30% des patients sont en attritions à 6 mois), l'équipe a utilisé les outils de recherche de causes profondes que sont le brainstorming et les cinq pourquoi. Les causes profondes retenues étaient les suivantes :

- **1ere cause** : Les patients en attrition résidaient dans des lieux très éloignés du CHR de Daloa
- **2eme cause** : certains patients oubliaient la date de leur rendez-vous de renouvellement du traitement ARV

De ces causes profondes, deux idées de changement ont été initiées en suivant la méthodologie du cycle « Planifier, Introduire, Etudier et Agir (PIEA) » respectivement en Janvier 2016 et Aout 2016 afin de résoudre le problème. Ce sont :

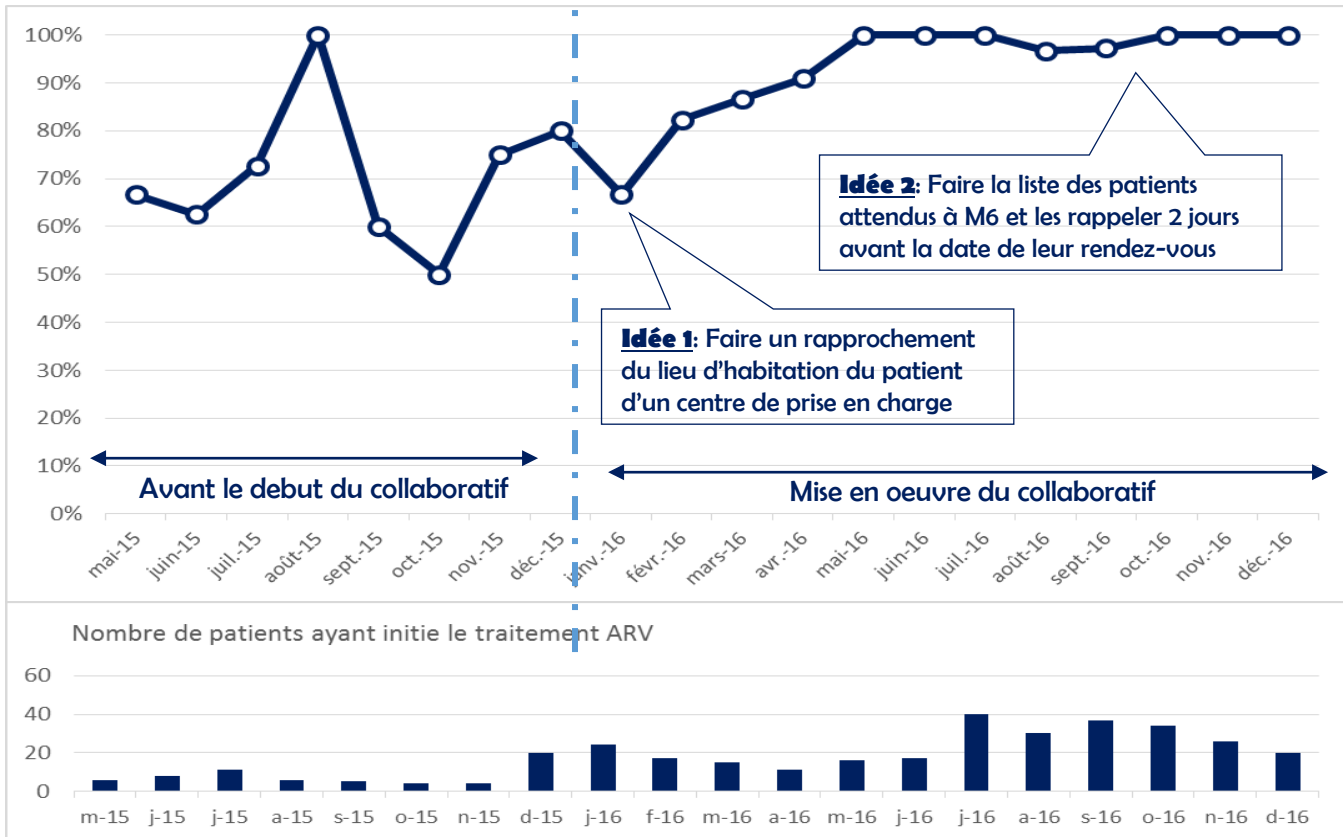
- **1ere idée de changement** : Faire un rapprochement du lieu d'habitation du patient d'un centre de prise en charge



- **2eme idée de changement** : Faire la liste des patients attendus à 6 mois de traitement et les rappeler deux jours avant la date de leur rendez-vous

L'introduction de la première idée de changement a permis de passer graduellement de 67% en Janvier 2016 (date d'introduction de l'idée) à 100% en Mai 2016. Cette performance a été conservée jusqu'à juillet 2016. Une chute de la performance à 97% a été constatée en Aout 2016 qui a conduit à l'introduction de la deuxième idée qui a permis de remonter la pente progressivement à 100% comme l'indique le **graphique 1** ci-dessous.

**Graphique 1 : Evolution du pourcentage des patients encore en vie et sous traitement ARV 6 mois après l'initiation au Centre Hospitalier et Régional de Daloa (Mai 2015-Déc 2016)**



**Leçons apprises de cette expérience du Centre Hospitalier Régional de Daloa**

L'application de la méthodologie d'amélioration de la qualité au problème de la rétention a conduit à des améliorations sur les résultats de performance. Elle a aussi permis aux prestataires de se réunir afin de trouver des solutions locales aux difficultés auxquelles ils sont confrontés pour l'offre de service et de soins de qualité. En résumé, pour la réussite de l'amélioration de la qualité, il est recommandé de prendre en compte ces éléments suivants :

- ✓ La motivation du personnel est un élément clé pour assurer des soins de qualité.
- ✓ L'inclusion d'un patient dans l'équipe AQ pour mieux comprendre leur perception et besoins.

**Pour les 60 sites :**

En Décembre 2016, les 60 sites ont produit des évaluations mensuelles. Les résultats sont les suivants après 12 mois d'activité :

- ✓ **La documentation** : Les sites sont passés de 33% à 87% de dossiers clients avec tous les éléments renseignés
- ✓ **La couverture** : Les sites ont augmenté le pourcentage de clients dépistés enrôlés dans les soins de 68% en Mai 2015 à 90% à décembre 2016

- ✓ **La rétention** : Elle est passée de 72% en Mai 2015 à 87% à décembre 2016
- ✓ **Les enfants exposés** : Le pourcentage d'enfants nés de femmes VIH positif qui ont bénéficié du prélèvement DBS et initié le cotrimoxazole a augmenté de 73% à 98% à décembre 2016

## Prochaines étapes

La mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité par les PMO et le PNLs avec l'appui technique d'ASSIST a permis d'améliorer la qualité des soins et services tout en rehaussant le niveau des indicateurs des domaines adressés sur les sites. Aussi a-t-elle permis de faire comprendre aux prestataires l'intérêt de l'offre de soins de qualité aux PVVIH.

Les résultats obtenus avec cette première phase de 60 sites ont permis de capitaliser des idées de changement qui ont amélioré les différents gaps identifiés lors de l'analyse de base à savoir :

- ✓ **La documentation** : 33% en Mai 2015 à 87% en décembre 2016
- ✓ **La couverture** : 68% en Mai 2015 à 90% en décembre 2016
- ✓ **La rétention** : 72% en Mai 2015 à 87% en décembre 2016
- ✓ **Les enfants exposés** : 73% en Mai 2015 à 98% en décembre 2016

Ainsi, une phase d'extension des bonnes pratiques sur 300 nouveaux sites (à raison de 50 sites par PMO) sera amorcée permettant à l'ensemble des structures sanitaires du pays d'améliorer leur pratique dans la prise en charge des PVVIH. Pour atteindre cet objectif, ASSIST en collaboration avec les PMO a rédigé un document dans lequel toutes les bonnes pratiques collectées sur les sites de démonstration sont répertoriées par domaines (accessible ici : <https://www.usaidassist.org/resources/strategies-de-dissemination-des-bonnes-pratiques-vih-cote-divoire>).

La phase d'extension sera organisée sur la base des stratégies suivantes :

- Couverture graduelle des sites ciblés pour l'extension : Elle prévoit couvrir graduellement 300 nouveaux sites, d'abord 120 puis 180 seront couverts dont la liste exhaustive des sites cible sera dressée par région, district et PMO
- Utilisation des « champions » des EAQ et coaches de la phase de démonstration : Les leaders ou membres des EAQ des sites de la phase de démonstration qui ont excellés dans la maîtrise de l'approche avec des résultats probants de leur site ainsi que les coaches qui ont fait preuve d'une expertise dans l'encadrement des EAQ et la production subséquente d'amélioration seront aussi utilisés. Pour ce faire, chaque PMO, devra répertorier nominativement tous les « champions » par district et région sanitaire.
- Les réunions des coaches pour le partage du niveau de mise en œuvre des bonnes pratiques et des performances atteintes : Elles seront organisées sur un rythme mensuel les trois premiers mois puis sur une base bimensuelle/trimestrielle pour le restant de la période. Chaque un district pourra organiser des réunions avec les représentants des EAQ pour passer en revue le niveau de mise en œuvre de bonnes pratiques et les performances induites.
- L'implication des structures managériales : Les structures managériales des districts et régions cibles seront orientés et participeront à la planification des activités de dissémination, à la formation des prestataires sur site, aux visites de coaching et aux réunions de revue de la performance des sites. Les CSAS (Chefs de Service d'Actions Sanitaires) et ou superviseurs des districts de dissémination seront orientés en amélioration de la qualité de base, le paquet de bonnes pratiques et les stratégies de dissémination. Toutes les activités de l'extension des bonnes pratiques seront coordonnées par la direction régionale de la santé au niveau d'une région.

Les activités du collaboratif d'amélioration de la qualité initiées sur les sites pilotes ont permis de capitaliser de bonnes pratiques devant servir à améliorer l'offre de soins et services sur les autres sites du pays. Le respect de la stratégie de dissémination décrit dans le document permettrait d'atteindre le résultat escompté. De ce fait, Les différentes idées de changement retenues dont l'un des critères est la répliquabilité seront adaptées en fonction du contexte local.