



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

**PROJET ASSIST
DE L'USAID**

*Application de la Science pour le
Renforcement et l'Amélioration des Systèmes*

ETUDE DE CAS

Améliorer la participation des partenaires masculins des femmes enceintes dans la PTME pour augmenter l'utilisation des services PTME au Burundi

Résumé

Au Burundi la pandémie du VIH/SIDA est une préoccupation grandissante et constitue une menace et un défi majeur de santé publique et le Burundi, fait partie des 22 pays prioritaires pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (éTME), C'est dans ce contexte que USAID et PEPFAR à travers le projet ASSIST Burundi appuie le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida du Burundi via le Programme National de lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST) pour améliorer la qualité des services PTME au Burundi.

Dès lors, des équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) ont été mises en place et orientées en Amélioration de la Qualité (AQ), des coaches ont été formés sur les techniques d'AQ. Suite à l'analyse du processus de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME), les EAQ ont identifiées et testées des idées de changement pouvant améliorer, dans leurs formations sanitaires, la participation des partenaires masculins des femmes enceintes dans la PTME. Ces idées de changement testées ont permis d'avoir des améliorations dans la proportion de femmes enrôlées en CPN et testées pour le VIH et dont les partenaires ont été testés. En effet, il y a eu une augmentation de cette proportion de 2% à 55% après 2 ans d'intervention et jusqu'à 70% en mars 2016.

La présente étude de cas a pour but de décrire et partager l'expérience du Burundi sur l'amélioration de la participation des partenaires masculins des femmes enceintes dans la PTME pour augmenter l'utilisation des services PTME dans quatre provinces du nord du pays.

Contexte

Au Burundi la pandémie du VIH/SIDA est une préoccupation grandissante et constitue une menace et un défi majeur de santé publique. Selon l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010 (EDS 2010), il ressort que l'épidémie est de type généralisé à prévalence faible estimée à 1.4% dans la population générale âgée de 15 à 49 ans. Le Burundi, faisant partie des 22 pays prioritaires pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (éTME), est en train de mettre en œuvre le Plan National éTME avec l'appui des partenaires qui apportent leurs contributions sous diverses formes dans la lutte contre cette pandémie.

Des études ont montré que la participation du partenaire masculin tout au long du continuum de soins pour la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) favorise la communication entre époux sur l'infection à VIH et les risques sexuels, l'utilisation des contraceptifs, le recours aux services de PTME par les patientes et leurs partenaires masculins. Aussi, en tant que partenaires de soutien, les hommes peuvent influencer sur l'environnement social de la famille, surtout auprès de la famille élargie, pour créer un environnement qui soit plus propice au recours au traitement, à son observance, au respect des rendez-vous de consultation et à la rétention dans les soins à la fois pendant la grossesse et après l'accouchement. Ainsi, l'implication des partenaires masculins a été identifiée comme une stratégie pour améliorer les programmes PTME dans les pays du programme PEPFAR.

En 2012, PEPFAR Burundi a sollicité l'assistance technique du projet USAID – HCI (Health Care Improvement project), précurseur du Projet d'Application de la Science pour Renforcer et Améliorer

MAI 2017

Cette étude de cas a été rédigée par Claude François Niyomwungere, Bède Matituye, Mayssa el Khazen, et Julia Holtemeyer de University 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 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 ou écrire : assist-info@urc-chs.com.

les Systèmes (de santé) (USAID – Applying Science to Strengthen and Improve Systems ou USAID - ASSIST) ASSIST pour améliorer la qualité des services PTME au Burundi. Ainsi, une évaluation de base de la qualité des services VIH/SIDA a été alors réalisée en 2012 avant le début de l'intervention du projet avec pour objectif d'identifier les forces et les faiblesses des services au Burundi afin de servir de base pour la conception d'un programme d'amélioration. Parmi les principaux gaps de qualité identifiés dans cette évaluation il y avait la faible participation des partenaires des femmes enceintes dans les services de la CPN (Consultation Prénatale) et le Conseil et Dépistage du VIH. En effet, seulement 6% des femmes enceintes enrôlées à la CPN testées pour le VIH ont un partenaire qui a lui aussi été testé. Les attitudes communautaires stigmatisantes envers les partenaires qui accompagnent leurs femmes à la CPN et les facteurs liés à la satisfaction par rapport à la qualité des services CPN offerts au niveau des centres de santé sont les principales barrières qui inhibent l'implication des partenaires masculins des femmes enceintes (séronégatives et séropositives) enrôlées à la CPN. Ces attitudes stigmatisantes sont par exemple que les femmes de la communauté pensent que ces partenaires sont ensorcelés, dominés par leurs femmes ou que le couple est séropositif et les hommes de la communauté pensent aussi que ces partenaires ont été ensorcelés ou dominés par leurs épouses et se moquent de ces partenaires.

C'est dans cette optique que le Projet ASSIST, sous financement USAID - PEPFAR collabore avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida du Burundi via le Programme National de lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST) pour améliorer l'implication des partenaires dans les soins PTME dans la zone d'intervention du projet ASSIST. L'implication des partenaires masculins est un sujet plus vaste (Santé de la Reproduction, Planning Familial, CPN, VIH/SIDA), mais comme le projet ASSIST a commencé par la PTME, nous avons décidé de commencer par l'implication des partenaires dans les soins VIH/SIDA chez la femme enceinte.

Stratégie d'amélioration et processus d'identification des meilleures pratiques

Sur base de cette évaluation initiale menée en 2012, un ensemble de mesures de changement (paquet de changement) pour aider à combler les lacunes ci-dessus identifiées lors de l'évaluation de base a été développé et validé lors d'un atelier regroupant les principaux intervenants en matière de lutte contre le VIH/SIDA. ASSIST a donc initié ses activités dans soixante-dix (70) formations sanitaires comprenant les CDS et les hôpitaux réparties dans quatre (4) provinces du nord du pays à savoir les provinces de Kirundo, Muyinga, Karusi et Kayanza). Ce sont les sites de démonstration.

Pour cela, ASSIST s'appuie sur l'approche du collaboratif d'amélioration de la qualité des soins de santé. Cette approche repose sur la mise en réseaux de plusieurs formations sanitaires afin de capitaliser les énergies vers l'atteinte rapide des résultats et l'extension des meilleures pratiques vers de nouvelles structures sanitaires.

Des ateliers provinciaux d'orientation des prestataires et responsables des activités VIH/SIDA sur les principes d'amélioration de la qualité (AQ) ont été organisés dans les 4 provinces et des coaches choisis parmi les cadres des BDS, des BPS et du PNLS ont été formés sur les techniques d'AQ et de suivi des EAQ pour apporter un appui à l'encadrement des sites. Cela assure le transfert de compétences aux acteurs locaux. Dès lors à partir de janvier 2013, des équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) ont été mises en place dans les 70 sites pilotes. Afin de bien encadrer les EAQ des sites, des visites de coaching ont été mensuellement effectuées par les coaches des BDS, des BPS, du PNLS et ceux du staff technique du projet ASSIST. La production des idées de changement au niveau des sites a suivi le processus logique ci-dessous :

1. Analyse du processus de la PTME depuis la CPN jusqu'au suivi après l'accouchement en utilisant un diagramme de processus ;
2. Identification des idées de changements en rapport au gap de qualité identifié (par brainstorming ou en puisant dans le paquet initial de changements développé par des experts en début du collaboratif) ;
3. Test des idées de changements à petite échelle en utilisant le cycle Planifier-Introduire-Etudier-Agir (PIEA) puis mise en œuvre à plus grande échelle ;

Les travaux effectués par les EAQ (idées mises en œuvre, résultats, leçons apprises) ont été ensuite partagés et discutés périodiquement lors des sessions d'apprentissage (SA) avec les autres équipes qui regroupent des représentants de chaque équipe ainsi que l'équipe d'appui ou coaches provenant des BDS, BPS, PNLS/IST et le staff du Projet. Ces SA ont offert aux représentants des différentes EAQ un cadre d'échange d'expériences sur la mise en œuvre des activités du collaboratif particulièrement les idées de changement initiées et testées ainsi que les résultats obtenus.

Ceci constitue la première phase de démonstration d'un collaboratif dont les résultats sont non seulement des performances améliorées à travers les indicateurs de suivi mais aussi une liste de changements testés et mis en œuvre par les équipes afin d'accroître les niveaux de performance.

Résultats

Au cours de cette phase de démonstration, ces sites ont donc identifié des changements probants pouvant servir à de nouvelles formations sanitaires. C'est le paquet de changement des meilleures pratiques. Les changements présentés sont donc une synthèse des travaux de plusieurs équipes d'amélioration de la qualité des 70 sites de démonstration afin d'augmenter la proportion de femmes enceintes dont les partenaires sont testés pour le VIH. Les changements retenus sont les suivants :

1. Effectuer des descentes sur chaque sous collines en équipe mixte (prestataires, Membres COSA, ASC, Chefs de collines/sous collines et autres leaders d'opinion) pour animer des séances IEC à l'intention des Hommes sur l'importance d'accompagner les femmes enceintes en CPN et le dépistage du VIH en couple ;
2. Lancer/afficher les communiqués via les églises et les autres lieux de rassemblement sur l'importance d'accompagner les femmes en CPN ;
3. Animer une séance d'EPS par semaine sur l'importance du dépistage du VIH en couple pour les femmes enceintes venues en CPN au centre de santé ;
4. Donner une invitation aux femmes non accompagnées en CPN pour leurs partenaires ; et
5. Offrir des motivations aux couples qui viennent en CPN (ex : quittance pour ambulance, dosage de la glycémie, Prise systématique de la T.A. à tous les partenaires qui se présentent à la FOSA, savons de toilette, cahiers et stylos, etc.).

Parmi ces meilleures pratiques figure un changement retenu qui est celui de « Donner une invitation aux femmes non accompagnées en CPN pour leurs partenaires ». Ceci a été toujours fait en respectant la confidentialité du statut sérologique de la femme. En effet, après la séance de la CPN et la remise de résultat du test VIH à la femme, le prestataire informe la femme de l'importance de faire aussi le test VIH à son partenaire (ex. possibilité de séro-discordance). Si la femme accepte d'être aidée pour amener son partenaire à venir pour être testé, l'invitation pour ce dernier lui est donnée dans une enveloppe bien fermée en veillant à expliquer à la femme le contenu de cette invitation. C'est donc la femme qui décide si elle souhaite donner cette invitation à son partenaire et non le prestataire.

Au cours de la collecte des données de base dans les 70 sites de démonstration, la participation des partenaires des femmes enceintes dans les services de la CPN et le Conseil et Dépistage du VIH chez les partenaires des femmes enceintes était très faible autour de 0%. Après 2 ans d'activités d'amélioration (janvier 2013 à février 2015), des améliorations ont été observées dans la proportion de femmes enrôlées en CPN et testées pour le VIH et dont les partenaires ont été testés. La **Figure 1** montre en effet que le pourcentage de femmes enrôlées en CPN et testées pour le VIH et dont les partenaires ont été testés pour le VIH a augmenté de 2% à 55% de janvier 2013 à février 2015. La **figure 2** montre que l'implication des partenaires a continué à s'améliorer dans les mêmes sites après la phase de démonstration avec une augmentation à 70% en mars 2016.

Figure 1 : Pourcentage de femmes enrôlées en CPN et testées pour le VIH et dont les partenaires ont été testés pour le VIH dans 69 sites de démonstration, 4 provinces (Juillet 2012 – Février 2015)

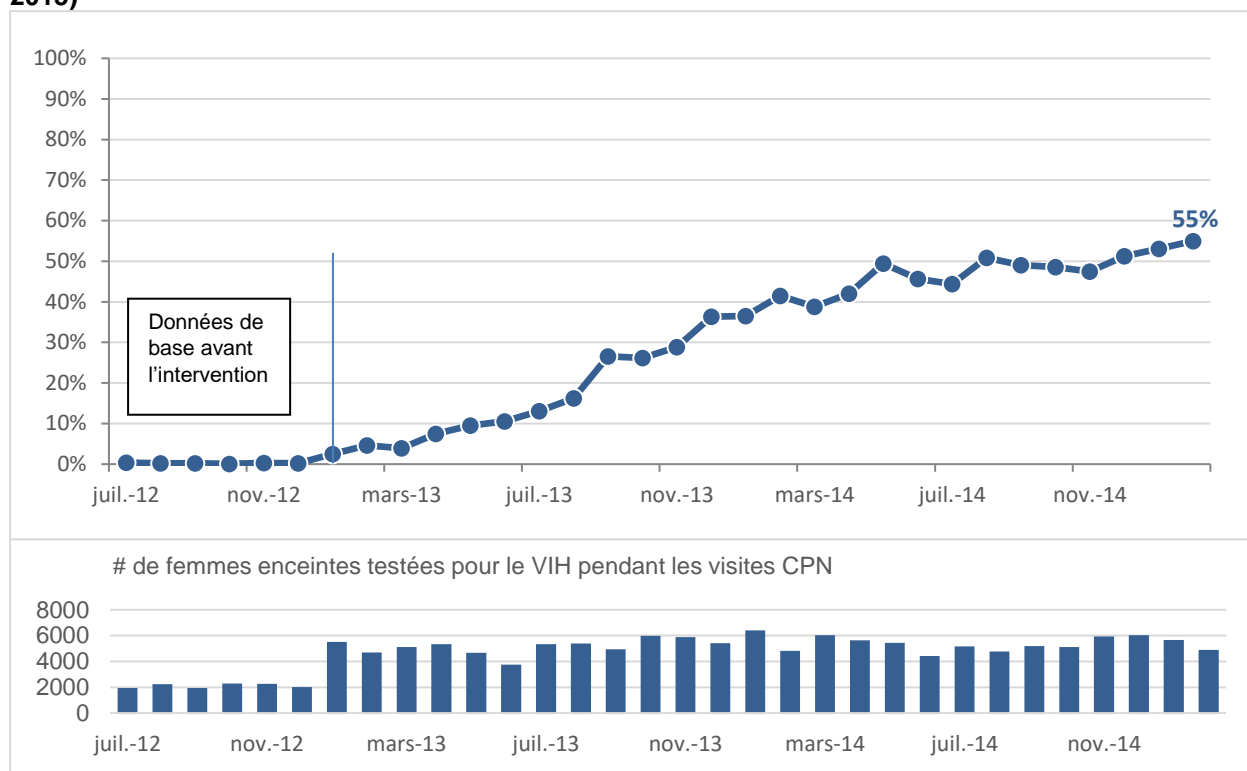
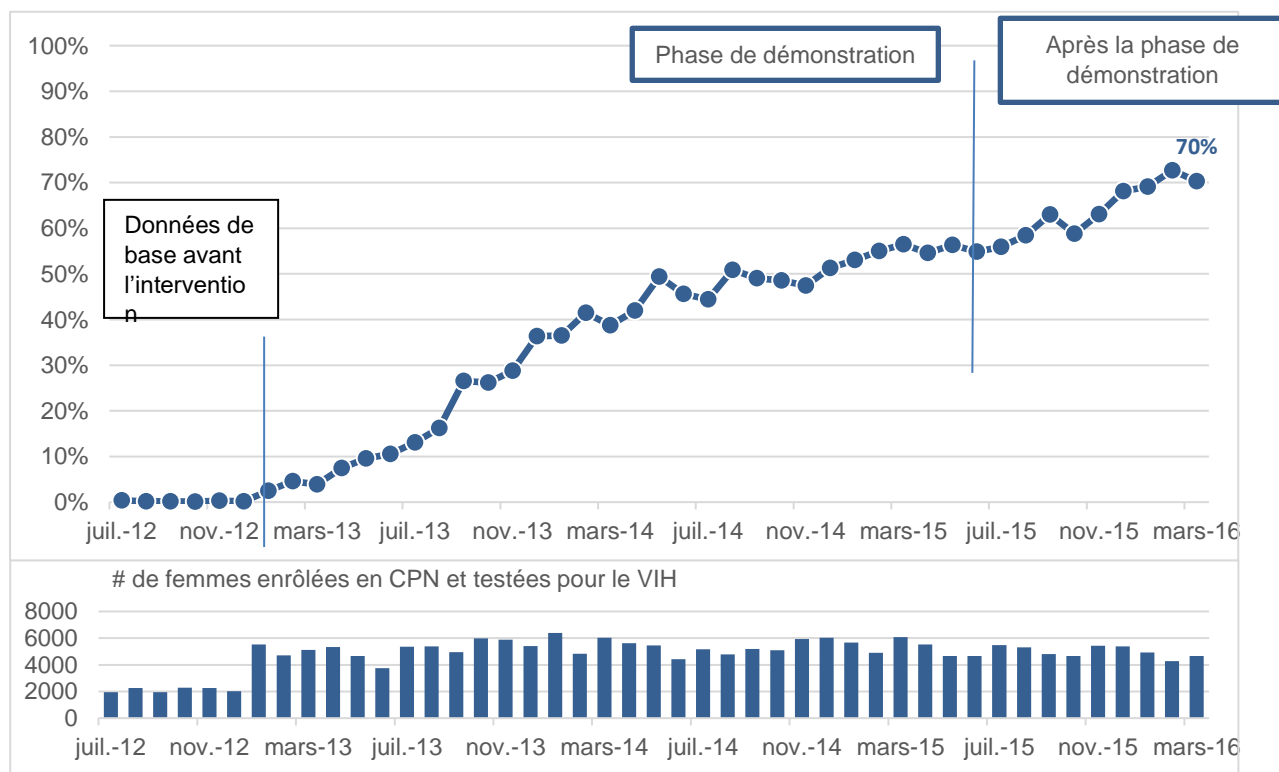


Figure 2 : Pourcentage de femmes enrôlées en CPN et testées pour le VIH et dont les partenaires ont été testés pour le VIH dans 69 sites de démonstration, 4 provinces (Kayanza, Kirundo, Karusi, Muyinga), (Juillet 2012 – Mars 2016)



Dissémination des meilleures pratiques

Au terme de cette première phase dite de démonstration, les résultats obtenus ainsi que les meilleures pratiques identifiées sont encourageant et pourraient être portées à échelle dans d'autres sites. La deuxième phase du collaboratif a consisté donc à étendre dans de nouvelles formations sanitaires ce paquet de changements des « meilleures pratiques ». Pour ce faire, une réunion préalable des experts en PTME a été organisée pour valider ce paquet d'extension et pour adopter une stratégie de dissémination dans les autres sites. C'est ainsi que les provinces de Bujumbura Mairie, Bujumbura Rural, Gitega et Ngozi ainsi que les autres sites des anciennes provinces ont été retenues pour le passage à l'échelle du paquet de changement de la phase 1. Au total, 309 sites (103 sites dans les anciennes 4 provinces et 206 sites dans 4 nouvelles provinces) ont participé à la phase d'extension.

Dans la mise en œuvre, on utilise les agents d'extension qui sont les coaches, les prestataires, les superviseurs et les responsables sanitaires qui ont montré maîtrise, intérêt et enthousiasme vis-à-vis de l'AQ dans les anciennes provinces. Ces derniers sont chargés d'appuyer les coaches qui sont identifiés dans les nouvelles provinces.

Actuellement, suite à la modification de la zone géographique couverte par PEPFAR – USAID au Burundi, 234 sites de 5 provinces (Bujumbura Mairie, Bujumbura Rural, Kayanza, Kirundo et Ngozi) mettent en œuvre des activités d'AQ en utilisant ce paquet de changement de la phase 1 pour améliorer la participation des partenaires des femmes enceintes dans les services de la CPN et le Conseil et Dépistage du VIH.

Leçons apprises et Prochaine Etapes

Le collaboratif d'amélioration de la qualité des services PTME a permis d'améliorer l'implication des partenaires des femmes enceintes dans les services de la CPN et le Conseil et Dépistage du VIH et constitue une bonne stratégie pour améliorer le programme PTME. En étroite collaboration avec le MSPLS, ASSIST va poursuivre la dissémination de ce paquet de meilleures pratiques dans d'autres districts sanitaires d'intervention du projet pour améliorer le dépistage du VIH dans les services de la CPN et l'enrôlement au traitement ARV pour la PTME et le renforcement des liens entre la communauté et les formations sanitaires à travers le renforcement du système de santé communautaire pour améliorer la performance de l'Agent de Santé Communautaire et offrir les services PTME de qualité au niveau communautaire. Afin de pérenniser ces activités d'AQ, un pool de coaches sera constitué au niveau national et par province.

Enfin, ces meilleures pratiques constituent des évidences pouvant servir dans les efforts ultérieurs pour améliorer l'adhérence au traitement VIH et la rétention dans la cascade des soins PTME mais aussi pourront servir à l'élaboration d'un ensemble de meilleures pratiques pour promouvoir la participation des hommes dans les programmes de soins maternels et infantiles en général.

Cette étude de cas a été rendu possible grâce à l'appui du peuple américain à travers l'USAID. Le contenu de cette étude de cas est la seule responsabilité de URC et ne reflètent pas nécessairement les point de vues de l'USAID ou du gouvernement Américain.