

HISTOIRES D' AMÉLIORATION

PROJET DE SANTÉ INTÉGRÉ AU BURUNDI

Intégration des Services de Santé Essentiels au Burundi par l'utilisation du Modèle Collaboratif d'Amélioration

Octobre 2018

*Hilaire Ndhokubwayo
Roland Kone
Bruno Bouchet*



IHPB

fhi360
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES

Remerciements

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA du Burundi pour l'implication des niveaux central, intermédiaire et périphérique dans la mise en œuvre du processus d'intégration des services et l'esprit de partenariat et de collaboration avec le projet IHPB (Integrated Health Project in Burundi)

Le présent document n'aurait pas été produit sans le soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) à travers le contrat AID-623-C-14-00001 octroyé à FHI 360. Le contenu est la seule responsabilité des auteurs et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du gouvernement américain. A ce titre, nous exprimons notre profonde gratitude à l'USAID pour l'appui financier et technique apporté à FHI 360 au travers du projet IHPB.

Citation Recommandée : Ndiwokubwayo H., Kone R., & Bouchet B. Intégration des Services de Santé Essentiels au Burundi par l'utilisation du Modèle Collaboratif d'Amélioration. Histoires de Qualité. Projet IHPB. FHI 360. Septembre 2018.

Cadre interventionnel du projet IHPB

Le Projet de Santé Intégrée au Burundi (Integrated Health Project in Burundi [IHPB]) est un projet financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et mis en œuvre par FHI 360 (Family Health International) en partenariat avec Pathfinder International.

IHPB a pour objectif d'aider le gouvernement du Burundi, les communautés et les organisations de la société civile (OSC) à améliorer l'état de santé des populations dans 12 districts de santé situés dans les provinces de Karuzi, Kayanza, Kirundo et Muyinga.

Le but du projet est d'étendre et d'intégrer les services essentiels d'appui à la lutte contre le VIH / SIDA, à améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), la lutte contre le paludisme, et à renforcer les services de planification familiale (PF) et santé reproductive (SR).

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) est le partenaire majeur impliqué à chaque étape de la planification et de la mise en œuvre du projet.

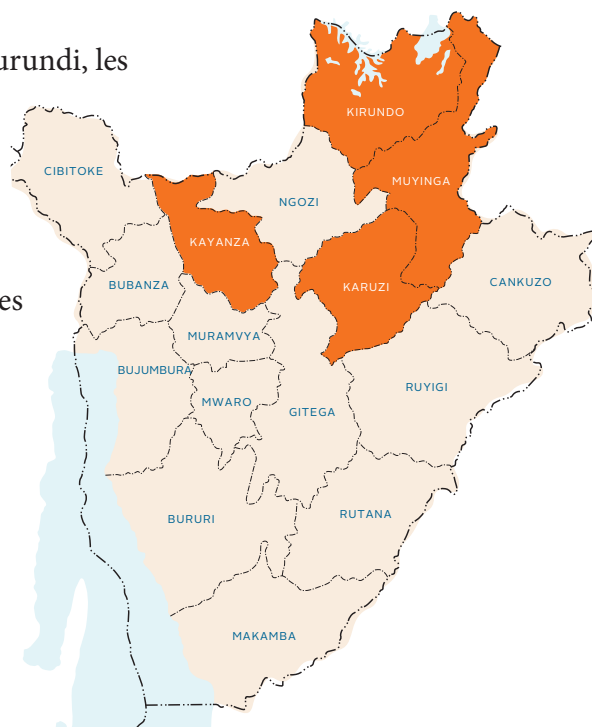


Table of Contents

REMERCIEMENTS.....	I
CADRE INTERVENTIONNEL DU PROJET IHPB.....	I
ACRONYMES ET ABBRÉVIATIONS	IV
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	3
INTRODUCTION.....	5
CONTEXTE ET INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES	5
CADRE ORGANISATIONNEL ET INSTITUTIONNEL DU SYSTÈME DE SANTÉ	5
CONTEXTE SANITAIRE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....	6
SITUATION DE DÉPART ET OPPORTUNITÉS D'AMÉLIORATION	7
IDENTIFICATION DES OPPORTUNITÉS D'INTÉGRATION.....	7
MODÈLE COLLABORATIF D'AMÉLIORATION	8
CHRONOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE DU COLLABORATIF D'INTÉGRATION DES SERVICES ESSENTIELS AU BURUNDI.....	10
PHASE DE PRÉPARATION.....	10
PHASE DE DÉMONSTRATION	11
PHASE D'EXTENSION/PASSAGE À L'ÉCHELLE	12
RÉSULTATS DES EFFORTS D'INTÉGRATION DE CHAQUE PROVINCE	13
INTÉGRATION DE LA PF EN SMI DANS LA PROVINCE SANITAIRE DE KARUSI	13
1. JUSTIFICATION DU PROJET ET BÉNÉFICES ATTENDUS	13
2. BUT ET OBJECTIFS.....	13
3. RÉSULTATS.....	14
CONTRIBUTION DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE PF À L'AUGMENTATION DE LA COUVERTURE CONTRACEPTIVE DE LA PROVINCE DE KARUSI.....	17

AMÉLIORATION DE L'INTÉGRATION DE LA CPN PRÉCOCE, PRISE EN CHARGE DES VSBG, DÉPISTAGE VIH DANS LES SERVICES CURATIFS DE LA PROVINCE SANITAIRE DE KIRUNDO	18
1. JUSTIFICATION DU PROJET ET BÉNÉFICES ATTENDUS	18
2. BUT DU PROJET	18
3. RÉSULTATS.....	18
AMÉLIORATION DE L'INTÉGRATION DE LA PF EN SMI ET DANS LES SERVICES DE PEC VIH DANS LA PROVINCE SANITAIRE DE KAYANZA	21
1. JUSTIFICATION DU PROJET ET BÉNÉFICES ATTENDUS	21
2. BUT DU PROJET	21
3. RÉSULTATS.....	21
AMÉLIORATION DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE PRÉVENTION DU PALUDISME DANS LA PROVINCE SANITAIRE DE MUYINGA	24
1. JUSTIFICATION DU PROJET ET BÉNÉFICES ATTENDUS	24
2. BUT DU PROJET	24
3. RÉSULTATS.....	24
LEÇONS APPRISSES DE L'EXPÉRIENCE D'AMÉLIORATION DE L'INTÉGRATION DES SERVICES.....	26
SUR L'UTILISATION DU MODÈLE COLLABORATIF D'AMÉLIORATION	26
LA FONCTIONNALITÉ DES ÉQUIPES D'AMÉLIORATION.....	26
SUR L'INTÉGRATION DES SERVICES	28
CONCLUSION.....	30
ANNEXES	31
ANNEXE 1 : LISTE DES FOSA IMPLIQUÉES DANS LA PHASE DE DÉMONSTRATION	31
ANNEXE 2 : PAQUET COMMUN ELARGI DE CHANGEMENTS ET LEURS ACTIVITÉS DE MISE EN ŒUVRE	32

Acronymes et abbréviations

ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
AQ	Amélioration de la Qualité
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
BDS	Bureau du District Sanitaire
BERCER	Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour
BPS	Bureau Provincial de Santé
CC	Consultation Curative
CDS	Centre de Santé
CDV	Conseil Dépistage Volontaire
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CPF	Conseil en Planning Familial
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Postnatale
DH	Directeur Hôpital
DIP	Dépistage du VIH à l'Initiative du Prestataire
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DMPA	Depo - Médroxyprogestérone Acétate
EAQ	Equipe d'Amélioration de la Qualité
EPS	Education Pour la Santé
FARN	Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
FHI 360	Family Health International
FOSA	Formation Sanitaire
FOM	Gestionnaire de Bureau provincial de IHPB
GESIS	Gestion du Système d'Information Sanitaire

GB	Gouvernement du Burundi
HD	Hôpital de District
IHPB	Integrated Health Project in Burundi
MCD	Médecin Chef de District
MDPS	Médecin Directeur de la Province Sanitaire
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide de Longue Durée d’Action
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre Le SIDA
OSC	Organisation de la Société Civile
PB	Périmètre Brachial
PEC	Prise En Charge
PECADOM	Prise En Charge à Domicile (du Paludisme)
PF	Planification Familiale
PFEA	Planifier, Introduire, Etudier et Agir
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PNLS/IST	Programme National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PPE	Prophylaxie Post Exposition (au VIH)
PTME	Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l’Enfant
PV	Procès-Verbal
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RBP+	Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH
RH	Ressources Humaines
SA	Semaine d’Aménorrhée
SA	Session d’Apprentissage
SIDA	Syndrome d’Immunodéficience Acquise
SIS	Système d’Information Sanitaire

SM	Santé maternelle
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
SPT	Stratégies Plaintes et Traitement
STA	Service de Traitement Ambulatoire
SWAA	Society of Women against AIDS in Africa
TDR	Termes de Références
TPI	Traitement Préventif Intermittent du paludisme pour le femmes enceintes
USAID	United States Agency for International Development
USG	United States Gouvernement
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSBG	Violences Sexuelles Basées sur le Genre

Résumé exécutif

Le projet IHPB (Projet de Santé Intégrée au Burundi), financé par l'USAID et mis en œuvre par FHI 360 et Pathfinder International, vise à renforcer les systèmes de soins et services essentiels dans les domaines du VIH/SIDA, santé et maternelle et infantile, planification familiale et santé reproductive et paludisme. L'intégration des services est une composante stratégique essentielle à l'atteinte des objectifs du projet d'améliorer l'état de santé de la population par une augmentation de la couverture de soins et de la qualité des services.

La stratégie d'intégration des services essentiels au Burundi a été conçue lors d'un atelier organisé par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) et IHPB en Août 2014, avec la participation des acteurs des provinces cibles (MDPS, MCD, Directeurs des hôpitaux). Au cours de cet atelier, les participants ont identifié les opportunités suivantes d'intégration des services dans chaque province :

- **Karusi** : Projet d'amélioration et d'intégration de la PF dans les services de santé maternelle et infantile ;
- **Kirundo** : Projet d'intégration d'un paquet des services (CPN précoce, VSBG, malnutrition, dépistage du VIH) dans les consultations curatives ;
- **Kayanza** : Projet d'intégration de la planification familiale dans les services de santé maternelle et de prise en charge des PVVIH ;
- **Muyinga** : Intégration de la prévention du paludisme dans les services de CPN.

Durant cet atelier, les participants ont également approuvé l'utilisation du modèle Collaboratif d'amélioration de la qualité afin de faciliter la mise en œuvre des changements nécessaires à une intégration réussie et l'amélioration de la qualité des services.

Dans chaque province, des équipes d'amélioration de la qualité (EAQ) ont été mises en place, des indicateurs d'amélioration ont été mesurés mensuellement dans une base de données générant automatiquement des graphiques de performance, et des changements dans la prestation des soins ont été testés. Les EAQ se réunissaient régulièrement pour identifier un paquet de meilleures pratiques qui a été testé dans 52 FOSA, puis étendu à 165. De Juin 2015 à Décembre 2017, les résultats suivants ont été obtenus :

A Karusi, la proportion des femmes qui amènent leurs enfants pour la vaccination et qui acceptent une méthode contraceptive est passée de 0 à 6 %, alors que la proportion des femmes ayant accouché en maternité à qui on a donné la méthode contraceptive a augmenté de 4% à 36%. Dans le même temps, la proportion des femmes référées par les ASC et qui sont arrivées aux CDS pour adhésion aux méthodes de PF, est passée de 54% à 91%.

A Kirundo, parmi 11.402 femmes en âge de procréer qui ont fréquenté les services curatifs, chez qui, un dépistage de grossesse systématique a été effectué, 9.185 soit 81% avaient une grossesse de moins de 12 SA et 79% ont bénéficié de la CPN précoce le même jour. L'intégration du dépistage sérologique du VIH chez 104.602 patients à risque a contribué au dépistage de 2.142 cas positifs soit 2%. Enfin, sur un total de 284 cas des victimes de VSBG reçues en consultation curative, 266 soit 94 % ont reçu une prophylaxie post exposition contre le VIH dans la même structure et le même jour.

A Kayanza, parmi 39.402 femmes vues en CPoN, 8.729 (22 %) ont été mises sous méthode contraceptive. Parmi la file active des femmes séropositives en âge de procréer, 55 % ont été conseillées et ont adhéré aux méthodes contraceptives.

A Muyinga, la proportion des femmes enceintes vues en CPN1 ayant bénéficié des MILLDA a augmenté de 30% à 100% et la proportion des femmes enceintes vues en CPN3 ayant reçu la deuxième dose de TPI a augmenté de 0 % à 68%.

Les principales leçons tirées de cette expérience sur le processus d'intégration, l'utilisation du modèle Collaboratif ainsi que l'impact des changements doivent permettre aux autres provinces de développer leur propre stratégie d'amélioration des services de santé et une pérennisation des acquis par le MSPLS.

Introduction

Le Projet de Santé Intégré au Burundi (IHPB), financé par l'USAID, travaille en étroite collaboration avec le Gouvernement du Burundi (GB), les Organisations de la Société Civile (OSC), les collectivités et d'autres partenaires au développement pour renforcer le système de santé au niveau des familles, des communautés, des formations sanitaires et districts sanitaires de quatre provinces : Karusi, Kayanza, Kirundo et Muyinga.

Le projet, mis en œuvre par FHI 360 et Pathfinder International, vise à renforcer les systèmes de soins et services essentiels dans les domaines du VIH/SIDA, santé et maternelle et infantile, planification familiale et santé reproductive et paludisme. L'intégration des services est une composante stratégique essentielle à l'atteinte des objectifs du projet afin d'améliorer l'état de santé de la population par une augmentation de la couverture de soins et de la qualité des services.

Contexte et Indicateurs Socio-Economiques

Le Burundi est un pays enclavé et abrite une population de 10.395.951 habitants. Les indicateurs de développement socio-économiques sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Indicateurs de développement socio-économiques du Burundi

Indicateurs	Résultats/Année (références)
Index de Développement Humain	0,400; Rang: 184/187 (PNUD, 2017)
PIB par habitant	2.976 US \$ (PNUD, 2017)
Indice de pauvreté humaine (IPH) (% de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar US par jour).	81,3% (PNUD, 2015)

Cadre Organisationnel et Institutionnel du Système de Santé

La pyramide sanitaire du Burundi comprend 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- Le niveau central est responsable de la politique de santé, la planification stratégique, la coordination des activités, la mobilisation et l'allocation des ressources et le suivi de la performance ;
- Le niveau intermédiaire se compose de 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) qui coordonnent les activités au sein des provinces respectives et offrent un appui aux districts sanitaires ;
- Le niveau périphérique est constitué de 46 districts sanitaires gérés chacun par une équipe cadre de district (ECD), 68 hôpitaux de district (HD) et 822 centres de santé (CDS). Le district est l'unité opérationnelle du système de soins. Il regroupe le niveau communautaire, les CDS et l'HD.

Contexte Sanitaire et Epidémiologique

Le Gouvernement du Burundi (GB) a fait des progrès considérables dans le secteur de la santé en termes de décentralisation et d'expansion des services avec l'appui du gouvernement américain et autres partenaires. En dépit de cela la situation sanitaire reste préoccupante et marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles et non transmissibles : le Paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/Sida et la Tuberculose constituent les principales causes de morbidité et de mortalité. Le tableau 2 présente les principales données épidémiologiques disponibles au début du projet.

Tableau 2 : Données sanitaires épidémiologiques nationales du Burundi au démarrage du Projet

Indicateurs	Résultats/Année (2014)	Résultats/Année (références)
Santé de la Reproduction et Planification Familiale		
Taux de fécondité / ISF	6.4 : EDS 2010	5,5 : EDS 2017
Taux de prévalence contraceptive	25% : PNSR 2012	29 % : EDS 2017
Utilisation des méthodes contraceptives.	18% : EDS 2010	23% : EDS 2017
Besoins non satisfaits en PF	31% : EDS 2010	30 % : EDS 2017
Santé Maternelle, Néonatale et Infantile		
Mortalité maternelle (décès pour 100.000 naissances vivantes)	500 : EDS 2010	590 : EDS 2017
Mortalité néonatale	36‰ : IGME-2013	23‰ : EDS 2017
Mortalité infantile (de moins de 5 ans)	59‰ : EDS 2010	47‰ : EDS 2017
Taux de couverture CPN4	33% : EDS 2010	79% : EDS 2017
Paludisme		
Prévalence du paludisme chez l'enfant	17,3% : MIS-2012	26,8% GE et 37.9% (TDR)
Incidence du paludisme	32,7% : EDS 2010	89.9% : EDS 2017
Taux de mortalité spécifique du paludisme (décès pour 1.000)	34,07‰ PNILP 2010	64‰ PNILP 2012
VIH/SIDA		
Taux de prévalence chez la femme de 15-49 ans	1,7% : EDS 2010	1.2% EDS 2017
Taux de prévalence chez l'homme de 15-49 ans	1% : EDS 2010	0.8% EDS 2017

Situation de Départ et Opportunités d'Amélioration

Un objectif prioritaire du projet IHPB est l'amélioration de la prestation de services intégrés de qualité au niveau des formations sanitaires (FOSA) et des communautés des quatre provinces. Le tableau 3 montre l'échelle du projet.

Identification des opportunités d'intégration.

Afin d'identifier les opportunités d'intégration « intelligentes », IHPB a organisé un atelier à Bujumbura en Août 2014 avec toutes les parties prenantes : représentants du MSPLS, chargés des programmes du ministère, médecins provinciaux et de districts, USAID, CSOs, et partenaires au développement. L'objectif principal de l'atelier était de prioriser les opportunités d'intégration dans les provinces soutenues par le projet IHPB et de planifier la phase pilote de leur mise en œuvre sur un échantillon de 52 FOSA. Le tableau 4 présente les opportunités identifiées par province.

Derrière l'objectif d'intégration, l'intention est d'offrir aux patients un paquet de services au-delà de la demande principale qui motive la visite et de diminuer ainsi les opportunités manquées de satisfaire les besoins non-exprimés, rendant ainsi le système plus efficient et évitant aux patients des visites répétées. Dans ce projet, l'intégration des services a été définie sur une échelle allant de la prestation de plusieurs services fournis le même jour par le même prestataire jusqu'à la référence à un prestataire différent le même jour et dans la même structure.

Tableau 3 : Nombre de FOSA par province et district de la zone d'intervention du projet IHPB

Provinces	Districts	Hôpitaux	Centres de Santé
Karusi	2	2	35
Kayanza	3	3	45
Kirundo	4	2	50
Muyinga	3	3	51
Total	12	10	181

Tableau 4 : Opportunités d'intégration par province

Provinces	Opportunités d'Intégration
Karusi	Intégration de la PF dans les services de SMI
Kirundo	Intégration de la CPN précoce, VIH, VSBG dans les services de consultations curatives
Kayanza	Intégration de la PF dans les services de SMI et PEC VIH
Muyinga	Intégration du paquet de prévention du paludisme en CPN

À la suite de l'atelier, des réunions ont été organisées dans chaque provinces impliquant les acteurs de terrain (MDPS, MCD, DH, superviseurs BPS et BDS, chargés du SIS) afin d'élaborer et de signer une charte d'amélioration et d'intégration des services de santé. Une charte est un document de référence qui constitue une feuille de route pour la mise en œuvre du processus d'amélioration. La charte est structurée autour des éléments du modèle collaboratif d'amélioration de la qualité décrit ci-dessous.

Modèle Collaboratif d'Amélioration

L'intégration des services de santé requiert la mise en place de changements dans de nombreuses fonctions et tâches au sein de l'équipe d'une FOSA telles que l'organisation des soins, les compétences des prestataires, la référence des patients, la communication entre prestataires, les horaires de travail, la répartition des tâches et la mise en place de nouveaux outils et aide-mémoires.

Au début d'un tel effort, il est difficile de savoir quels changements sont nécessaires, faisables et efficaces. Il était donc logique pour IHPB de sélectionner un modèle d'amélioration qui repose sur le test de changements par des équipes dispersées mais qui travaillent en réseau. Le modèle d'amélioration basé sur le cycle PFEA (voir figure 1) a été retenu afin que chaque équipe puisse tester les changements propres à son contexte.

Etant donné le nombre important de FOSA, la gestion de cet effort nécessitait un modèle progressif par étapes, avec une phase de démonstration sur une petite échelle, puis un passage à l'échelle à tous les FOSA au vu des résultats des tests de changements. C'est ainsi que le modèle Collaboratif d'amélioration de la qualité a été retenu pour la gestion de cet effort d'intégration. Ces deux modèles et leur interaction sont décrits ci-dessous.

Le modèle Collaboratif d'amélioration (aussi appelé le « Collaboratif ») a été conçu pour gérer un effort structuré d'amélioration à grande échelle qui implique de nombreuses équipes visant à atteindre le même résultat dans une population ou zone géographique bien définie. Sur une période qui varie selon la taille et la complexité du projet, un Collaboratif accélère l'extension et la pérennité des améliorations dans un système de soins et de services. Ce modèle innovant, développé par le "Institute for Healthcare Improvement"¹, possède 7 caractéristiques/composantes :

1. Un but et des objectifs d'amélioration communs à toutes les unités impliquées (ici les FOSA) ;
2. Un système commun de monitoring de l'amélioration basé sur la collecte mensuelle d'indicateurs et leur interprétation sur des diagrammes fréquence-temps ;

¹La Série des Percées : Modèle Collaboratif pour atteindre des percées dans les actions d'amélioration par IHI. Institute for Healthcare Improvement, 20 University Road, 7th Floor, Cambridge, MA 02138. Website: www.ihl.org.

3. Une structure opérationnelle organisée autour d'équipes qui assurent 5 rôles et responsabilités spécifiques : le test des changements par des Equipes d'Amélioration de la Qualité (EAQ) ; la gestion du Collaboratif par le district ; le leadership stratégique par les décideurs et les experts du programme ; l'expertise en Amélioration de la Qualité (AQ) ; et l'expertise dans le contenu des soins et services à améliorer ;
4. Un paquet de changements, qui est une combinaison de standards de services et de meilleures pratiques d'organisation des services pour l'amélioration des prestations ;
5. Un système de coaching pour soutenir les EAQ dans la mise en œuvre du paquet de changements et la mesure de leurs effets ;
6. Un modèle d'amélioration centré sur l'identification et le test de changements et leur impact durant des périodes d'action, le cycle PFEA.
7. Des sessions d'apprentissage durant lesquelles les EAQ partagent leurs expériences dans la mise en œuvre et les résultats des changements testés, afin de définir un paquet final de changements.

Un Collaboratif peut être décrit en 3 phases :

- *La phase de préparation*, durant laquelle les cinq premiers éléments sont mis en place ;
- *La phase de mise en œuvre (ou démonstration)*, où les périodes d' action et les sessions d' apprentissage alternent pour étudier les effets des changements sur les objectifs d' amélioration ;
- *La phase d' extension*, où les meilleures pratiques (changements systémiques qui ont produit les améliorations attendues) sont répliquées dans les autres structures de soins et parfois au niveau national.

Chaque EAQ utilise un modèle générique d'amélioration (de la qualité)² adopté par FHI 360 et représenté dans la figure 1. Ce modèle est centré sur le test de changements systémiques selon le cycle PFEA. Si un changement produit une amélioration, il est maintenu. Si le changement ne produit pas l'amélioration attendue, il est alors abandonné et un autre changement est testé.

Les principales étapes sont :

- *Identifier un but et des objectifs explicits d'amélioration* (qu'essayons-nous d'améliorer ?) qui exprime en termes mesurables un bénéfice pour la population ciblée par le projet.
- *Développer le système de mesure de l'amélioration* (comment saurons-nous si un changement est une amélioration ?). L'EAQ collecte fréquemment quelques

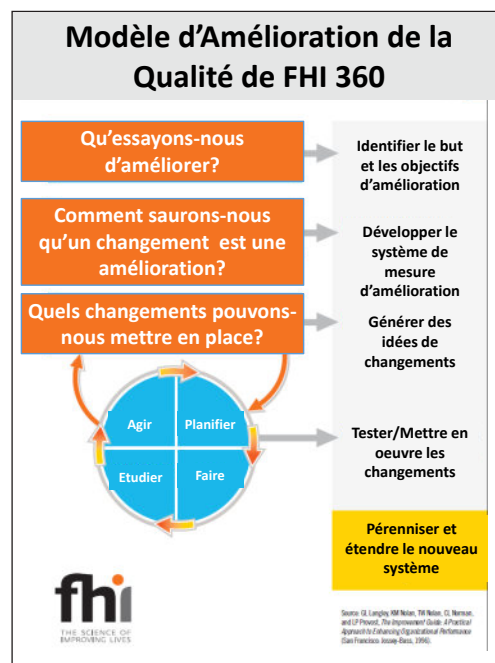
² Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2009.

indicateurs, afin que l'impact du changement soit rapidement identifié par l'analyse des diagrammes fréquence-temps.

- *Générer des idées de changements* (quels changements pouvons-nous mettre en place qui produiront une amélioration ?). En utilisant le brainstorming, le benchmarking et une liste de concepts de changements, les parties prenantes suggèrent des idées de changements.
- *Tester/Mettre en œuvre les changements* (avec le cycle PFEA). Les changements sont introduits et leurs effets étudiés sur les objectifs d'amélioration.

Ce modèle générique est intégré dans le Collaboratif, les objectifs et mesures sont les mêmes pour toutes les équipes mais la nature des changements testés (étape 3) peut varier selon le contexte des équipes.

Figure 1 : Modèle d'Amélioration de la Qualité



Chronologie de Mise en Œuvre du Collaboratif d'Intégration des Services Essentiels au Burundi

Les trois phases du Collaboratif se sont déroulées entre Mai 2014 et Juin 2018.

Phase de préparation

Cette phase s'est étendue de Mai 2014 à Mars 2015. Elle a été marquée par une évaluation de base à travers une enquête qualitative des services fournis par les FOSEA ; l'adaptation et mise à jour des modules de formation des coaches ; la finalisation, validation et signatures des chartes d'intégration en province ; des ateliers d'orientation des acteurs clés sur la mise en œuvre du processus d'amélioration ; la mise en place des EAQ et du système de monitoring ; et la formation des coaches et staff du projet.

Orientation des parties prenantes dans chaque province

En étroite collaboration avec les programmes nationaux de santé de la reproduction et de lutte contre le sida (PNSR et PNLS/IST) du MSPLS, le projet IHPB a organisé dans chaque province un atelier d'orientation sur le processus d'intégration et d'amélioration de la qualité des services pour les titulaires des CDS sélectionnés dans la phase de

démonstration, les superviseurs des BDS et BPS ainsi que les Directeurs des districts et provinces sanitaires. Durant l'atelier, IHPB a sensibilisé les participants aux principes et modèles d'EAQ et défini la structure provinciale de gestion du Collaboratif.

Mise en place des EAQ

Les titulaires des CDS pilotes ont été orientés sur la mise en place des EAQ dans leurs structures respectives et reçu des aide-mémoires sur la fonctionnalité des EAQ : Tableau de composition d'une EAQ ; Tenue de réunions ; Elaboration d'un PV ; Fiche de suivi des décisions prises par l'équipe ; Fiche de suivi de la fonctionnalité des EAQ dans les sites ; Tableau de planification et suivi des réunions ; Plan d'Amélioration et outils de monitoring.

Mise en place du système de coaching

Pour bâtir un système d'encadrement des EAQ, le projet a formé 24 superviseurs des districts à raison de deux par district sur les techniques de coaching : 1) Modèle d'EAQ ; 2) Mise en place et fonctionnalité des EAQ ; 3) Identification et test d'une idée de changement ; 4) Approche collaborative ; et 5) Rôles et activités du coach.

Formation du staff du projet IHPB

IHPB a partagé les connaissances sur le modèle d'amélioration et l'approche collaborative pour harmoniser la compréhension au sein du personnel technique du projet afin qu'ils puissent faire le suivi et l'encadrement des EAQ durant les visites de supervision.

Mise en place d'un plan de monitoring des indicateurs

Une base de données Excel a été conçue pour permettre le suivi des indicateurs d'amélioration contenus dans les chartes et adaptée aux objectifs d'intégration spécifiques de chaque province avec une fréquence mensuelle de mesure par les EAQ elles-mêmes.

Phase de démonstration

Cette phase s'est étendue sur 18 mois, de Juin 2015 à Décembre 2016. Durant cette phase, les EAQ sont soutenues par des visites de coaching régulières et l'organisation des sessions d'apprentissage.

Organisation des visites conjointes de coaching

Les 1ères visites conjointes de coaching (districts/IHPB) ont été organisées mensuellement pendant trois mois pour évaluer le travail des EAQ et apporter une assistance technique sur l'application du modèle. Durant ces visites, les coaches aidaient les EAQ à construire leur diagramme de processus initial, à identifier les étapes à problèmes (goulots d'étranglement), leurs causes profondes et proposer des solutions locales, lesquelles sont formulées sous formes d'idées de changement dont le test est planifié durant la visite.

Organisation des sessions d'apprentissage

Durant la phase de démonstration, chaque province a tenu trois sessions d'apprentissage, tous les trois à cinq mois. Chaque session réunissait le président de l'EAQ et un membre par site, les coaches, les chargés du SIS BPS et BDS, le MDPS et les MCD, et le staff provincial du projet. Chaque équipe expose les idées de changements en cours de test, les résultats, problèmes, et leçons apprises. L'agenda des sessions évoluent selon les progrès des équipes : l'attention est portée sur les processus d'amélioration au début et évolue vers l'interprétation des résultats lors de la 2ème session.

L'annexe 1 liste les FOSA sélectionnées dans la phase de démonstration

Phase d'extension/passage à l'échelle

Cette phase s'est déroulée en deux étapes : a) une extension intraprovinciale à tous les FOSA, de Janvier à Décembre 2017 ; et b) une réplique interprovinciale des résultats des quatre sujets d'intégration de Janvier à Septembre 2018.

L'extension intraprovinciale a débuté dans chaque province par une revue des changements qui ont prouvé leur efficacité et faisabilité dans les sites pilotes afin d'élaborer le paquet de changements (PC). Les équipes, leurs coaches et autorités provinciales ont adopté le PC spécifique de leur province et planifié leur extension dans une charte. L'extension intraprovinciale s'est faite en deux vagues successives en tenant compte des réalités de chaque district et des ressources disponibles. La 1ère vague consistait à organiser des visites d'échanges d'expérience des nouveaux sites d'extension vers les sites pilotes. La 2ème vague consistait au coaching des sites d'extension par les sites pilotes pour introduire le PC, et donner et expliquer les outils de mise en œuvre des changements. Pour cette deuxième vague, le staff des meilleures équipes de la phase de démonstration a constitué les agents d'extension.

L'extension interprovinciale a débuté par un atelier de dissémination regroupant la Direction de l'offre et de la demande des soins, les 4 directeurs des provinces sanitaires et 12 MCD, les coaches, les superviseurs de districts, les chargés du SIS au niveau des districts et les agents d'extension. Durant cet atelier, la liste des meilleures pratiques de chaque province a été combinée dans un paquet commun de meilleures pratiques/ changements qui a été amendé et validé. L'extension interprovinciale de ce paquet commun de changements s'est faite durant des visites conjointes de coaching par des agents d'extension, des coaches de districts, et le staff de IHPB. Le plan de monitoring et la base Excel d'indicateurs ont également été distribués à toutes les équipes.

Tableau 5 : Nombre de FOSA couvertes par l'approche d'AQ des services intégrés dans quatre provinces

Province	Sites pilotes	Sites d'extension	Total
Muyinga	9	37	46
Karusi	11	21	32
Kirundo	17	33	50
Kayanza	15	22	37
Total	52	113	165

Résultats des efforts d'intégration de chaque province

Intégration de la PF en SMI dans la province sanitaire de Karusi

1. Justification du projet et bénéfices attendus

Le choix du projet d'intégration a été guidé par un taux bas de couverture contraceptive, 24 % alors que la moyenne nationale était de 30.8 %, et le fait que 89% des enfants ont reçu le vaccin BCG, ce qui signifie une utilisation élevée des services par la mère. L'intégration de la PF dans les services de vaccination et de santé maternelle et infantile (SMI) offre donc une opportunité d'accroître l'accès et l'utilisation de la contraception

2. But et objectifs

Augmenter le taux de couverture contraceptive par une intégration des services de PF dans les services de vaccination et de la consultation post-natale.

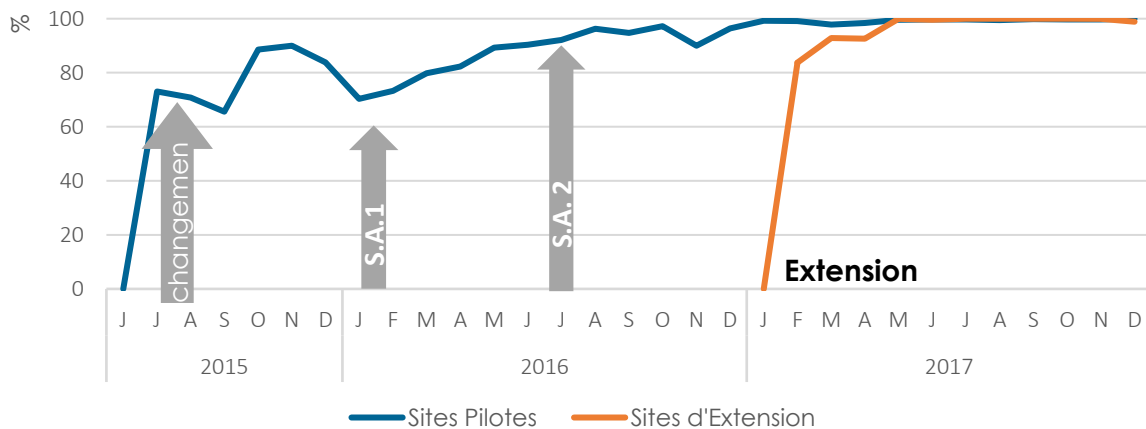
Tableau 6 : Objectifs d'amélioration et Indicateurs de suivi

Objectifs	Indicateurs
Réduire les opportunités manquées d'offrir un conseil en PF à toute femme qui amène son enfant dans le service de vaccination et toute femme vue en CPoN.	% des femmes qui amènent les enfants dans les services de vaccination et qui ont reçu les conseils sur la PF. % des femmes vues en CPoN et qui ont reçu les conseils sur la PF.
Réduire les opportunités manquées de fournir les méthodes de PF aux femmes qui amènent leurs enfants dans le service de vaccination et aux femmes vue en CPoN.	% des femmes qui amènent les enfants dans les services de vaccination mises sous méthodes de PF. % des femmes vues en CPoN mises sous méthodes de PF.
Réduire les opportunités manquées d'offrir les services PF aux femmes hospitalisées en maternité et celles ayant accouché, en particulier les césariées.	% des femmes hospitalisées en maternité qui ont reçu les conseils sur la PF. % des femmes accouchées en maternité à qui on a donné les méthodes de PF.
Accroître la demande des méthodes de PF au niveau communautaire.	% de femmes référées par des ASC au CDS pour conseil en PF et qui ont reçu une méthode.

3. Résultats

Objectif : Réduire les opportunités manquées d'offrir un CPF à toute femme qui amène son enfant dans le service de vaccination.

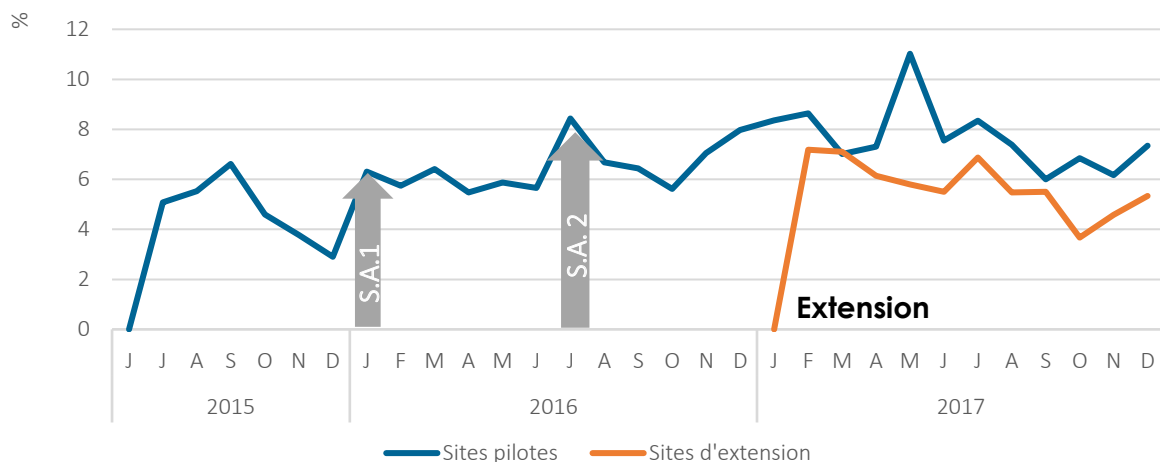
Graphique 1 : Pourcentage des femmes qui amènent les enfants dans les services de vaccination à qui on a donné les conseils sur la PF dans les sites pilotes et d'extension de Juin 2015 à Décembre 2017 dans la province de Karusi.



De juin 2015 à Déc.2017, 156.021 femmes ont amené leurs enfants pour la vaccination dont 143.172 (92%) ont été conseillées sur la PF. Ce taux a connu un rythme croissant depuis le début des changements, passant de 73% à 89 % pour se maintenir à 100% durant toute la phase d'extension.

Objectif : Réduire les opportunités manquées d'offrir les méthodes PF à toute femme qui amène son enfant dans le service de vaccination.

Graphique 2 : Pourcentage de femmes qui amènent des enfants dans le service de vaccination conseillées sur la PF qui acceptent la méthode dans la province sanitaire de Karusi



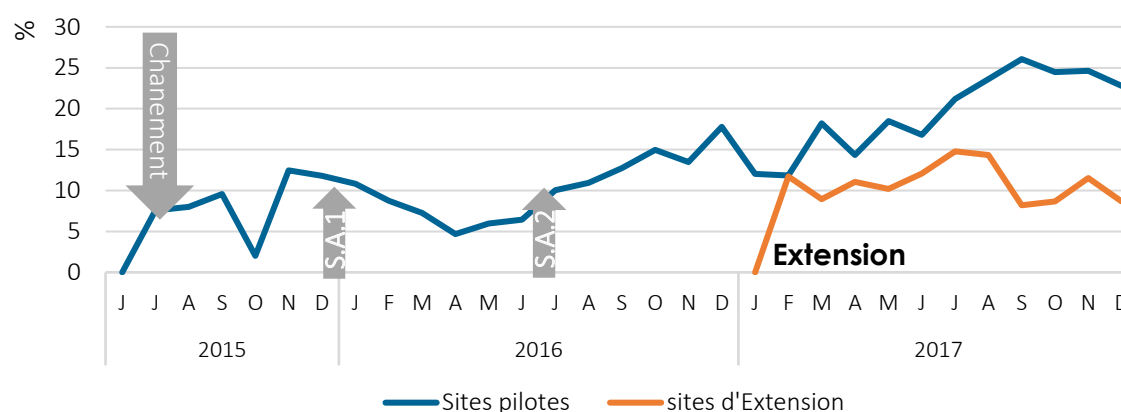
Le taux moyen de nouvelles acceptantes des méthodes contraceptives est de 6 %. On observe une progression croissante après chaque session d'apprentissage qui atteint 11% en mai 2017 pour se stabiliser autour de 7% durant la phase d'extension.

Objectif : Réduire les opportunités manquées d'offrir un CPF à toute femme vue en CPoN.

D'habitude, les femmes ne consultent les services de CPoN que lorsqu'elles ont des problèmes en post partum. Pour accroître l'utilisation des services de CPoN, les prestataires organisent la vaccination pour le BCG et les services de CPoN le même jour et orientent les femmes en CPoN où elles bénéficient des soins post natals et du CPF individuel. Ainsi depuis juin 2015 à Décembre 2017, 33.760 femmes ont été reçues dans les services de CPoN dont 31.602, soit 94 %, ont reçu un conseil en PF.

Objectif : Réduire les opportunités manquées d'offrir les méthodes de PF à toute femme vue en CPoN.

Graphique 3 : Pourcentage de femmes reçues en CPoN conseillées pour la PF et qui acceptent les méthodes PF dans les sites pilotes et d'extension.



Le taux moyen de nouvelles acceptantes de méthodes de PF vues en CPoN est de 12% sur 30 mois. On note également une nette amélioration en deux temps : après la deuxième SA et le début d'extension où ce taux est passé respectivement de 9 % à 17 % (Juin et Décembre 2016) pour atteindre un pic de 23% en Septembre 2017. Les sites pilotes affichent une meilleure performance que les sites d'extension bien que ces derniers montrent une progression plus rapide.

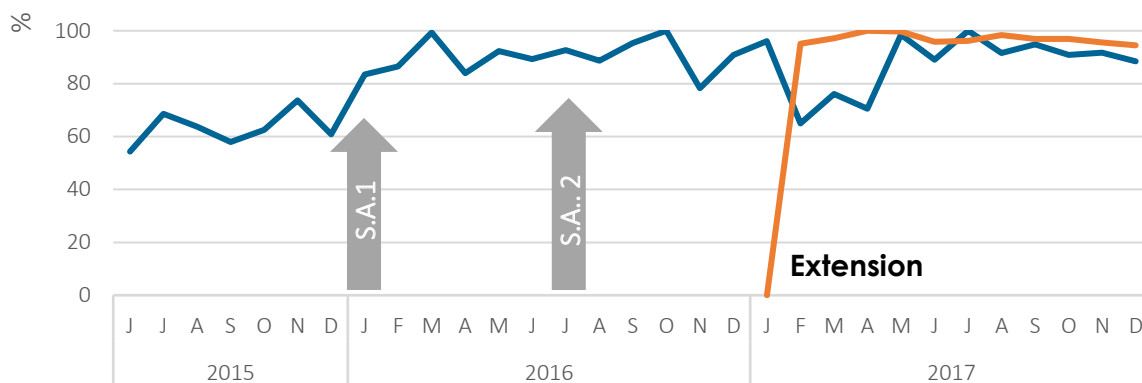
Objectif : Réduire les occasions manquées d'offrir les services de PF aux femmes hospitalisées en maternité et celles ayant accouché, en particulier les césariées.

Durant les 18 mois qu'a duré la phase de démonstration, 2.528 femmes ont été admises en maternité à l'hôpital de Buhiga. Les prestataires saisissent cette opportunité pour offrir un CPF en couples. Ainsi, 47 femmes soit 19 % ont accepté une méthode de PF, le plus souvent le DMPA.

Inversement, l'intégration des services de PF chez les femmes amenant les enfants dans les services de consultation curatives de moins de cinq ans ou hospitalisés en pédiatrie durant la même période a démontré que les femmes ayant des enfants malades sont primordiallement préoccupé par l'état de santé de leurs enfants et ne sont pas réceptives pour l'adhésion spontanée aux méthodes de PF : le taux de nouvelles acceptantes est bas, autour de 1%.

Objectif : Augmenter l'accessibilité des services de PF dans la communauté.

Graphique 4 : Pourcentage des femmes référées par des ASC et qui arrivent au CDS pour adhésion à une méthode de PF dans les sites pilotes et d'extension.

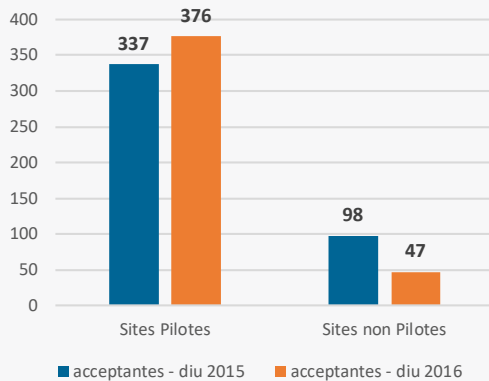


L'effort d'AQ pour accroître l'intégration de la PF au niveau de la communauté a abouti à un pourcentage moyen de 83 % des références effectives mises sous méthodes PF dans les sites pilotes contre 97 % dans les sites d'extension. L'intégration de la PF dans le cadre du PECADOM est une pratique qui a contribué à la réussite de cette approche. Chaque femme qui amène son enfant pour une prise en charge de la fièvre reçoit un CPF et un billet de référence pour aller prendre la méthode au CDS où elle est reçue en priorité.

Contribution de l'intégration des services de PF à l'augmentation de la couverture contraceptive de la province de Karusi

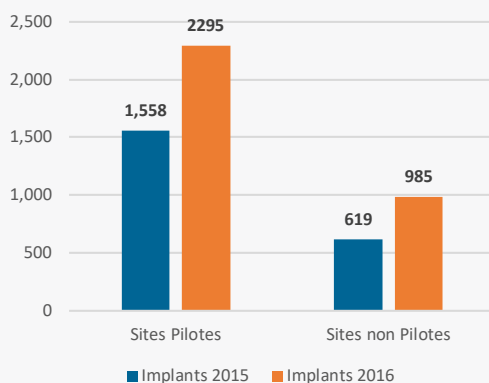
Après 18 mois de la phase de démonstration (de Juillet 2015 à Décembre 2016), nous avons comparé les sites pilotes d'AQ avec les sites non pilotes pour évaluer les effets de l'intégration des services de FP.

Graphique 5 : Contribution de l'intégration sur la couverture en DIU (Source : SIS BPS Karusi).



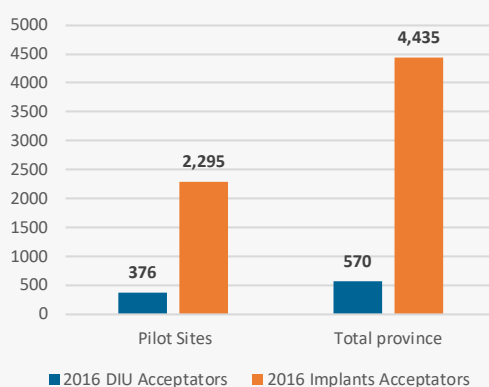
- Le graphique 5 montre que le nombre de femmes était trois fois plus élevé dans les sites de démonstration (337 contre 98) en 2015
- En 2016 les nouvelles utilisatrices de DIU étaient huit (8) fois plus nombreuses dans les sites de démonstration (376) que dans les autres sites (47)

Graphique 6 : Contribution de l'intégration sur la couverture en Implants en (Source : SIS BPS Karusi).



- En 2015, il y avait 2,5 fois plus d'utilisatrices d'implants dans les sites de démonstration (1.558) que dans les autres sites (619)
- En 2016, les utilisatrices d'implants étaient 2,3 fois plus nombreuses dans les sites de démonstration (2.295) que dans les autres sites (985)

Graphique 7 : Contribution de l'AQ/intégration sur la couverture des méthodes de longue durée d'action dans la province sanitaire de Karusi (Source : SIS BPS Karusi).



- Sur 570 DIU posés dans toute la province, 11 sites pilotes ont contribué pour 66%, représentant 376 utilisatrices de DIU
- D'autre part, sur 4.435 nouvelles utilisatrices d'implants dans toute la province, les sites pilotes y ont contribué pour 2,295 (51.7%). Ces améliorations ont fait que la province de Karusi est passée de la 16^{ème} à la 4^{ème} place parmi les 18 provinces du Burundi en matière de couverture contraceptive.

Amélioration de l'intégration de la CPN précoce, prise en charge des VSBG, dépistage VIH dans les services curatifs de la province sanitaire de Kirundo

1. Justification du projet et bénéfices attendus

Un nombre important de femmes enceintes, d'enfants de moins de 5 ans et autres patients utilisent les services de santé pour les consultations curatives, notamment au niveau des centres de santé et plus de 65 % des cas concernent le paludisme. Les statistiques récentes montrent que le taux de prévalence en VIH, l'existence des cas de violence basée sur le genre sont élevés et le taux de consultation prénatale précoce est bas (13,8 %). L'intégration de ces services dans les consultations curatives devrait permettre de réduire les opportunités manquées d'offrir ces services.

2. But du projet

Augmenter le taux des CPN précoces ainsi que le dépistage, VIH, PEC des violences sexuelles et basées sur le genre, par l'intégration de ces services dans la consultation curative.

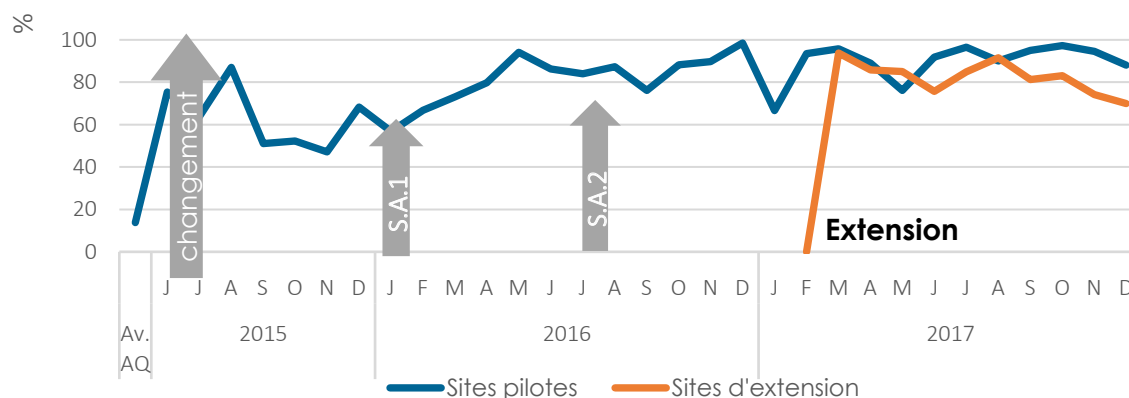
Tableau 7 : Objectifs d'amélioration et Indicateurs de suivi

Objectifs	Indicateurs
Améliorer l'offre des services de CPN précoce aux femmes enceintes vues en consultation curative.	Proportion de femmes enceintes vues en consultation curative qui ont bénéficié de la CPN précoce.
Améliorer l'offre des services de prévention et de prise en charge médicale des violences sexuelles basées sur le genre.	Proportion des victimes de VSBG ayant reçu la PPE.
Améliorer le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire pour tout cas vu en consultation curative.	Proportion des patients conseillés et dépistés pour le VIH en consultation curative.

3. Résultats

Objectif : Améliorer l'offre des services de CPN précoce aux femmes enceintes vues en consultation curative.

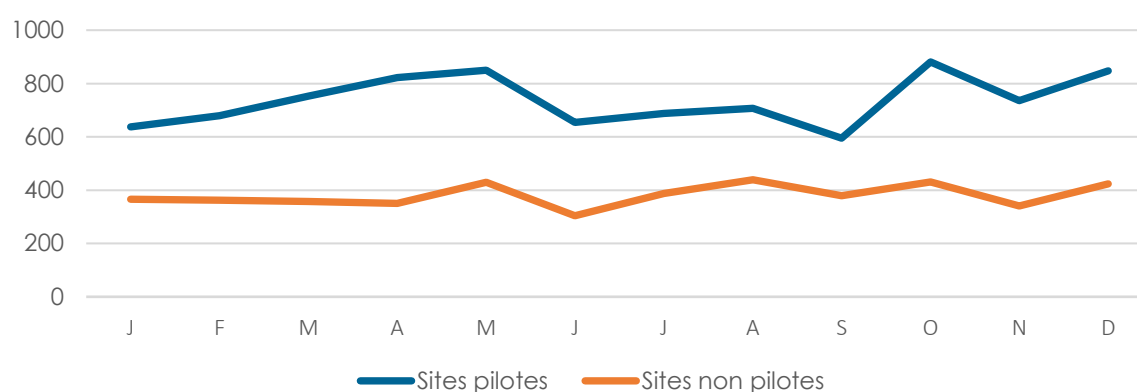
Graphique 8 : Pourcentage de femmes enceintes vues en consultation curative des sites pilotes et d'extension qui ont bénéficié de la CPN précoce dans la province sanitaire de Kirundo.



Sur une période de 30 mois, un test de grossesse a été effectué dans les services curatifs des sites pilotes et d'extension chez toute femme/fille en âge de procréer avec retard de menstruation > 10 jours. Parmi 11.402 femmes dont le test s'est révélé positif, 9.185 soit 81% avaient une grossesse de moins de 12 SA. Celles-ci ont bénéficié d'une CPN précoce (CPN1 du premier trimestre) le même jour avec un paquet de services (MIILDA, TPI, conseil et test VIH).

Les efforts d'AQ/Intégration ont contribué à accroître le taux de CPN précoce qui était de 14% avant l'approche et a atteint un pic de 98 % pour une moyenne mensuelle de 79%. La même dynamique de progression s'observe dans les sites d'extension.

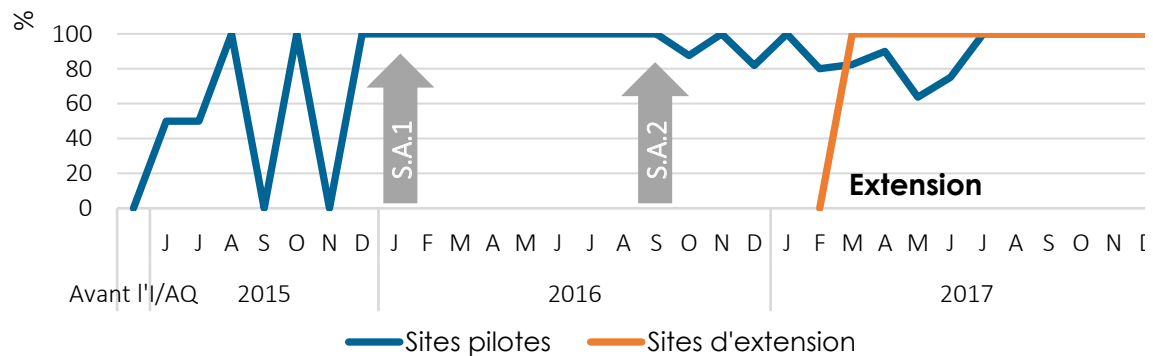
Graphique 9 : Comparaison des cas de CPN précoces enregistrées dans les sites d'Intégration et les autres sites de Janvier à Décembre 2016 dans la Province de Kirundo.



L'analyse des données montre que le nombre des femmes enceintes qui bénéficient d'une CPN précoce est deux fois plus élevée dans les sites d'intégration que dans les autres sites.

Objectif : Améliorer l'offre des services de prévention et de prise en charge médicale des violences sexuelles basées sur le genre.

Graphique 10 : Pourcentage de victimes de VSBG ayant reçu la PPE dans les sites pilotes et d'extension.



Avant l'introduction de l'approche AQ/Intégration, peu ou pas de cas de VSBG étaient notifiés dans les formations. Les EAQ ont initié des changements notamment la sensibilisation de l'administration locale (élus locaux), confessions religieuses, ASC et autres acteurs sur l'importance de la référence immédiate des victimes de VSBG. Sur une période de deux ans et demi, 284 cas des victimes de VSBG ont été enregistrés en consultation curative des sites pilotes et d'extension. Parmi elles, 266 (94 %) ont reçu une prophylaxie post exposition dans les 72 heures dans la même structure et le même jour avec une moyenne mensuelle de 87%.

Ce taux a connu une bonne performance qui a évolué progressivement dans les sites pilotes, passant de 0% avant l'intégration à 50% en Juillet 2017 pour se stabiliser à 100 %.

Objectif : Améliorer le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire pour tout cas vu en consultation curative.

Depuis le début d'intégration en 2014, le dépistage VIH en consultation curative était orienté vers le DIP : tout patient ne connaissant pas son statut sérologique devait être conseillé et testé s'il accepte. Dans ce cadre, durant une période de 18 mois (juin 2015 à Décembre 2016), sur un total de 34.170 patients reçus en consultation curative, 13.319 soit 39% ont été conseillés et dépistés pour le VIH contre 17 % avant l'approche. Mais comme le taux de positivité était faible (1,1%), cette stratégie a été orientée vers le dépistage ciblé (patients avec facteur de risque) depuis le début de la phase d'extension ; ce qui a contribué au dépistage de 104.602 patients dont 2.142 étaient positifs soit 2%, avec une variation de 0 à 6% selon les FOSA.

Amélioration de l'intégration de la PF en SMI et dans les services de PEC VIH dans la province sanitaire de Kayanza

1. Justification du projet et bénéfices attendus

Depuis la mesure présidentielle de 2006 portant gratuité des soins de santé maternelle, un nombre important de femmes enceintes utilisent les services de santé pour les consultations pré-et-postnatales, aussi bien au niveau des centres de santé que des hôpitaux de district. Selon le bilan des activités du PNSR 2013, 88% des femmes enceintes sont vues au moins une fois en CPN, 49% des femmes accouchent en milieu de soins et 80% consultent en postnatal. Cependant, la couverture contraceptive en PF dans la province de Kayanza reste faible à 25.7 % pour une moyenne nationale de 30,8%. Par ailleurs, selon les données disponibles en 2013, la couverture en PF chez les femmes HIV séropositives est très basse avec un taux de 9 % à l'Hôpital de Kayanza. L'intégration de la PF dans les services de santé maternelle (CPN, accouchements, CPoN) et dans les services de prise en charge des PVVIH représente donc, a priori, une opportunité d'augmenter l'accès aux méthodes contraceptives.

2. But du projet

Augmenter le taux de couverture contraceptive dans les services de santé maternelle et de prise en charge des PVVIH.

Tableau 8 : Objectifs d'amélioration et indicateurs de suivi

Objectifs d'amélioration	Indicateurs
Réduire les occasions manquées d'offrir un CPF aux femmes enceintes et/ou aux couples vus en CPN ;	Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié de conseil PF en CPN ;
Réduire les occasions manquées d'offrir les méthodes de PF aux femmes vues en CPoN ;	Pourcentage de femmes vues en CPoN enceintes ayant bénéficié de méthodes de PF ;
Réduire les occasions manquées d'offrir les méthodes PF aux femmes suivies dans les services de PEC/VIH.	Pourcentage des femmes séropositives venues pour les services VIH mises sous méthodes PF

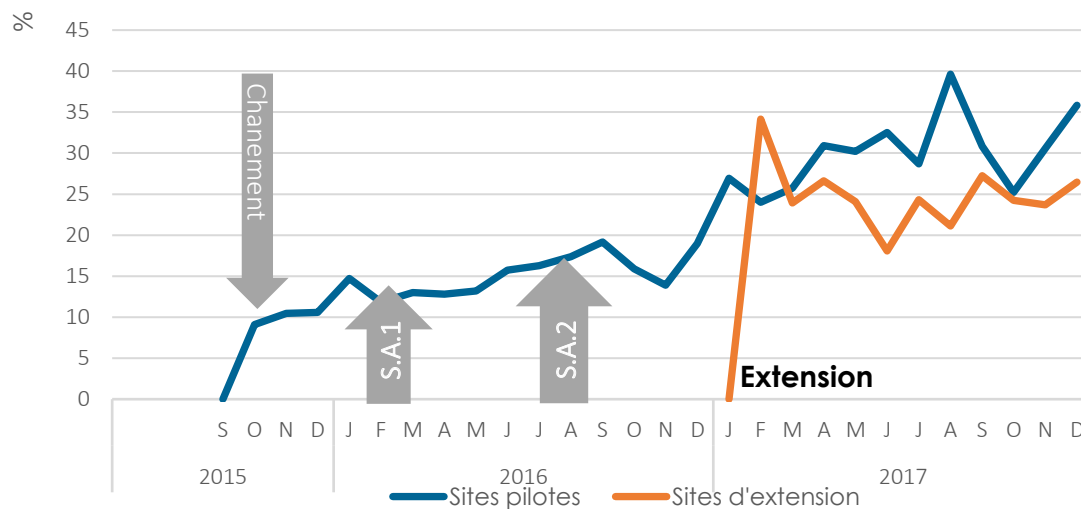
3. Résultats

Objectif : Réduire les occasions manquées d'offrir un CPF aux femmes enceintes et/ou aux couples vus en CPN.

D'Octobre 2015 à Décembre 2017, sur un total de 77.284 femmes enceintes reçues en CPN, 75.796 femmes ont été conseillées en PF, soit 98%. Il est à noter que la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de conseil PF en CPN n'était pas documentée avant l'intégration.

Objectif : Réduire les occasions manquées d'offrir les méthodes PF aux femmes vues en CPoN.

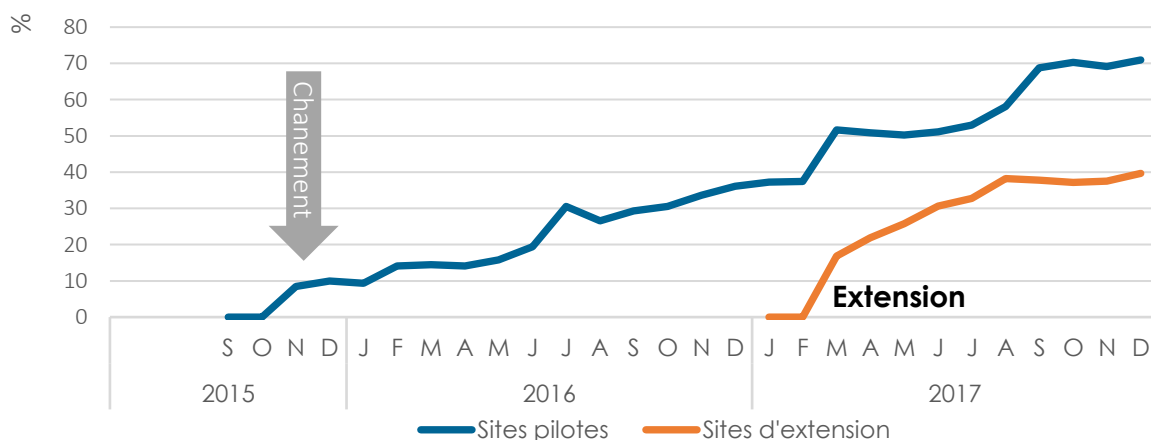
Graphique 11 : Pourcentage des femmes reçues en CPoN mises sous méthode PF dans les sites pilotes et d'extension d'Octobre 2015 à Décembre 2017 dans la province de Kayanza.



Le taux de nouvelles acceptantes de méthodes de PF vues en CPoN a est passé de 0% à 36% dans les sites pilotes avec un taux moyen de 21 % et de 0% à 26% pour les sites d'extension avec une moyenne mensuelle de 23%. Les données agrégées de tous les sites révèlent qu'au total, sur 39.402 femmes vues en CPoN, 8.729 (22 %) ont été mises sous méthode contraceptive.

Objectif : Réduire les occasions manquées d'offrir les méthodes de PF aux femmes séropositives suivies dans les services de PEC/VIH.

Graphique 12 : Proportion des femmes HIV positives mises sous méthodes PF dans les sites pilotes et d'extension d'Octobre 2015 à Décembre 2017 dans la province de Kayanza.

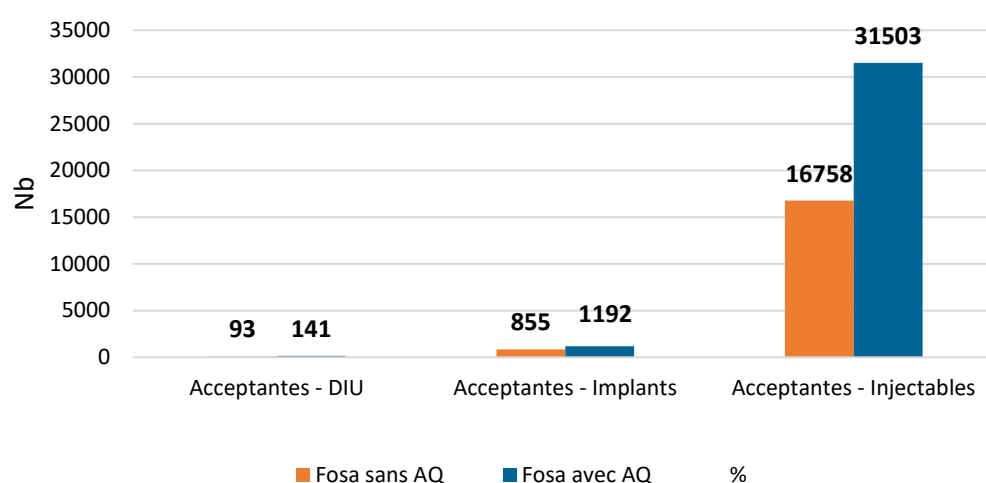


Dans un délai de deux ans et 4 mois, 210 femmes séropositives en âge de procréer ont été mises sous méthode de PF parmi une cohorte de 296 suivies (soit 71%) dans les services de PEC du VIH. Dans les sites d'extension, ce taux est de 40 % (117 sur 295) dans un délai de 10 mois.

Contribution de l'intégration à l'augmentation de la couverture contraceptive de la province de Kayanza à la fin de la phase de démonstration.

Avant d'étendre les améliorations obtenues dans le reste des formations sanitaires, les effets de l'intégration ont été mesurés en comparant les résultats obtenus dans les 15 sites d'AQ avec 15 autres sites qui n'ont pas expérimenté l'approche.

Graphique 13 : Comparaison des acceptantes de trois méthodes (DIU, implants et DMPA) dans 15 sites d'AQ et 15 sites témoins (Source : SIS BPS Kayanza).



Sur le graphique 13, il ressort que les sites d'AQ ont respectivement 1.5 et 1.4 fois plus le nombre de nouvelles acceptantes de DIU et d'implants que dans les sites qui n'ont pas expérimenté l'approche. D'autre part, les sites d'AQ ont presque deux fois plus de nouvelles acceptantes de DMPA que les sites qui n'ont pas expérimenté l'approche.

Amélioration de l'intégration des services de prévention du paludisme dans la province sanitaire de Muyinga

1. Justification du projet et bénéfices attendus

Le paludisme est la première cause des consultations curatives parmi les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans et de morbi-mortalité infantile. Par ailleurs, la couverture en CPN affiche des résultats satisfaisants avec un taux avoisinant 100%, tandis que le taux d'accouchement assisté en milieu de soins est de 84.7 %. L'intégration des services de prévention du paludisme dans les services de CPN représente donc une opportunité de contribuer à la réduction du taux de morbi-mortalité chez les femmes enceintes.

2. But du projet

Augmenter le niveau d'intégration des services de prévention du Paludisme en CPN.

Tableau 9 : Objectifs d'amélioration

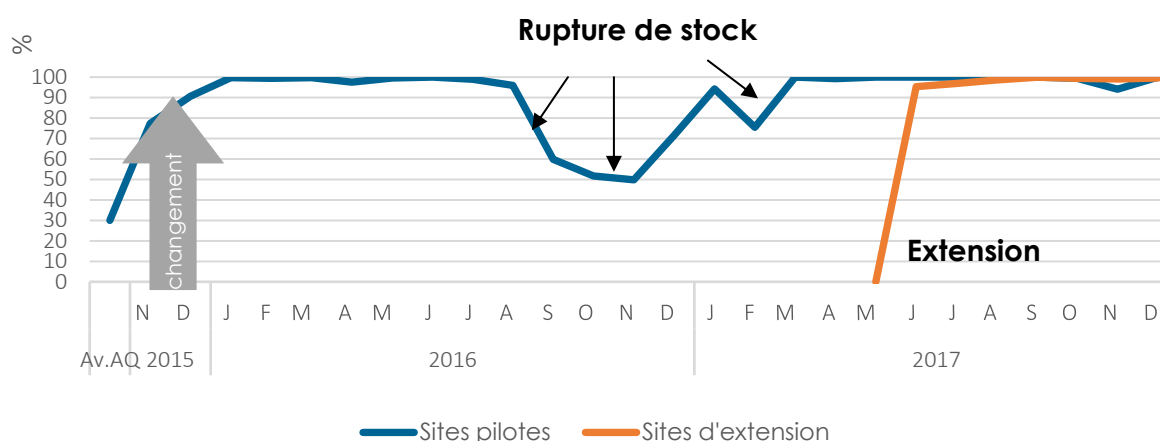
Objectifs d'amélioration	Indicateurs
Améliorer le paquet de services de prévention du paludisme chez les femmes enceintes vues en CPN	% des femmes enceintes vues en CPN1 ayant bénéficiées des MIILDA % des femmes enceintes vues en CPN à partir du deuxième trimestre ayant reçu le TPI 2

3. Résultats

Objectif : Améliorer le paquet des services de prévention du paludisme en CPN.

a. Améliorer l'offre du MIILDA pour les femmes vues en CPN1

Graphique 15 : Pourcentage des femmes enceintes vues en CPN1 ayant reçu une MIILDA dans les sites pilotes et d'extension de Novembre 2015 à Décembre 2017 dans la province de Muyinga.

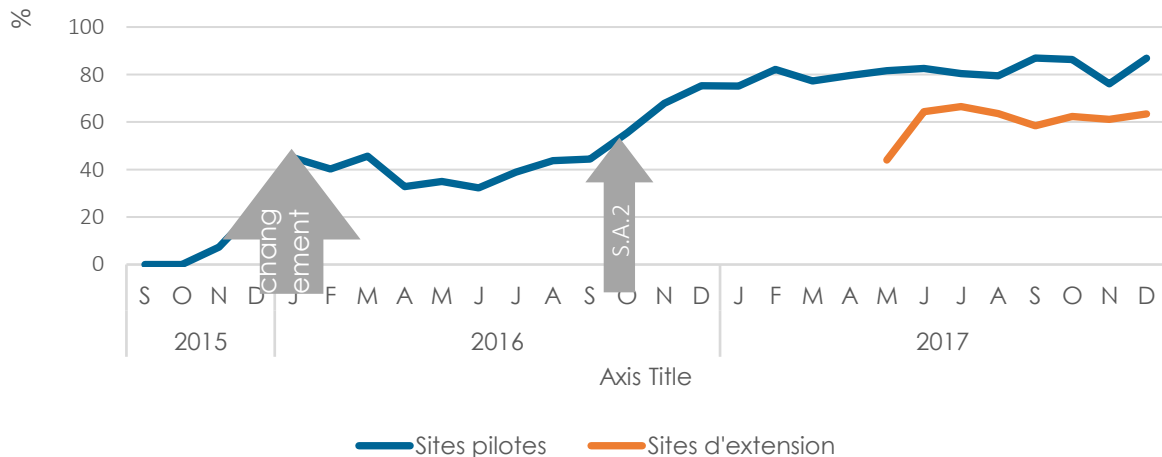


Bien avant l'approche d'AQ, les MIILDA étaient donnés aux femmes enceintes vues en CPN1 de manière inconsistante. Depuis l'introduction des changements dans le cadre de l'AQ, le pourcentage des femmes enceintes vues en CPN1 ayant bénéficié des MIILDA a augmenté de 30% à 77% en Novembre 2015 pour se stabiliser à 100% ensuite. Les ruptures de stock de MIILDA au niveau central survenues durant la période entre Septembre 2016 et Février 2017 expliquent la baisse provisoire de ce taux. Dans les sites d'extension, cependant, on note une performance constante de 100%.

b. Améliorer l'offre du TPI2 chez les femmes enceintes vues en CPN3.

Le MSPLS recommande qu'une femme enceinte doit recevoir au moins deux doses de SP pendant la grossesse.

Graphique 16 : Pourcentage des femmes enceintes vues en CPN3 ayant reçues le TPI2 dans les sites pilotes et d'extension de Novembre 2015 à Décembre 2017 dans la province de Muyinga.



Le graphique 16 montre une progression constante du taux de femmes enceintes recevant deux doses de SP en CPN3 de 0 à 7% puis 24 % avant l'AQ. Une tendance nette vers l'amélioration s'observe après des changements dans les sites pilotes, passant de 45 % en Janvier 2016 à 68% en Novembre 2017 après la deuxième SA durant laquelle les changements ont été adaptés. Ce taux a continué à augmenter pour atteindre 87% en Décembre 2017. Dans les sites d'extension, ce taux est resté stable autour de 63%.

Leçons apprises de l'expérience d'amélioration de l'intégration des Services

Sur l'utilisation du modèle Collaboratif d'Amélioration

- **La fonctionnalité des équipes d'amélioration**
 - **Points positifs :** i) Les équipes, mises en place par les coaches avec l'appui technique du projet IHPB, ont impliqué un représentant de la communauté ; ii) La disponibilité des aide-mémoires pour la tenue de réunion et les classeurs mis à leur disposition pour l'archivage des PV, a facilité le travail des EAQ et une documentation de leur fonctionnalité par les coaches ; iii) Les tenues des réunions ont été régulières dans la plupart des sites (en moyenne deux réunions par mois) objectivées par leurs PV.
 - **Problèmes rencontrés :** i) Le choix d'un président de l'EAQ peut influencer positivement ou négativement sur la fonctionnalité et la performance d'une EAQ ; ii) Au début de l'approche, une faible performance dans un site de Karusi était due au fait que le président de l'EAQ ne s'impliquait pas et ne convoquait pas de réunion ; iii) On a observé une nette performance dans ce site quand ledit président a été changé et remplacé par un autre, plus dynamique ; iv) Les équipes des hôpitaux sont moins motivés et dynamiques avec un rythme irrégulier de réunion que celles des centres de santé dû aux profils et compétences multivariés du personnel.
- **Le système de coaching**
 - **Points positifs :** i) Les visites conjointes (districts/IHPB) de coaching sont des activités indispensables dans le processus d'AQ car c'est à travers ces visites que les EAQ ont commencé à comprendre l'approche, à élaborer leur diagramme de processus initial, à tester les idées de changements et à mesurer l'effet des changements sur les indicateurs de suivi ; ii) La mise en place d'Assistants Technique d'AQ (QI Officers) sur le terrain a permis de redynamiser le système de coaching à un rythme régulier.
 - **Problèmes rencontrés :** i) Les superviseurs des districts formés sur les techniques de coaching étaient souvent appelés pour d'autres activités de gestion des districts ce qui limitait les visites régulières de coaching ; ii) Les superviseurs/coaches du district éprouvent des difficultés à coacher des médecins étant donné leurs relations hiérarchiques, ce qui a accentué la faible motivation des équipes des hôpitaux.
- **Le système de monitoring**
 - **Points positifs :** La base de données Excel avec graphique incorporé, a facilité l'analyse des résultats lors des sessions d'apprentissage et l'élaboration des exposés

- **Problèmes rencontrés :** i) La notification et l'analyse des données avant la confection et transmission des rapports est un autre domaine d'AQ où persistent encore des défis malgré les efforts d'améliorations fournis : incompréhension des dénominateurs de certains indicateurs, erreurs d'inattention dans la transcription des données à partir du registre vers le formulaire de rapport ; ii) Compte-tenu du nombre important des structures impliquées surtout après extension, la promptitude des rapports n'était pas assurée.
- **Le test des changements**
 - **Points positifs :** i) L'élaboration d'un diagramme de processus d'intégration spécifique au circuit des patients a permis aux équipes d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer des solutions ; ii) Les EAQ ont identifié eux-mêmes où se trouvent des problèmes, cherché leurs causes profondes et proposé des solutions locales. Un aide-mémoire a permis aux EAQ de comprendre le comment planifier le changement, l'introduire et étudier les effets de changements en termes de résultats.
 - **Problèmes rencontrés :** i) Certaines EAQ confondaient changements et activités (de mise en œuvre du changement) ; ii) A l'étape « Agir » du cycle PFEA, certaines équipes n'avaient pas le réflexe d'adapter un changement qui n'avait pas démontré son efficacité. C'est généralement après les sessions d'apprentissage que les équipes adaptaient leurs changements à tester.
- **Les sessions d'apprentissage :**
 - **Points positifs :** nous avons observé une amélioration des performances après chaque session d'apprentissage durant lesquelles les EAQ échangeaient leurs expériences et adaptaient les idées de changement en cours de test sur la base des résultats des autres EAQ.
 - **Problèmes rencontrés :** Des conflits d'agenda ont limité la disponibilité des autorités sanitaires locales, retardant certaines sessions d'apprentissage.
- **L'extension intra et inter-province :**
 - **Points positifs :** i) les sites d'extension ont rapidement adopté les meilleures pratiques, ce qui s'est traduit par une atteinte plus rapide des résultats que dans les sites pilotes ; ii) Les EAQ des nouveaux sites d'extension ont exprimé leur satisfaction d'être encadrés par leurs collègues/pairs des sites pilotes car, disaient-ils, ils pouvaient poser librement des questions pour des aspects non compris durant les sessions d'apprentissage.
 - **Problèmes rencontrés :** L'extension inter-province a concerné l'intégration du paquet élargi de services. Lors de l'atelier d'échange de résultats à mi-parcours,

certaines sites ont exprimé l'insuffisance du personnel qualifié pour améliorer tous les indicateurs de ce paquet.

- **Autres facteurs qui ont influencé les efforts d'amélioration :**

- Les mutations fréquentes de personnel, soit prestataires de soins, soit MCD, ont influencé la dynamique des EAQ et le soutien du district. Les nouveaux personnels n'avaient pas été formés dans l'approche et ont mis du temps à comprendre et à s'impliquer, ce qui a nécessité une sensibilisation supplémentaire par les superviseurs et coaches.

Sur l'intégration des services

Les intégrations réussies

Les résultats de Karusi et Kayanza montrent que l'intégration des services de FP dans les services de SMI (vaccination des enfants, CPoN, maternité) et dans les services de PEC des patients VIH est faisable par les prestataires, acceptée par les clients et produit des résultats.

Selon les EAQ, l'intégration de la CPN précoce dans les services de consultations curatives est faisable sans difficulté et est devenue une routine. La CPN précoce augmente également les chances de compléter la CPN du troisième trimestre, indicateur subventionné par le système de Financement Basé sur la Performance (FBP), ce qui est une source de motivation pour les prestataires. La prime octroyée par le PBF est utilisée en partie pour couvrir les coûts des tests de grossesses donnés gratuitement.

Les EAQ ont remarqué que l'intégration des services avait suscité un sentiment de satisfaction chez les clientes qui reçoivent un paquet de services le même jour, ce qui représente un gain de temps :

- Le BCG pour les enfants, les soins post natals pour les mères ainsi que les services de planification familiale ;
- Les clientes bénéficient de la CPN recentrée (conseil et dépistage VIH, TPI, MIILDA, PTME) le même jour au lieu de revenir un autre jour pour les mêmes services.

Selon la sœur titulaire de Kigozi, la découverte de grossesse fortuite possède également un autre avantage, qui est d'éviter de prescrire un médicament qui est contre-indiqué durant le premier trimestre.

L'intégration du conseil et dépistage VIH en consultation curative est faisable et, combinée avec un dépistage ciblé sur les patients à risque, a permis d'élever le taux de positivité.

La mise en place d'un registre de consommation journalière des MIILDA et de pointage a permis une gestion adéquate des moustiquaires et l'intégration des services de prévention du paludisme (MIILDA et SP) dans les CPN.

L'implication des médecins-chefs de district est un facteur clé du succès de l'approche collaborative. Leur participation dans les supervisions et leurs contributions dans les sessions d'apprentissage a motivé les EAQ dans l'amélioration de leur travail.

Limitations et contraintes à l'intégration des services :

L'intégration des services a ses limites car elle demande une organisation différente des soins et requiert un temps de contact plus long entre prestataires et patients.

Les idées de changements suivantes ont été difficiles à mettre en œuvre et/ou n'ont pas apporté de résultats :

- Nous avons observé que les mères reçues en consultations curatives de leurs enfants malades ne sont pas réceptives quant au conseil sur la PF car elles sont préoccupées par l'état de santé de leurs enfants ;
- La prise des mesures anthropométriques chez les femmes enceintes, les femmes allaitantes < 6 mois et les enfants < 6 mois vus en consultation curative, a été abandonnée, car les cas malnutris allaient directement dans les STA sans passer par les services de consultation curative.

La Pérennisation des Résultats

Cette expérience d'amélioration a démontré la faisabilité et l'impact de l'intégration sur des indicateurs de couverture et de qualité des services de santé avec un appui technique, logistique et financier substantiel du projet. Afin de pérenniser les résultats obtenus, le projet, conjointement avec les districts, a intégré le paquet de changements interprovincial dans les plans d'action annuels des districts. Par ailleurs, Les chargés du SIS vont intégrer le système de monitoring dans leurs bases des données au niveau du BDS. Finalement, le paquet commun élargi des changements sera intégré dans les thèmes de supervision des ECD.

Conclusion

Les opportunités d'intégration intelligente identifiées par les provinces sanitaires et les districts eux-mêmes a permis d'apporter de nombreux changements qui ont contribué à l'amélioration de la couverture des patients en services de santé essentiels et à l'amélioration de nombreux indicateurs de performance.

Les capacités acquises par les EAQ et leurs coachs leur permettent d'intégrer dans leur pratiques quotidiennes une dynamique continue d'amélioration pour résoudre les problèmes d'organisation des services et de qualité des soins.

Cette expérience unique démontre la polyvalence du modèle d'amélioration de la qualité dans son application à des objectifs d'intégration des services. Les leçons apprises permettront au MSPLS, provinces, districts et leurs partenaires de répliquer cette expérience au reste du pays.

Annexes

Annexe 1 : Liste des FOSA impliquées dans la phase de démonstration

Formations sanitaires impliquées dans la phase pilote de la P.S. de Karusi

District BUHIGA	District NYABIKERE
CDS Masabo	CDS Rusamaza
CDS Nyaruhinda	CDS Nyabibuye
CDS Karusi	CDS Rusi
CDS Buhiga	CDS Gihogazi
Hôpital BUHIGA	CDS Nyabikere
	CDS Gisimbawaga

Formations sanitaires impliquées dans la phase pilote de la P.S. de Kirundo

District KIRUNDO	District VUMBI	District BUSONI	District MUKENKE
Hopital de Kirundo	CDS Rushubije	CDS Burara	Hop Mukenke
CDS Ruhehe	CDS Muramba	CDS Marembo	CDS Buhoro
CDS Kigozi	CDS Gikomero	CDS Kabanga	CDS Gitobe
CDS Kiyonza	CDS Ntega		CDS Bugorora
CDS Gakana			CDS Bucana

Formations sanitaires impliquées dans la phase pilote de la P.S. de Kirundo

District KIRUNDO	District VUMBI	District MUKENKE
Hopital de Kirundo	CDS Rushubije	Hop Mukenke
CDS Ruhehe	CDS Muramba	CDS Buhoro
CDS Kigozi	CDS Gikomero	CDS Gitobe
CDS Kiyonza	CDS Ntega	CDS Bugorora
CDS Gakana		CDS Bucana

Formations sanitaires impliquées dans la phase pilote de la P.S. de Muyinga

District MUYINGA	District GITERANYI	District GASHOHO
CDS Muramba	CDS Kamaramagambo	CdS Gasorwe
CDS Rugabano	CDS de Mugano	CdS CDS Nyungu
CDS Murama	CdS Ruzo	CdS Nyagatovu

Annexe 2 : Paquet Commun Elargi de Changements et leurs Activités de Mise en Œuvre

Opportunités d'intégration	Objectifs d'amélioration	Changements testés	Activités/meilleures pratiques
Niveau centre de santé Et hôpital Service Curatif et gynéco-obstétrique.	Améliorer l'offre des services de CPN précoce aux femmes enceintes vues en consultation curative et gynéco-obstétricale.	Faire le test de grossesse gratuitement à toute femme ou fille en âge de procréer venue en consultation curative ou gynéco obstétricale avec retard des menstruations et qui n'est pas sous méthode contraceptive.	a) Rendre disponible les fiches de stock pour le matériel de test de grossesse en consultation curative (bandelettes, flacons à urine, gants,). b) Réquisitionner le matériel (les bandelettes et les flacons à urine, poubelles à pédale, gants) de test de grossesse au laboratoire et les mettre dans la salle de consultation curative. c) Prélever l'échantillon pour le test de grossesse dans la toilette du CDS. d) Faire le test de grossesse dans la salle de consultation et remise des résultats par le même prestataire.
	Améliorer l'offre des services de prévention, de PEC médicale des VSBG.	a) Faire une anamnèse approfondie pour rechercher une éventuelle violence sexuelle, faire l'examen clinique, le notifier avec code (I/VSBG) au rouge pour tout cas de VSBG, (changement d'humeur/de comportement). b) Offrir à la victime le paquet de soins complet.	a) Aménager un service d'écoute et de PEC médicale de VSBG. b) Animer une séance d'EPS/semaine sur la VSBG au CDS. c) Rendre disponible au service de consultation curative les ARV pour la prophylaxie post exposition ; contraceptifs et antibiotiques contre les IST.
	Améliorer le conseil et le dépistage ciblé du VIH pour tout cas vu en consultation curative et gynéco-obstétrique.	Faire le conseil et dépistage ciblé (patients avec facteurs de risque- IST-Tuberculose-malnutrition-Travailleuses de sexe, stigmates d'infections opportunistes) et indexé (membre de famille du PVVIH, partenaires sexuels multiples) pour toute personne vue en consultation curative et gynéco-obstétrique.	a) Notifier au stylo rouge, le code I/DIP pour toute personne ayant accepté le test et l'accompagner au laboratoire pour le prélèvement. b) Offrir le résultat le même jour. c) Prendre en charge tout cas dépisté positif.

Annexe 2 : Paquet Commun Elargi de Changements et leurs Activités de Mise en Œuvre (continué)

Opportunités d'intégration	Objectifs d'amélioration	Changements testés	Activités/meilleures pratiques
Vaccination	Réduire les opportunités manquées en conseillant sur la PF toute femme qui amène son enfant dans le service de vaccination.	Faire une EPS Collective par un personnel formé en PF aux femmes qui amènent les enfants en vaccination.	a) Mettre en place un cahier d'EPS contenant les thèmes à développer intégrant messages sur les effets secondaires et les rumeurs. b) Organiser la salle d'attente pour offrir un CPF. c) Impliquer les utilisatrices de méthodes contraceptives pour témoigner lors des séances d'EPS collectives. d) Utiliser les supports audiovisuels. e) Former le personnel non qualifié sur le CPF selon la disponibilité des ressources humaines. f) Orienter les mères en CPoN et offrir un CPF individuel.
CPoN	Réduire les opportunités manquées d'offrir les services de PF à toute femme vue en CPoN.	a) Donner un conseil individuel sur la PF à toute femme qui consulte le service de CPoN. b) Donner les méthodes PF tous les jours à toutes les femmes qui les demandent soit dans le même service ou les orienter dans le service de PF le même jour. c) Accueillir prioritairement les femmes référées par les ASC pour méthodes PF. d) Inviter les hommes à accompagner leurs femmes en CPoN pour bénéficier ensemble un CPF.	a) Planifier les congés et limiter les permissions du personnel pour assurer la continuité du service de PF. b) Assurer la disponibilité des méthodes PF de courte durée d'action dans le service de CPoN. c) Offrir la méthode, si possible, dans la même salle et par le même prestataire à celles qui acceptent. d) Accompagner les clientes dans le service PF pour les méthodes de longue durée d'action. e) Tenir une réunion du personnel pour l'informer qu'il faut toujours accueillir en priorité les clientes référées par la communauté et les accompagner ou les orienter au service de PF. f) Rédiger la lettre d'invitation (ubutumire). g) Envoyer la lettre d'invitation au partenaire par le biais de la mère à la sortie de la maternité. h) Organiser la CPoN et la vaccination BCG le même jour.

Annexe 2 : Paquet Commun Elargi de Changements et leurs Activités de Mise en Œuvre (continué)

Opportunités d'intégration	Objectifs d'amélioration	Changements testés	Activités/meilleures pratiques
Maternité	Réduire les occasions manquées d'offrir les services PF aux femmes ayant accouchées en maternité et en particulier les césariées.	a) Donner un conseil PF dans le service de maternité par un personnel qualifié et formé en PF. b) Offrir les méthodes de PF dans le service de maternité.	a) Affecter dans le service de maternité un personnel qualifié et formé en TC. b) Rendre disponible les méthodes PF (DMPA, COP) par réquisition à la pharmacie de l'hôpital. c) Enregistrer les méthodes sur les fiches de stock. d) Offrir la méthode PF dans le même service de maternité par le même prestataire.
Services de PEC / VIH	Réduire les occasions manquées d'offrir les services de PF à toute femme séropositive en âge de procréer suivie dans les services de PEC/VIH.	a) Offrir le conseil de PF à toute femme séropositive en âge de procréer suivie dans les services de PEC/VIH. b) offrir toutes les méthodes PF dans le service de PEC/VIH.	a) Élaborer un calendrier d'EPS centré sur la PF. b) Élaborer les messages clés sur les avantages, effets secondaires et rumeurs sur les méthodes. c) Rendre disponible un registre pour la préparation des séances d'EPS. d) Réquisitionner les intrants PF au stock de la pharmacie du CDS. e) Offrir la méthode PF dans les services de PEC VIH. f) Acheminer les fiches des clientes en service de PF et les classer dans l'échéancier après l'enregistrement dans le registre standard d'accueil et de PF. g) Former localement tous les prestataires de PEC VIH en CPF. h) Affecter dans le service de PEC VIH un personnel qualifié et formé en TC. i) Faire coïncider la date de rendez-vous pour approvisionnement en ARV avec la date de renouvellement ou contrôle de la méthode.

Annexe 2 : Paquet Commun Elargi de Changements et leurs Activités de Mise en Œuvre (continuée)

Opportunités d'intégration	Objectifs d'amélioration	Changements testés	Activités/meilleures pratiques
CPN	Améliorer le paquet des services de prévention du paludisme en CPN. Améliorer l'offre du MIILDA pour les femmes vues en CPN1/AR	a) Offrir le MIILDA dans le service de CPN dans le cadre de la CPN recentrée.	a) Mettre en place un registre de réquisition et consommation journalière des MIILDA dans le service de CPN. b) Mettre en place un registre de pointage journalier pour vérifier les MIILDA distribuées dans le service de CPN. c) Enregistrer chaque fois la MIILDA offerte dans le registre de CPN. d) Donner les rendez-vous selon le calendrier des CPN recentrées : 8 à 12 SA : 1ère CPN 18 à 24 SA : 2ème CPN 28 à 32 SA : 3ème CPN 36 à 38 SA : 4ème CPN e) Informer la cliente de la date de rendez-vous et l'enregistrer dans son carnet.
	Améliorer l'offre du TPI chez les femmes enceintes vues en CPN	b) Donner la SP dans le service de CPN par le personnel qualifié sous observation directe.	a) Mettre en place un point d'eau propre (filtre à eau) et le gobelet dans le service de CPN. b) Mettre à jour le registre de réquisition interne des intrants en CPN. c) Enregistrer les intrants réquisitionnés sur la fiche de stock journalier de SP. d) Donner à la femme enceinte la dose de SP sur place.
		c) Approvisionner le CDS en SP selon la CMM.	a) Calculer correctement le nombre de femmes enceintes attendues et commander la SP en fonction de la CMM. b) Vérifier les consommations des mois antérieurs sur les fiches de stock.
	Améliorer la notification des services de prévention du paludisme chez la femme enceinte dans le registre de CPN.	a) Marquer dans le registre de CPN la quantième dose de la SP.	a) Informer tous les prestataires du service de CPN sur l'enregistrement de la dose du TPI dans la colonne appropriée du registre de CPN. b) Désigner un infirmier chargé de vérifier en fin de journée si toutes les données sont renseignées dans le registre de CPN.

Annexe 2 : Paquet Commun Elargi de Changements et leurs Activités de Mise en Œuvre (continué)

Opportunités d'intégration	Objectifs d'amélioration	Changements testés	Activités/meilleures pratiques
CPN (continué)	Améliorer la notification des services de prévention du paludisme chez la femme enceinte dans le registre de CPN. (continué)	b) Analyser les données avant de les transmettre.	a) Relever et compiler les données. b) Élaborer un calendrier de réunion d'analyse. c) Inviter les membres de l'EAQ pour analyser les données. d) Transmettre le rapport corrigé avant le 25eme jour du mois suivant le mois concerné. e) Faire la synthèse journalière des données du registre de CPN.
		c) Enregistrer chaque fois la MIILDA offerte dans le registre de CPN	) Comparer le nombre de jetons distribués et le nombre de femmes enceintes de AR vues en CPN1. b) Faire l'inventaire journalier des MIILDA distribuées.
	Réduire le nombre de ruptures de stock en MIILDA et de la SP.	a) Effectuer une commande des MIILDA à temps en tenant compte de la CMM	a) Élaborer un rapport de distribution journalier des MIILDA b) Faire l'inventaire mensuel des MIILDA c) Tenir à jour les fiches de stock des MIILDA d) Actualiser la CMM tous les six mois. e) Téléphoner ou passer à la pharmacie du BDS pour demander la date de livraison en MIILDA avant de tomber en rupture de stock.
		b) Faire la commande de la SP à temps en tenant compte de la CMM.	a) Respecter la formule de calcul de la CMM. b) Respecter la formule de commande

Annexe 2 : Paquet Commun Elargi de Changements et leurs Activités de Mise en Œuvre (continuée)

Opportunités d'intégration	Objectifs d'amélioration	Changements testés	Activités/meilleures pratiques
Communauté	Améliorer la qualité de la référence des victimes de VSBG de la communauté vers les centres de santé.	Organiser une réunion d'information/sensibilisation à l'endroit de l'administration locale (élus locaux), confessions religieuses, ASC et autres acteurs communautaires dans l'objectif de leur expliquer l'importance de la référence immédiate de cas de VSBG au CDS.	a) Élaborer les thèmes sur les VSBG à développer. b) Lancer une lettre d'invitation c) Fournir les fiches de référence pour les VSBG d) Expliquer le remplissage des fiches de référence e) Accompagner la victime aux CDS pour la PEC. f) Classer au CDS les fiches de référence communautaire. g) Tenir une réunion mensuelle d'analyse des fiches de référence des activités des ASC.
	Accroître la demande des méthodes PF au niveau communautaire	a) Les ASC offrent le CPF aux femmes qui amènent les enfants en consultation dans le cadre de la PECADOM. b) Les ASC donnent les billets de référence aux femmes qui l'acceptent pour les recevoir aux CDS.	a) Utiliser les aides mémoires. b) Rendre disponibles les billets de référence. c) Durant les réunions avec les ASC qui ont lieu au CDS, comparer les billets de référence et le nombre de femmes qui sont arrivées au CDS. d) Les prestataires parrainent les collines de leur aire de responsabilité et participent aux réunions de sensibilisation sur la PF organisées par les ASC.
	Accroître le taux de CPN précoce à travers la sensibilisation de la population sur les avantages de la CPN précoce.	a) Lancer les communiqués dans les différentes églises et mosquées pour sensibiliser la population sur les avantages de la CPN précoce.	a) Élaborer les messages clés. b) Contacter l'administration et les leaders religieux. c) Diffuser les messages clés.

Annexe 2 : Paquet Commun Elargi de Changements et leurs Activités de Mise en Œuvre (continué)

Opportunités d'intégration	Objectifs d'amélioration	Changements testés	Activités/meilleures pratiques
Communauté (continué)	Accroître le taux de CPN précoce à travers la sensibilisation de la population sur les avantages de la CPN précoce. (continué)	b) Effectuer conjointement une descente (infirmier, TPS, ASC) sur les collines AR pour sensibiliser la communauté sur l'importance de la CPN précoce.	a) Faire le parrainage des collines de l'AR du CDS. b) Identifier les messages clés de sensibilisation par les ASC c) Élaborer un calendrier de sensibilisation.
		c) Envoyer un rappel aux femmes enceintes ayant un retard dans la CPN.	a) Identifier les femmes ayant raté/ retardé les rendez-vous de CPN b) Rédiger les lettres d'invitation
	Accroître l'utilisation du MIILDA et du TPI à travers la sensibilisation de la communauté.	Effectuer une réunion mensuelle de sensibilisation du GASC sur l'importance/ avantages de l'utilisation du MIILDA et du TPI chez la femme enceinte.	a) Élaborer les thèmes sur l'importance/avantages de l'utilisation du MIILDA et du TPI chez la femme enceinte. b) Convoquer une réunion du GASC par l'envoi d'une lettre d'invitation pour la réunion. c) Identifier les messages clés de sensibilisation communautaire par les ASC d) Élaborer un calendrier de sensibilisation par les ASC.

