

HISTOIRES D' AMÉLIORATION

LEÇONS APPRISSES
DE L' UTILISATION
DU MODÈLE
COLLABORATIF
D' AMÉLIORATION
DE LA QUALITÉ

Amélioration du Taux de Survie des Patients Vivant avec le VIH dans les Régions Sud du Sénégal

Septembre 2016

*Karim Seck
Mohamed Coulibaly
Isseu Toure
Bruno Bouchet
Saiba Cissokho*



Remerciements

Ce travail n'aurait pas été possible sans les efforts de nombreux acteurs et institutions suivants :

- La Division de la Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (DLSI).
- Les Régions Médicales de Kolda, Sédhiou et Ziguinchor.
- L'Unité de Traitement Ambulatoire (UTA) de Kolda.
- Le Pavillon de Traitement Ambulatoire (PTA) de Ziguinchor.
- Les centres de santé de Bignona, Bounkiling, Diouloulou, Goudomp, Sédhiou, et Vélingara.
- L'Etablissement Public de Santé (EPS) de Sédhiou.
- L'équipe technique de FHI 360.

Ont contribué à la rédaction de ce document

- Dr Ousseynou Cissé PTA de Ziguinchor
- Dr Thierno Cherif Sy UTA de Kolda
- Dr Aminata Thiam FHI 360

Mention Légale : Ce document est rendu possible grâce au généreux soutien du peuple Américain à travers l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), sous les termes de l'accord Numéro 685-A-00-06-00059-00 avec FHI 360. Le présent document et ses conclusions n'engagent que les auteurs et ne reflète aucunement la position de FHI 360, de l'USAID ou du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal.

Citation Recommandée : Seck K., Coulibaly M, Toure I. & Bouchet B. 2016. Amélioration du Taux de Survie des Patients Vivant avec le VIH dans les Régions Sud du Sénégal. Quality Improvement Stories. Washington, DC : FHI 360.

Table des Matières

REMERCIEMENTS.....	I
ACRONYMES ET ABBRÉVIATIONS	IV
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	2
INTRODUCTION.....	5
CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L' INITIATIVE QUALITE	6
PRÉSENTATION DU SÉNÉGAL.....	6
SYSTÈME DE SANTÉ DU SÉNÉGAL.....	6
SITUATION EPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH/SIDA AU SÉNÉGAL	7
LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DU VIH AU SÉNÉGAL	9
LE MODÈLE COLLABORATIF D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET SA PERTINENCE POUR LES SERVICES VIH AU SÉNÉGAL.....	11
DESCRIPTION DU MODÈLE D' AMÉLIORATION.....	11
SITUATION INITIALE DE LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH DANS LES 3 RÉGIONS SUD	14
MISE EN PLACE DU COLLABORATIF POUR L'AMÉLIORATION DU TAUX DE SURVIE À 12 MOIS DES PVVIH DANS LES RÉGIONS SUD	15
LES PRINCIPALES PHASES DE MISE EN ŒUVRE DU COLLABORATIF	15
PHASE DE PRÉPARATION ET PLANIFICATION.....	15
PHASE DE DÉMONSTRATION DU COLLABORATIF	20
PHASE D' EXTENSION DU COLLABORATIF	24

Leçons Apprises de l'Utilisation du Modèle Collaboratif d'Amélioration de la Qualité

RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION.....	25
TAUX DE SURVIE À 12 MOIS DES PVVIH.....	25
NIVEAU D' ATTEINTE DES OBJECTIFS D' AMÉLIORATION	27
BONNES PRATIQUES, PROBLÈMES RENCONTRÉS ET LEÇONS APPRISSES DU COLLABORATIF VIH AU SÉNÉGAL.....	38
BONNES PRATIQUES.....	38
PROBLÈMES RENCONTRÉS.....	39
LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS.....	41
LA PÉRENNISATION DES INITIATIVES D'AMÉLIORATION.....	43
CONCLUSION.....	44
ANNEXES	45
ANNEXE 1 : MATRICE D'INDICATEUR D'AMÉLIORATION.....	45
ANNEXE 2 : DIAGRAMME DÉTAILLÉ DU PROCESSUS DE RECHERCHE DES PVVIH PERDUS DE VUE.....	46
ANNEXE 3 : LES EQUIPES D' AMÉLIORATION	47

Acronymes et abbréviations

AgHBs	Antigène Hépatite B
ALAT	Alanine aminotransférase
AmQ	Amélioration de la Qualité
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (France)
ARV	Antirétroviraux
CDT	Centre de traitement de la Tuberculose
CMT	Comité Médical Technique
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DFT	Diagrammes Fréquence-Temps
DLSI	Division de la Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles
EAQ	Equipe d'Amélioration de la Qualité
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal
ENCS	Enquête Nationale de Surveillance Combinée
EPS	Etablissement Public de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
GDD	Gestionnaire de données
IDE	Infirmier d'Etat
MCA	Médecin-Chef Adjoint
MCD	Médecin Chef de District

MCR	Médecin Chef de Région
MSAS	Ministère de la Santé et de l' Action Sociale
MCD	Médecin-Chef de District
NFS	Numération Formule Sanguine
OCB	Organisation Communautaire de Base
PDV	Perdu de vue
PEC	Prise en Charge
PND	Plan National de Développement Sanitaire
PNMLS	Plan National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA
PSN	Plan Stratégique de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA
PTME	Prévention de la transmission Mère Enfant
PTT	Plan de travail trimestriel
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RGPH	Recensement Général de la Population et de l' Habitat
SFE	Sage-femme d' Etat
SIDA	Syndrome de l' Immunodéficience Acquise
TATARSEN	Tester, Traiter et Retenir au Sénégal
TB	Tuberculose
USAID	United States Agency for International Développement
UTA	Unité de Traitement Ambulatoire
VIH	Virus de l' Immunodéficience Humaine

Résumé exécutif

Au Sénégal, FHI 360 met en œuvre la composante VIH/SIDA et Tuberculose (TB) du Programme santé de l' USAID dans 8 régions (2011-2016) à travers un appui technique et financier aux axes stratégiques du Ministère de la Santé et de l' Action Sociale. Parmi ceux-ci, l' amélioration de la qualité de la prise en charge médicale et sociale chez les Personnes Vivant avec le VIH est une priorité, afin d' atteindre l' objectif national des 3 « 90¹ » à travers la stratégie TATARSEN².

Bien que le taux de séroprévalence VIH reste stable à 0.7% au Sénégal, la carte de séroprévalence montre des disparités importantes parmi les 14 régions médicales, avec des taux plus élevés dans les régions du Sud et parmi les populations-clés : professionnelles du sexe ; hommes ayant des relations sexuelles avec d' autres hommes ; et usagers de drogues injectables.

Pour ces raisons, FHI 360 a concentré son appui dans trois régions du Sud du Sénégal ; Ziguinchor, Sédhiou et Kolda avec des séroprévalences respectives de 1%, 1.1% et 2.4% (EDS, 2011). Les données disponibles dans ces trois régions en 2012 ont montré des taux de survie à 12 mois inférieurs à la moyenne nationale (excepté pour Kolda) et à l' objectif national de 80% ; des taux de perdu de vue très élevés (entre 21% et 47%) ; et des taux de mortalité élevés (entre 3% et 11%).

Afin d' améliorer la qualité de la prise en charge médicale et sociale chez les PVVIH, FHI 360 a utilisé le modèle Collaboratif d' amélioration dans neuf sites de prise en charge des trois régions Sud, dans le but d' augmenter le taux de survie à 12 mois. Le Collaboratif est un modèle de gestion d' un effort structuré d' amélioration à grande échelle qui implique de nombreuses unités de prestations de soins visant à atteindre le même résultat dans une population bien définie. Le modèle permet aux niveaux de prestations et de gestion des services de soins de travailler en équipe pour analyser les causes de dysfonctionnement et mettre en place des changements systémiques, selon une méthode rigoureuse basée sur des principes modernes de gestion de la qualité.

Le Collaboratif a évolué en trois phases :

1. Durant la phase de préparation/planification (Février 2014-Janvier 2015), FHI 360 a :
 - Organisé deux sessions de plaidoyer à l' intention des équipes cadres des régions médicales de Sédhiou et Ziguinchor et des districts concernés ;

¹ 90% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) connaissent leur statut sérologique ; 90% des personnes testées positives au VIH reçoivent un traitement antirétroviral (TARV) durable ; 90% des personnes sous TARV ont une charge virale durablement supprimée.

² Tester, traiter et retenir les PVVIH dans le système de soins.

- Soutenu le développement des chartes régionales d' amélioration, un document qui résume les activités auxquelles elles s' engagent ;
 - Sélectionné cinq structures de santé en fonction du nombre de patients VIH dans la file active : unités de traitement ambulatoire de Kolda et Ziguinchor, centres de santé de Bignona et Bounkiling et EPS de Sédhiou ;
 - Facilité l' identification de cinq objectifs d' amélioration de processus : i) Mettre 100% des patients sous traitement ARV dans les 30 jours qui suivent leur éligibilité ; ii) Rechercher chez 100% des patients VIH+ avec ou sans TARV les signes de TB à tous les contacts ; iii) Mettre sous traitement 100% des patients coïnfectés VIH-TB sous traitement TB et antirétroviral selon les normes dans les 15 jours suivant le diagnostic de TB ; iv) Retrouver 100% des patients VIH+ irréguliers avec ou sans TAR ; et v) Retrouver 50% des perdus de vue recherchés ;
 - Soutenu la mise en place d' un système de monitoring : cinq indicateurs d' amélioration ont été définis, des fiches de collecte de données élaborées et une base de données Excel mise en place pour l' analyse des tendances ;
 - Formé un réseau de 14 coaches pour soutenir les équipes d' amélioration ;
 - Identifié un paquet de changements ciblant de nombreux processus, parmi lesquels l' enrôlement des patients, la dispensation des médicaments, la délégation des tâches de soins, la communication prestataire/client, le financement des recherches de perdus de vue, et les rendez-vous.
2. Durant la phase de démonstration (Février 2015-Décembre 2015) :
- Les coaches ont soutenu les tests de changements en quatre étapes : planification ; mise en œuvre ; analyse et prise de décision (cycle PFEA) ;
 - FHI 360 a organisé des sessions d' apprentissage durant lesquelles toutes les équipes se rencontrent pour partager leurs résultats, échanger leurs meilleures pratiques et solutionner les problèmes communs.
3. Dans la phase d' extension (Mai 2015-Décembre 2015), quatre sites additionnels ont été enrôlés dans le Collaboratif : Centres de santé de Vélingara, Diouloulou, Goudomp et Sédhiou.

Entre 2011 et 2014, le taux de survie à 12 mois des PVVIH a augmenté de 51% à 75% en moyenne dans les neuf sites du Collaboratif. Ce résultat ne peut être attribué au Collaboratif car les changements effectifs ont commencé en 2015 et le taux de survie de 2015 ne sera connu que fin 2016. Cependant, les équipes ont réussi à améliorer leurs performances envers les cinq objectifs :

- Augmentation de 72% à 79% des PVVIH irréguliers retrouvées ;
- Augmentation de 43% à 58% des perdus de vue retrouvés ;
- Augmentation de 89% à 94% des patients mis sous ARV dans les 30 jours ;

- Augmentation de 82% à 98% des patients VIH qui ont bénéficié d'une recherche active de la TB ;
- Augmentation de 83% à 100% des patients coïnfectés VIH-TB mis sous traitement TB et ARV selon les normes dans les 15 jours suivant le diagnostic de TB.

La valeur ajoutée de cette expérience se mesure, au-delà des résultats positifs sur les processus de soins, par les leçons apprises tirées des bonnes pratiques et problèmes rencontrés dans la mise en œuvre.

Parmi les bonnes pratiques à maintenir, on peut citer : l' enrôlement des sites couvrant 80% des PVVIH afin de maximiser l' impact ; le développement de chartes ; la mise en place d' outils simples de collecte d' indicateurs et leur base de données informatisée ; la sélection de changements ne dépendant pas du projet ; l' implication des patients ; la documentation des visites de coaching.

Les principaux problèmes rencontrés sont : le manque d' implication des leaders régionaux et de districts qui n' ont pas assisté aux sessions d' apprentissage ; les limitations de certaines équipes dans l' utilisation de la base de données informatisée ; la validation inconsistante des données par les coaches ; la variation dans la proportion de changements mis en place parmi ceux identifiés.

Sur la base de ces observations, les recommandations prioritaires suivantes peuvent aider le MSAS à adapter ce modèle au contexte du Sénégal et à pérenniser une dynamique d' amélioration des services de santé qui repose sur des méthodes scientifiques modernes :

- i) Prévoir une stratégie d' extension à tous les sites dès la phase de préparation ;
- ii) Sélectionner les leaders motivés dans la phase de mise en œuvre ;
- iii) Développer une théorie du changement par l' identification des facteurs-clés influençant la performance du système et processus à améliorer ;
- iv) Développer des outils de contrôle de qualité des données collectées par les équipes ;
- et v) Favoriser le coaching par les pairs.

Introduction

FHI 360³ met en œuvre la composante VIH/SIDA et Tuberculose (TB) du Programme santé de l' USAID dans 8 régions du Sénégal (2011-2016). Elle contribue à l' atteinte des objectifs du Plan National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA (PNMLS) de 2011-2015 et du Plan National Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA 2014-2017 du Sénégal. Les axes stratégiques couverts par la composante sont : le dépistage des personnes séropositives ; la mise sous traitement précoce des personnes dépistées positives ; la gestion et la coordination de la réponse nationale ; et le suivi/évaluation.

La contribution spécifique du projet à ces axes stratégiques consiste en un appui (financier, technique, logistique) aux stratégies suivantes : (i) la prévention du VIH chez les populations vulnérables : Professionnelles du Sexe (PS) Hommes ayant des Rapports Sexuels avec des Hommes (MSM), populations mobiles, miniers, populations frontalières, jeunes, et couples, (ii) l' amélioration de la qualité de la prise en charge médicale et sociale chez les Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH), et (iii) la bonne gouvernance de la riposte à travers le renforcement des systèmes de coordination et de suivi, avec un intérêt particulier sur l' environnement favorable (législation, lutte contre la stigmatisation, dimension genre).

L'ensemble des interventions est mis en œuvre :

- Par les institutions gouvernementales centrales : Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), et la Division de la Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (DLSI) à travers des sous-accords de financement ;
- Par les régions médicales à travers des lettres d' accord ;
- Par des sous-accords avec des organisations non-gouvernementales ; et
- Par une assistance technique directe de FHI 360.

Pour atteindre les objectifs du programme, FHI 360 a introduit une composante de renforcement du système de santé basée sur l' utilisation d' un modèle innovant d' amélioration de la qualité (AmQ), le modèle Collaboratif.

Ce document décrit la mise en œuvre, les résultats et les leçons apprises de cet effort structuré d' AmQ à large échelle et son implication pour sa pérennisation et son institutionnalisation par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS).

³ FHI 360 est une organisation internationale qui travaille dans la santé et le développement et dont le but est d' améliorer la vie des populations les plus vulnérables dans le monde. Elle est présente dans de nombreux pays en Afrique, Asie et Amérique Latine et a son siège aux Etats Unis. Depuis 1986, FHI 360 occupe une place de premier plan dans la réponse au VIH/Sida au Sénégal.

Contexte et justification de l'initiative qualité

Au début du projet, les régions de Ziguinchor, Sédhiou et Kolda connaissaient un taux de survie bas des PVVIH et inférieur à la moyenne nationale, un nombre important de patients enregistrés dans les structures de soins et un taux élevé de patients perdus de vue. Ces facteurs ont contribué à prioriser ces régions pour l'introduction de l'AmQ.

Présentation du Sénégal

Elle portera sur trois facteurs particulièrement importants par leur influence sur la prévalence des problèmes de santé, la performance du système de santé et son utilisation : la situation géographique (propice aux mouvements de populations), la démographie et la situation socio-économique.

Situation géographique : Le Sénégal, est un pays d'Afrique Subsaharienne. Limité à l'Ouest par l'océan Atlantique, il est frontalier avec la Mauritanie au Nord et à l'Est, le Mali à l'Est, et la Guinée et la Guinée-Bissau au Sud.

Démographie : Selon le dernier recensement général de la population (RGPH 2013), la population sénégalaise était estimée à 13.508.715 habitants (49.9% d'hommes et 50.1% de femmes) répartis sur une superficie de 196.712 Km² soit une densité de 69 habitants au Km². Cette répartition de la population cache des disparités géographiques : la capitale Dakar, qui représente 0,3% du territoire, abrite plus de 23% de la population soit une densité de 5.735 habitant/Km². Les 3 régions Sud ciblées par l'initiative qualité abritent au total 1.596.392 habitants, soit 12% de la population pour une densité moyenne de 59 habitants/Km².

Situation économique : En 2011, l'indice national de pauvreté était de 46.7%⁴ tandis qu'il était de 76.6% à Kolda, 68.3% à Sédhiou et 66.8% à Ziguinchor, soit respectivement les 1er, 3ème et 5ème taux les plus élevés sur les 14 régions que comporte le Sénégal.

Système de santé du Sénégal

Structure du Système de Santé : Le système de santé est composé de structures de gestion et de prestations de soins, publiques et privées, qui sont réparties selon la pyramide sanitaire à trois niveaux :

- Le niveau central joue le rôle normatif et politique. C'est à ce niveau que sont définies les politiques, les orientations stratégiques majeures, la mobilisation des ressources de l'Etat et de ses partenaires au développement, le recrutement et la gestion du personnel étatique, la sélection et la réalisation des infrastructures, des équipements et des produits.

⁴ ANSD/ESPS II

- Le niveau intermédiaire est la région médicale, dont l'équipe cadre régionale participe aux tâches de conception du niveau central, mais dont la fonction principale est d'assurer un appui technique et stratégique au niveau opérationnel.
- Le niveau opérationnel est le district sanitaire, qui met en œuvre les actions sanitaires du secteur public et du secteur privé et assure la prestation des soins et l'interface entre le système de santé et la communauté.

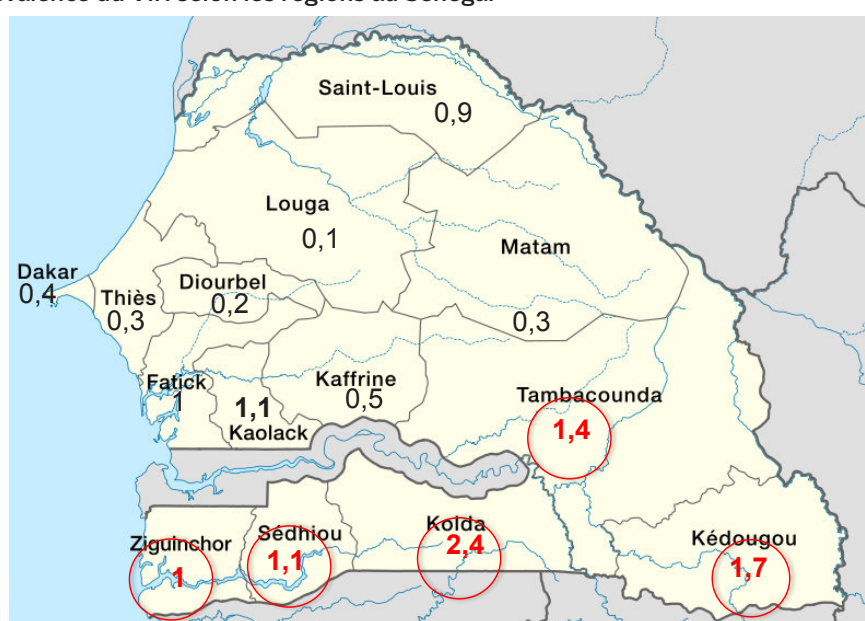
Ressources Humaines pour la Santé : Le Sénégal connaît un déficit récurrent en ressources humaines qui concerne toutes les catégories de prestataires de soins et influence négativement l'accessibilité et l'utilisation des soins en général, y compris pour les PVVIH.

VIH parmi les priorités : L'Etat Sénégalais a défini une politique nationale de santé mise en œuvre à travers son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), couvrant la période 2009-2018. Le VIH/SIDA fait partie des priorités retenue dans le PNDS, avec comme objectif le maintien de la prévalence à moins de 2%.

Situation épidémiologique du VIH/SIDA au Sénégal

La prévalence du VIH au Sénégal est estimée à 0,7% dans la tranche d'âge des 15-49⁵ ans en 2011, et reste stable depuis de nombreuses années. Il s'agit d'une épidémie de type concentrée avec une prévalence basse dans la population générale et les femmes enceintes et élevée chez les populations clés : 18,5% parmi les professionnelles du sexe (ENSC (2010) ; 17,8% parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (ELIHoS, 2010) ; et 9,4% chez les usagers de drogues injectables (ANRS, 2011).

Figure 1: Prévalence du VIH selon les régions au Sénégal



Source EDS V, 2011

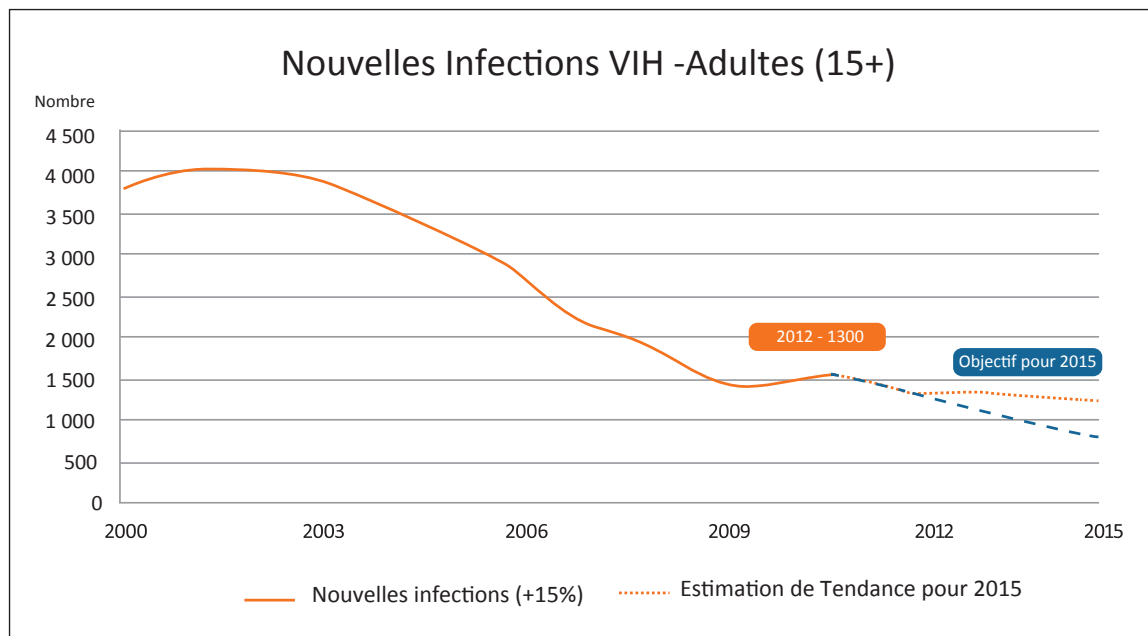
⁵ Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal 2011 (EDS-MICS)

La carte ci-dessus montre des variations régionales importantes de la prévalence du VIH dans la population générale, avec des taux plus élevés dans les régions Sud. Cette situation s'expliquerait en partie par la situation géographique frontalière avec des pays à prévalence plus élevée en l'occurrence la République de Guinée (1.6%)⁶, la Guinée Bissau (3.6%)⁷, et la Gambie (1.8%)⁸ et les mouvements transfrontaliers de populations. D'autres facteurs sont à l'origine d'une plus grande vulnérabilité au VIH dans ces régions :

- La prostitution qui se concentre dans certains pôles d'activité économique avec l'existence de réseaux sexuels et de marchés hebdomadaires inter-pays ;
- La sexualité précoce des jeunes (filles et garçons) ;
- L'analphabétisme de certaines couches de la population ;
- Les pratiques socioculturelles, telles que les mutilations génitales féminines, le « lévirat » (la femme doit épouser le frère du mari décédé), le « sororat » (le mari épouse la sœur de son épouse décédée) et les événements culturels et religieux qui sont source de rassemblements de population ;
- Le contexte d'insécurité de la zone sud, source potentielle d'exactions et d'isolement de certaines populations.

La figure 2 montre l'évolution des nouvelles infections VIH dans la population adulte depuis 2000 et les progrès significatifs réalisés. La cible pour 2015 n'a pas été atteinte⁹.

Figure 2: Evolution des nouvelles infections selon les estimations nationales



⁶ <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/guinea>

⁷ Programme d'Appui Conjoint des Nations Unies pour la réponse VIH en Guinée Bissau, version avril 2011

⁸ <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/gambia>

⁹ Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA, 2014-2017.

Le dispositif de prise en charge du VIH au Sénégal

Au Sénégal, la réponse à l'épidémie de VIH est multisectorielle et coordonnée par le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) sous le leadership de la Primature. Les orientations stratégiques et les objectifs sont déclinés dans les plans stratégiques de lutte contre le VIH/sida régulièrement mis à jour. Pour la période 2011-2015, le Sénégal vise l'atteinte des résultats suivants :

- Les nouvelles infections sont réduites de 50% ;
- Au moins 80% des PVVIH suivis bénéficient d'une meilleure qualité de vie ;
- La gouvernance, le leadership, la protection des droits humains, la coordination et la mise en œuvre du Plan Stratégique de Lutte contre les IST, le VIH et le SIDA 2014-2017 (PSN 2014-2017) sont efficaces et efficientes.

La prise en charge médicale et psycho-sociale des PVVIH est pluridisciplinaire et coordonnée par la DLSI qui élabore les normes et protocoles techniques et en assure le suivi. Au début du programme ISAARV en 1998 (Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux), la prise en charge était centralisée au niveau de 3 sites pilotes à Dakar que sont le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT), le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) du centre hospitalier universitaire de Fann et l'hôpital Principal. Ces 3 sites constituent de nos jours les structures de référence nationales.

Avec le processus de décentralisation initié depuis 2003, La prise en charge des PVVIH adultes est effective dans 83% des 35 hôpitaux et 90% des 89 centres de santé publique pour les adultes. La prise en charge des enfants est assurée dans 80% des hôpitaux et 85% des centres de santé¹⁰. FHI 360 a appuyé cette décentralisation avec la mise en place progressive d'unités de traitement ambulatoire (UTA) à Kaolack, Louga, Kolda, Ziguinchor et Mbour. Ces différentes structures sanitaires fournissent des paquets de services bien définis selon leurs capacités et un niveau de spécialisation selon un continuum de soins et de services tels que décrits dans le tableau 1 :

¹⁰ Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/sida Sénégal : 2013-2014

Tableau 1: Le paquet de services par étapes du continuum de prise en charge selon les normes et procédures nationales

Etapes du Continuum de Soins	Services
Evaluation clinique, biologique et psychosociale	• Counseling post test par le service social, qui comprend une éducation pré-thérapeutique (EPT) et nutritionnelle • Examen clinique complet, et bilan Biologique¹¹ et Immunologique¹² • Evaluation de l' éligibilité aux antirétroviraux (ARV)
Prescription/traitement/dispensation	• Si éligible, prescription/dispensation d' ARV • Si non éligible, suivi clinique et biologique • Pour tous : prévention et traitement des infections opportunistes (TB)
Suivi	• Bilans clinique et biologique réguliers • Education thérapeutique • Accompagnement psychosocial • Prise en charge nutritionnelle

Chaque année, la DLSI mesure le taux de survie à 12 mois¹³ sur une cohorte de PVVIH enrôlés au cours de l' année, en tenant compte des perdus de vue¹⁴ et des décès. On note une bonne amélioration du taux de survie à 12 mois qui passe de 59% en 2011, 71,6% en 2012 à 76,9% en 2013. Le taux de décès a diminué de 9% à 4% entre 2012 et 2013 et le taux de perdus de vue enregistrés a connu une nette régression passant de 26% à 15%⁹. Néanmoins, ces bons résultats nationaux cachent des disparités régionales importantes.

Afin d' améliorer la qualité de la prise en charge médicale et sociale chez les PVVIH en complément des autres interventions (formation des prestataires, appui financier au bilan biologique et aux activités psycho-sociales et nutritionnelles), FHI 360 a utilisé le modèle Collaboratif d' amélioration dans 9 sites de prise en charge des 3 régions Sud, dans le but d' augmenter le taux de survie à 12 mois, conformément à l' objectif national. Ce modèle a été sélectionné sur la base d' une expérience Sénégalaise réussie dans le domaine de la lutte contre la Tuberculose¹⁵ et qui a permis de résoudre des problèmes systémiques récurrents, similaires à ceux rencontrés par les sites de prise en charge des PVVIH, tels que les faibles taux de survie, les nombreux perdus de vue, la faible adhérence des patients au traitement et les écarts aux normes de prise en charge par les prestataires.

La section suivante décrit brièvement le modèle Collaboratif d' amélioration.

¹¹ NFS, Créatinine, AgHBS, ALAT.

¹² CD4, Charge Virale

¹³ Le taux de survie est calculé sur la base d' une cohorte annuelle de patients qui ont commencé le traitement antirétroviral (TAR) entre le 1er Janvier et le 31 Décembre de l' année précédente, afin que chaque patient ait eu l' occasion de compléter 12 mois de traitement. Le dénominateur exclut de ce nombre les patients transférés dans un autre site avant 12 mois de TAR. Le numérateur inclut ceux qui continuent le traitement après 12 mois et exclut les patients décédés, perdus de vue et transférés.

¹⁴ Est considéré comme perdu de vue, tout patient qui ne vient pas prendre son traitement ARV 90 jours après la date de son dernier rendez-vous (définition OMS utilisée pour le calcul du taux de survie de l' année 2013). Pour le calcul du taux de survie de 2011 et 2012, le délai considéré était de 30 jours.

Le modèle collaboratif d'amélioration de la qualité et sa pertinence pour les services VIH au Sénégal

Description du modèle d'amélioration

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 unités de prestations de soins visant à atteindre le même résultat dans une population bien définie. Sur une période de 1 à 2 ans, 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"¹⁶, possède 7 caractéristiques :

1. Un but et des objectifs d'amélioration communs à toutes les unités impliquées ;
2. Un système commun de monitoring de l'amélioration basé sur la collecte fréquente de quelques indicateurs et leur interprétation sur des diagrammes fréquence-temps ;
3. Une structure opérationnelle organisée autour d'équipes qui assurent 5 rôles et responsabilités spécifiques : Equipe d'amélioration de la Qualité (EAQ) ; équipe de gestion du Collaboratif ; équipe de leadership stratégique ; équipe d'experts en Amélioration de la Qualité (AmQ) ; et équipe d'experts 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 pour l'organisation des services de 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 ;
7. Des sessions d'apprentissage durant lesquelles les EAQ partagent leurs expériences dans la mise en œuvre et les résultats du paquet 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.

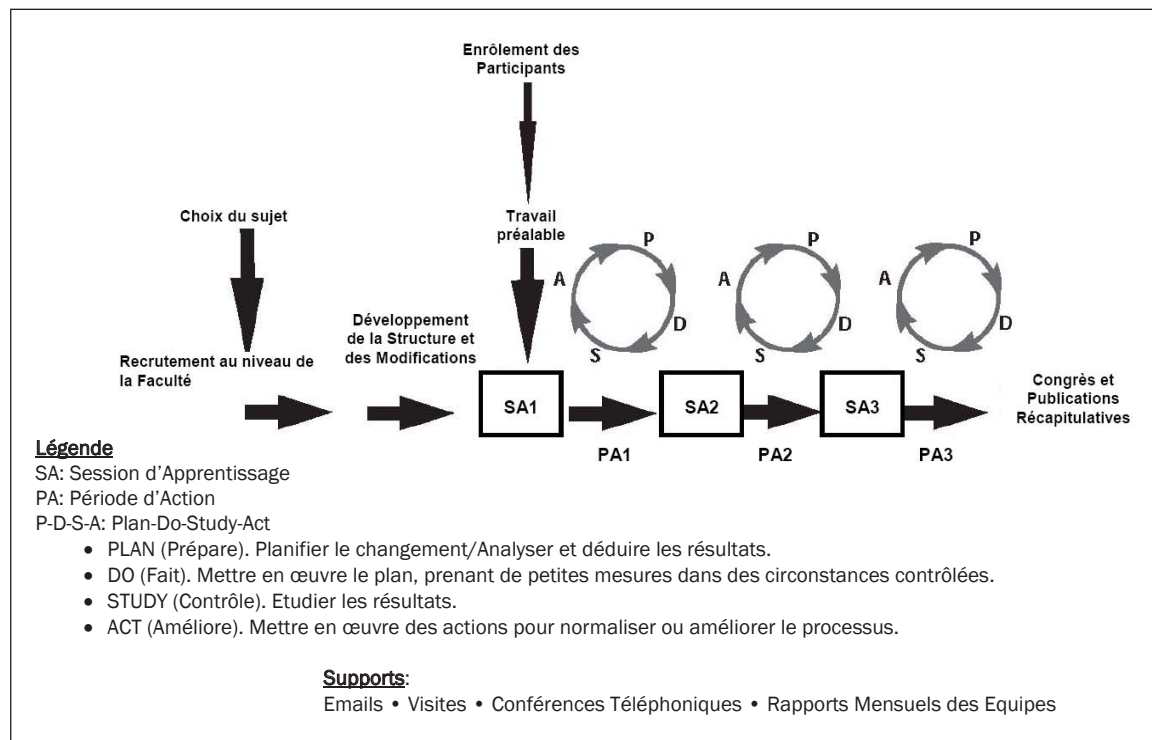
¹⁵ Ly A., Sow B., Bouchet B., & Dirks R. 2012. Improving the Performance of the Tuberculosis Healthcare System of Care in Mbao, Senegal. Quality Improvement Stories. Washington, DC: FHI 360.

¹⁶ La 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.

La figure 3 représente la dynamique d' un Collaboratif.

Les équipes qui participent dans un Collaboratif sont typiquement situées dans des structures de prestations de soins et services de santé dans des régions géographiques différentes et peuvent même appartenir à des organisations différentes. Le Collaboratif donne aux équipes le pouvoir de régler les détails opérationnels dans la mise en œuvre des meilleures pratiques dans leurs contextes spécifiques. Il facilite le partage actif de stratégies et idées d' amélioration parmi les équipes participantes afin qu' elles apprennent les unes des autres et puissent rapidement bénéficier des changements réussis mis en œuvre par d' autres équipes.

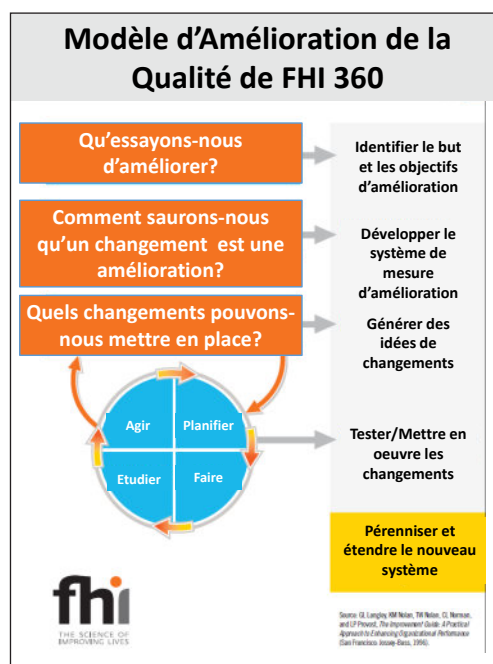
Figure 3: Dynamique d'un collaboratif d'amélioration de la qualité



Chaque EAQ d' un Collaboratif utilise un modèle générique d'amélioration (de la qualité)¹⁷ représenté dans la figure 3. Ce modèle est centré sur le test de changements systémiques à petite échelle. Si un changement produit une amélioration, il est maintenu et répliqué dans le reste du système de santé. Si le changement ne produit pas l'amélioration attendue, il est alors abandonné et un autre changement est testé. Les principales étapes sont:

¹⁷ Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance.

- *Identifier un but et des objectifs explicites 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 indicateurs, afin que l'impact du changement soit rapidement identifiée 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.

Le modèle Collaboratif est approprié lorsque de nombreux facteurs affectent la performance d'un système de soins sur une grande échelle et que les solutions requièrent des changements qui nécessitent de tester des innovations que les prestataires de soins eux-mêmes doivent s'approprier afin d'assurer la pérennité des résultats. Son champ d'application est beaucoup plus large que la résolution de problèmes de qualité des soins, notamment si celle-ci est définie comme une adhésion des prestataires à des normes de services cliniques. En fait, le modèle fournit à des équipes un outil puissant d'amélioration de la performance de multiples systèmes (de soins, d'information sanitaire, de gestion des ressources humaines, de la chaîne d'approvisionnement, etc) en termes d'accès, de couverture, de qualité, de coût et d'efficacité. Le terme « modèle d'amélioration » serait en cela plus approprié et moins « restrictif ». Pour ces raisons, l'équipe de FHI 360 a sélectionné ce modèle pour améliorer la prise en charge des PVVIH dans les 3 régions du Sud.

Situation initiale de la prise en charge des PVVIH dans les 3 régions sud

En 2014, lorsque le Collaboratif a démarré, 16 structures dans les 3 régions Sud offraient les services de prise en charge (PEC) du VIH dont 7 à Ziguinchor, 5 à Kolda et 4 à Sédhiou. Les données sur la performance du système de PEC sont reflétées dans le tableau 2 ci-dessous. Il est important de noter que seules les données des années 2011 et 2012 étaient disponibles à l'époque et ont justifié la décision de mise en œuvre d'un Collaboratif. Ces données proviennent des fichiers nationaux que la DLSI utilise pour le calcul des taux de survie après validation des données sur le terrain.

Tableau 2: Performance du système de PEC des PVVIH au niveau national et dans les régions Sud du Sénégal de 2011 à 2012

	Année 2011				Année 2012			
	Survie à 12 mois	Taux de PDV	Taux de mortalité	File Active	Survie à 12 mois	Taux de PDV	Taux de mortalité	File Active
National	59%	28%	9%	11592	72%	22%	9%	12901
Ziguinchor	56%	30%	11%	1143	66%	39%	11%	1261
Kolda	57%	38%	6%	856	72%	21%	7%	889
Sédhiou	38%	55%	7%	477	50%	47%	3%	442

L'analyse de ces données (2011-2012) montre :

- Une augmentation des taux de survie à 12 mois dans les 3 régions, mais qui restent inférieurs à la moyenne nationale (excepté pour Kolda) et à l'objectif national de 80% ;
- Des taux de perdus de vue très élevés comparativement à la moyenne nationale, excepté pour Kolda ;
- Des taux de mortalité qui ne diminuent pas, sauf à Sédhiou ;
- Une augmentation modérée du nombre de PVVIH pris en charge au niveau régional (file active), malgré la décentralisation de la PEC.

Mise en place du collaboratif pour l'amélioration du taux de survie à 12 mois des PVVIH dans les régions sud

Les principales phases de mise en œuvre du collaboratif

La mise en œuvre du Collaboratif comprend trois phases : la phase de préparation, la phase de démonstration et la phase d'extension. Elles se sont déroulées entre Janvier 2014 et Décembre 2015. L'annexe 1 montre la chronologie des principales étapes de chaque phase, dont les détails des activités sont décrits ci-dessous.

Phase de préparation et planification

Durant la phase de préparation, 6 activités principales ont été conduites : 1) le plaidoyer par la sensibilisation et information des parties prenantes ; 2) la sélection des sites et équipes d'amélioration de la qualité ; 3) la définition des objectifs d'amélioration ; 4) la mise en place d'un système de monitoring ; 5) la mise en place d'un système de coaching des EAQ ; et 6) l'identification d'un paquet de changements à tester/introduire.

Etape 1 : Plaidoyer et information des partenaires nationaux et régionaux

Afin d'assurer une pleine participation et appropriation de l'AmQ par les acteurs du système de santé, deux sessions de plaidoyer ont été organisées à l'intention des équipes cadres des régions médicales de Sédhiou et Ziguinchor et des districts concernés (Sédhiou, Bounkiling, Bignona et Ziguinchor). Il est à noter que pour des contraintes de calendrier de l'équipe cadre de la Région Médicale de Kolda, l'atelier initialement prévu n'a pu être réalisé pour la région de Kolda.

Les objectifs de ces sessions étaient : i) de permettre aux acteurs de comprendre l'initiative d'amélioration ; ii) d'amener les équipes régionales à adopter et signer la charte¹⁸ du projet d'amélioration ; iii) de mettre en place l'équipe de leadership régionale de l'initiative d'amélioration. A la suite de ces séances, les 2 médecins-chefs de région de Sédhiou et de Ziguinchor ainsi que les médecins-chefs des districts de Bounkiling, Ziguinchor et Bignona ont signé la charte.

Etape 2 : Sélection des sites et équipes d'amélioration de la qualité

Parmi les structures de santé qui bénéficiaient d'un appui du projet à travers la lettre d'accord¹⁹ avec les régions médicales, 5 ont été sélectionnées en Janvier 2014 pour la phase pilote du Collaboratif dont 2 à Ziguinchor, 2 à Sédhiou et 1 à Kolda. Les critères principaux du choix des sites étaient : i) la taille importante de la file active afin

¹⁸ Une Charte d'amélioration de la qualité est un document concis qui explique de manière précise le but d'un projet/effort d'amélioration et fournit une feuille de route pour une équipe pluridisciplinaire qui met en œuvre sa stratégie selon les rôles et les responsabilités convenus par ses membres et selon les étapes du modèle de l'AmQ.

¹⁹ La lettre d'Accord est un sous-accord spécifiquement conçu à l'usage des institutions du secteur public, qui affecte des fonds aux niveaux décentralisés en appui à des priorités régionales qui contribuent à l'atteinte des résultats de programmes nationaux.

d' optimiser l' impact sur les patients ; ii) un nombre gérable de sites pour l' appui technique du projet ; et iii) une répartition des sites dans les 3 régions afin de préparer l' extension régionale.

Tableau 3: Sites Sélectionnés pour la phase pilote du Collaboratif

Site	Région	File Active
UTA Kolda	Kolda	522
UTA Ziguinchor	Ziguinchor	477
CS Bignona	Ziguinchor	432
CS Bounkiling	Sédhiou	156
EPS Sédhiou	Sédhiou	125

Etape 3 : La définition des objectifs d' amélioration

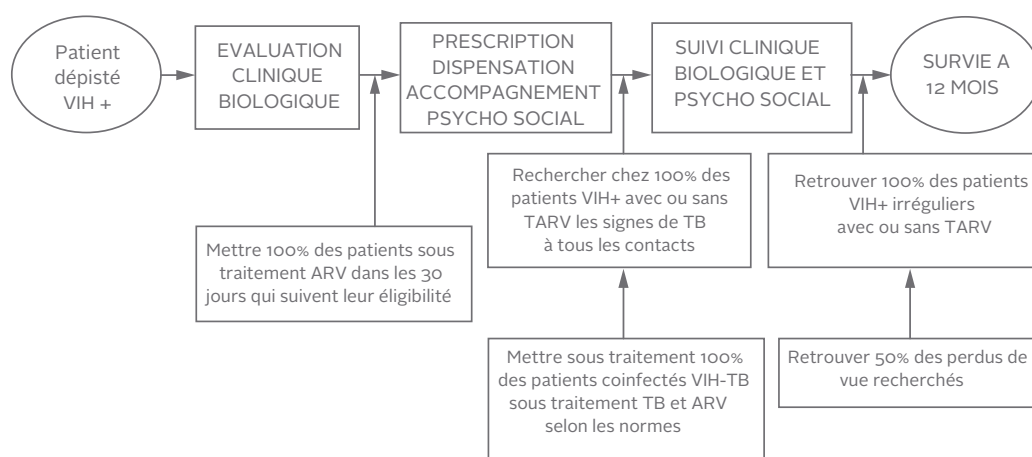
Une analyse systémique du continuum de soins a permis d' identifier les facteurs principaux de morbidité et de mortalité spécifiques des PVVIH selon les prestataires de soins eux-mêmes. Parmi ces facteurs on peut citer le retard à la mise sous traitement des patients, la coïnfection VIH/Tuberculose et la non rétention dans le système de traitement (perdus de vue). Cette analyse a servi de base à la définition de 5 objectifs d' amélioration :

- *Mettre 100% des patients sous traitement ARV dans les 30 jours qui suivent leur éligibilité.* Cet objectif se justifiait par le fait que de nombreux patients prenaient contact avec le site de PEC mais ne parvenaient pas rapidement à l' étape de prescription du fait de la longueur de la phase d' évaluation (clinique et biologique). Ainsi une proportion non négligeable de patients était considérée comme perdus de vue précoce. Une analyse situationnelle à l' UTA de Kolda montrait que 21% étaient dans cette situation.
- *Rechercher chez 100% des patients VIH+ avec ou sans TARV les signes de TB à tous les contacts.* La tuberculose étant l' infection la plus fréquemment associée à l' infection à VIH et source de mortalité importante, une directive a été ajoutée aux procédures pour la recherche systématique de 5 signes évocateurs de tuberculose afin de procéder au dépistage biologique en cas de score positif. Les observations faites lors des supervisions montraient que cette recommandation n' était pas toujours respectée.
- *Mettre sous traitement 100% des patients coïnfectés VIH-TB sous traitement TB et ARV selon les normes dans les 15 jours suivant le diagnostic de TB.* Malgré la recommandation de mise sous traitement précoce antituberculeux, la prise en charge de la coïnfection n' était pas toujours optimale.

- *Retrouver 100% des patients VIH+ irréguliers avec ou sans TARV.* Un des problèmes majeurs de la PEC des PVVIH est le nombre important de perdus de vue (patients qui ne reviennent pas à leur rendez-vous après 1 mois). La prévention de cette condition passe par la relance des patients dits « irréguliers » qui ont raté leur rendez-vous avant un mois.
- *Retrouver 50% des perdus de vue recherchés.* Les observations issues des supervisions ainsi que les différentes revues de programmes ont montré que le taux de patients perdus de vue était important malgré les recherches menées et était le principal facteur affectant le taux de survie à 12 mois.

La figure 4 ci-dessous montre les objectifs d'amélioration et leur articulation au continuum de soins aux PVVIH

Figure 4: Articulation des objectifs d'amélioration au continuum de soins aux PVVIH



Etape 4 : La mise en place d'un système de monitoring

Une fois les indicateurs d'amélioration identifiés, des supports de collecte ont été développés et une base informatisée mise à la disposition des EAQ.

Le choix des indicateurs

La sélection des indicateurs d'amélioration a été faite sur la base des indicateurs déjà mesurés par la DLSI et ceux proposés par la littérature sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge du VIH²⁰ de manière consensuelle entre la DLSI, les 5 EAQ, et FHI 360. Les indicateurs correspondent aux objectifs d'amélioration comme le montre le tableau 4.

²⁰ Ahonkhai et al.: Improving HIV outcomes in resource limited countries: the importance of quality indicators. BMC Health Services Research 2012 12:427.

Tableau 4: les indicateurs d' amélioration:

Objectif d' amélioration :	Définition de l' indicateur : Que mesure-t-il ?	Mode de calcul (N=numérateur ; D= dénominateur)
Mettre 100% des patients sous traitement ARV dans les 30 jours qui suivent leur éligibilité	Pourcentage de patients VIH+ éligibles ayant été mis sous traitement au plus tard 30 jours après la date d' éligibilité	N : Nombre total de patients VIH+ éligibles au traitement ARV au cours du mois et qui sont mis sous traitement ARV dans les 30 jours suivant la date d' éligibilité D : Nombre total de patients VIH+ éligibles au traitement ARV au cours du mois
Rechercher chez 100% des patients VIH+ avec ou sans TARV les signes de TB à tous les contacts	Pourcentage de patients VIH+ suivis avec ou sans TARV chez qui les signes de TB ont été recherchés à chaque contact	N : Nombre total de patients VIH+ suivis avec ou sans TARV vus au cours du mois chez qui les signes de TB ont été recherchés D : Nombre total de patients VIH+ suivis avec ou sans TARV vus au cours du mois
Mettre sous traitement 100% des patients coinfectés VIH-TB sous traitement TB et ARV selon les normes dans les 15 jours suivant le diagnostic de TB	Pourcentage de personnes VIH+ chez qui la TB a été diagnostiquées et qui sont mis sous traitement TB et ARV dans les 15 jours au plus tard	N : Nombre de patient coinfectés VIH-TB diagnostiqués au cours du mois et qui sont mis sous traitement dans les 15 jours D : Nombre de patient coinfectés VIH-TB diagnostiqués au cours du mois
Retrouver 50% des perdus de vue recherchés	Pourcentage des PDV recherchés et retrouvés	N : Nombre total de PDV recherchés au cours du mois et qui ont été retrouvés D : Nombre total de PDV recherchés au cours du mois
Retrouver 100% des patients VIH+ irréguliers avec ou sans TARV	Pourcentage de patients VIH+ avec ou sans TARV considérés comme irréguliers et qui ont été retrouvés au cours du mois	N : Nombre de patient VIH+ avec ou sans TARV irréguliers retrouvés au cours du mois D : Nombre de patient VIH+ avec ou sans TARV irréguliers au cours du mois

Développement d' un système de mesure des indicateurs de performance

Une matrice a été élaborée pour chaque indicateur, l' ensemble étant compilé dans un manuel de collecte de données destiné aux EAQ. Les matrices sont conçues pour standardiser le calcul de l' indicateur en définissant le numérateur et le dénominateur, les sources d' information et le processus de collecte, évitant ainsi les risques d' erreurs dans la collecte et des interprétations personnelles différentes. Un exemple de matrice est présenté en annexe 2.

Une base de données informatisée Excel a été conçue pour la création automatique des diagrammes fréquence-temps qui permettent de suivre l' évolution des tendances et l' impact des changements sur les objectifs d' amélioration. Les équipes d' amélioration de la Qualité (EAQ) doivent rentrer les données dans la base Excel selon une fréquence mensuelle et les partager avec l' équipe technique de FHI 360.

Test du système de monitoring sur les données rétrospectives

La matrice des indicateurs, le guide de collecte et la base informatisée ont été mis à la disposition des EAQ afin de tester la faisabilité du système de monitoring sur les données rétrospectives de Janvier à Juin 2014, permettant ainsi d'identifier des problèmes éventuels de mesure et de procéder aux corrections nécessaires. Des visites sur site ont été organisées en Juillet 2014, avec pour objectifs de former les membres des équipes dans le calcul des indicateurs et l'utilisation de la base de données.

Dans l'ensemble, les équipes ont pu collecter les données rétrospectives sans difficultés majeures à l'exception de quelques sites où les données incomplètes dans les registres ou les dossiers médicaux n'ont pas permis de calculer certains indicateurs de manière exhaustive. Ces carences liées à la non complétude des données primaires ont été corrigées pour la suite de la collecte.

Etape 5 : Mise en place d'un Système de Coaching des Equipes d'Amélioration de la Qualité

Le soutien aux EAQ est un élément fondamental du succès d'un effort structuré d'amélioration et nécessite la mise en place d'un réseau de coaches dont la fonction principale est de guider les EAQ dans le processus d'amélioration, soit des coaches externes qui assurent des visites régulières (tels que les superviseurs de districts), soit des coaches internes aux équipes, soit une combinaison des deux. Les coaches doivent maîtriser les concepts et outils d'AmQ qui sont spécifiques de chaque étape du modèle, tels que les outils d'analyse systémique, de mesure, et de test des changements. Le système de coaching a été mis en place en 2 étapes : une formation initiale et un suivi post-formation de renforcement des capacités.

Formation initiale des coaches

Le projet a formé 12 membres des EAQ (entre 2 et 3 par site) en Septembre 2014 afin qu'ils jouent le rôle de coaches internes, assurant ainsi une continuité sur place dans l'appui aux EAQ. Le système de supervision ne permettait pas de reposer entièrement l'appui aux équipes sur un coach externe et la présence dans l'équipe de plusieurs membres formés en coaching permettait de pallier aux absences d'un membre pour des raisons légitimes (congs, maladies, transferts, etc.). Deux participants externes représentaient la DLSI et la RM de Ziguinchor.

En plus de la pratique des outils d'AmQ mentionnés plus haut, les participants se sont familiarisés avec certains outils spécifiques du rôle des coaches tels que l'outil d'évaluation des équipes ainsi que la liste de contrôle pour la préparation des visites de coaching. Les participants ont planifié les activités spécifiques de leurs sites (réunions internes et test des changements), les visites de coaching externes (certains coaches vont soutenir d'autres équipes pour favoriser l'apprentissage par les pairs) et les sessions d'apprentissage.

Suivi post formation

L'équipe technique de FHI 360 a assuré l'appui aux coaches nouvellement formés par des visites de sites, permettant de constater une variation dans la performance des équipes : certaines avaient commencé l'introduction des changements identifiés lors de la formation des coaches alors que d'autres se contentaient de mesurer les indicateurs sans introduire de changements.

Etape 6 : Identification d'un paquet de changements

Un paquet de changements a été identifié par chaque équipe durant la première visite de coaching post-formation assurée par l'équipe technique de FHI 360. Durant ces visites, les équipes ont développé leurs diagrammes de processus et de cause-à-effet en ciblant les indicateurs qui affichaient une faible performance. Les résultats de cette analyse systémique ont servi de base à la génération d'idées de changements spécifiques à chaque site. Le tableau 5 (section suivante) montre la liste des changements identifiés.

Phase de démonstration du collaboratif

Cette phase consiste à la mise en œuvre des tests de changements, au soutien des équipes par des visites de coaching et aux réunions d'équipes lors de sessions d'apprentissage.

Le Test des Changements

Le tableau 5 liste tous les changements mis en œuvre par les EAQ.

Tableau 5: Changements mis en Œuvre par les EAQ

Objectifs	Processus Ciblés par les changements	Changements mis en Œuvre	Sites qui ont mis en place les changements
Mettre 100% des patients sous traitement ARV dans les 30 jours qui suivent leur éligibilité	Processus d' enrôlement	Réorganisation du circuit des patients VIH+ décrite dans un document de procédure de manière à réduire les délais du bilan pré-thérapeutique	UTA de Ziguinchor
	Décentralisation de la dispensation	L' initiation du traitement est confiée aux ICP et aux sages-femmes dans certains postes de santé	CS de Bounkiling
	Evaluation psychosociale	Le traitement ARV est initié au bout de la 2ème EPT et l' adhérence renforcée par le counseling à chaque RV	CS de Bounkiling
	Choix du client	Les patients ont désormais le choix de prendre les ARV au niveau de l' ICP de leur poste de santé	CS de Bounkiling

Objectifs	Processus Ciblés par les changements	Changements mis en Œuvre	Sites qui ont mis en place les changements
Rechercher chez 100% des patients VIH+ avec ou sans TARV les signes de TB à tous les contacts	Délégation	Délégation du screening des patients VIH+ pour la Tuberculose aux assistants sociaux et aux médiateurs ²¹ (en plus des médecins) et notification sur la fiche de screening	CS de Bignona CS de Bounkiling CS de Sédhiou
	Formation	Séance d'information de tous les prestataires sur la nécessité de rechercher les signes de TB à chaque visite du patient VIH+	CS de Bignona CS de Bounkiling CS de Sédhiou CS de Goudomp CS de Diouloulou
	Communication	Partage des données sur cet indicateur lors des réunions de coordination ou du comité technique mensuel	CS de Bounkiling CS de Sédhiou CS de Diouloulou
	Outil de gestion	Mise en place des fiches de screening de la Tuberculose au niveau de tous les points de prestations afin de servir d'aide-mémoires aux prestataires de soins	CS de Bounkiling CS de Sédhiou CS de Goudomp CS de Diouloulou
Mettre sous traitement 100% des patients coinfecteds VIH-TB sous traitement TB et ARV selon les normes dans les 15 jours suivant le diagnostic de TB	Délégation	Inclusion de tous les infirmiers dans la PEC des patients VIH afin d'assurer la continuité des soins en cas d'absence de personnel	CS de Bounkiling UTA de Kolda
	Information/formation	Orientation sur site de l'ensemble du staff sur la prise en charge immédiate de la coinfection TB/VIH	CS de Bounkiling UTA Kolda
Retrouver 100% des patients VIH+ irréguliers avec ou sans TARV	Communication	Programmation du téléphone du patient pour un rappel de son RDV	CS de Vélingara
	Délégation	Dispensation décentralisée des ARVs au niveau des postes de santé, plus proches des patients, selon le choix des PVVIH	CS de Vélingara CS de Bounkiling
	Délégation	Déléguer la recherche des irréguliers aux médiateurs	CS de Sédhiou CS de Bounkiling UTA de Kolda CS de Vélingara UTA Ziguinchor
	Décentralisation	Les CS envoient la liste des irréguliers aux Infirmiers Chefs de Postes pour recontacter les patients	CS de Vélingara CS de Bounkiling CS de Diouloulou CS de Bignona

²¹ Le médiateur est un PVVIH qui se porte volontaire pour être membre de l'équipe de soins et à qui sont confiées des tâches auxiliaires pour aider l'équipe médicale.

Objectifs	Processus Ciblés par les changements	Changements mis en Œuvre	Sites qui ont mis en place les changements
Retrouver 100% des patients VIH+ irréguliers avec ou sans TARV (continued)	Dispensation	Calcul exact de la quantité d' ARV dispensés par rapport à la date de RDV, afin d' éviter que le patient accumule trop de médicaments et vienne plus tard, ce qui l' identifie comme irrégulier par le site, alors qu' il n' a pas arrêté son traitement	CS de Vélingara
	Financement	Allocation d' un budget à l' association des PVVIH pour la recherche des irréguliers (et des perdus de vue) pour couvrir les frais de communication et de déplacement	CS de Sédhiou CS de Goudomp
	Financement	Mise en place d' une contribution financière du centre et des postes de santé qui y sont rattachés pour financer la recherche des PDV	CS de Bounkiling CS de Bignona
	Communication	Les données sur les patients irréguliers sont inscrites à l' ordre du jour des réunions de coordination des sites et des postes de santé	CS de Sédhiou CS de Bounkiling
	Processus de RV	Mise en place d' un système de rendez-vous pour chaque patient, documenté dans un agenda et revu chaque jour pour identifier les patients irréguliers	CS de Sédhiou CS de Bounkiling
	Processus de RV	Répartition des RV afin d' éviter la saturation des services et les temps d' attente trop longs qui découragent les patients.	CS de Vélingara UTA de Kolda
	Processus de RV	Les patients qui respectent la date de leur RV sont vus en priorité	UTA de Kolda
	Processus de RV	Diminution de la fréquence des RV qui sont trop contraignants pour les patients	UTA de Kolda
	Processus de RV	Deux jours de la semaine sont dédiés aux bilans biologiques des PVVIH qui sont faits en priorité de manière à réduire leur temps d' attente	CS de Vélingara
	Processus de RV	Diminution des RV les Lundi, jour où le nombre de clients est généralement élevé	UTA de Kolda
	Processus de RV	Le RV est fixé en fonction de la préférence et disponibilité du client.	UTA de Kolda
	Counseling	A chaque contact avec le patient, les prestataires de soins renforcent le message sur la régularité du traitement à travers le counseling	CS de Sédhiou CS de Bounkiling UTA de Kolda
	Processus de RV	Les patients repartent avec un ticket de RDV	CS de Vélingara
	Délégation	Implication des OCB dans la recherche des PDV	CS de Bounkiling UTA de Kolda CS Bignona

Objectifs	Processus Ciblés par les changements	Changements mis en Œuvre	Sites qui ont mis en place les changements
Retrouver 50% des perdus de vue recherchés	Délégation	Implication des membres de l' Association des PVVIH dans la recherche des PDV	CS de Sédhiou CS Diouloulou CS Goudomp
	Décentralisation	Implication des ICP dans la recherche des PDV	CS de Sédhiou CS de Bounkiling UTA de Kolda CS Diouloulou
	Délégation	Affectation d' un médiateur dans le site	CS Diouloulou
	Financement	Mise en place d' une contribution financière du centre et des postes de santé qui y sont rattachés pour financer la recherche des PDV	CS de Sédhiou CS de Bounkiling PTA Ziguinchor CS Diouloulou
	Financement	Allocation d' un budget pour la communication téléphonique avec les PDV, par le MCD	CS de Sédhiou CS de Bounkiling PTA Ziguinchor CS Diouloulou
	Communication	Inscription de la liste des PDV sur l' agenda des réunions des Comités Médicaux Techniques et de Coordination du District	CS Bounkiling PTA Ziguinchor
	Affectation de personnel	Un assistant social a été affecté pour aider à la recherche des PDV	CS Diouloulou
	Outil de gestion	Mise en place d' un répertoire des PDV	CS Diouloulou
	Développement de standards	Mise en place d' un protocole de recherche des perdus de vue	CS Diouloulou
	Communication	Communication de la mise à jour mensuelle des données sur les perdus de vue entre les Centres et le Postes	CS Bignona PTA Ziguinchor

Le Coaching des EAQ

Les coaches internes aux équipes ont établi un calendrier de sessions mensuelles de réunions, cependant leur taux de réalisation est variable selon les sites. Au cours de l' année 2015, les sites ont tenu en moyenne six réunions internes, soit une tous les 2 mois.

Quatre sessions de coaching externe (soit par l' équipe technique de FHI 360 soit par les coaches d' une autre formation site) ont été réalisées en moyenne par site au cours de l' année 2015.

Ces sessions et visites ont fait l' objet de rapports de coaching qui documentent :

- Le point d' avancement des tâches identifiées lors de la session précédente ;
- La mise en place des changements ;
- L' analyse des indicateurs en regard des changements ;
- L' évaluation de la fonctionnalité de l' équipe.

Les Sessions d'apprentissage

Deux sessions d'apprentissage ont eu lieu en Août 2015 et Février 2016, qui ont inclus 4 autres sites qui ont rejoint le Collaboratif durant la phase d'extension (voir section suivante), pour un total de 9 sites. Les 5 sites initiaux n'ont pas bénéficié de sessions d'apprentissage durant la phase opérationnelle.

La première session s'est déroulée sur 2 jours à Ziguinchor. Elle a consisté en :

- Un échange d'expérience des EAQ concernant la mise en œuvre des changements, le développement des diagrammes fréquence-temps, et les contraintes et leçons apprises ;
- L'identification des bonnes pratiques pour la recherche des perdus de vue et la relance des irréguliers.

La deuxième session s'est déroulée sur 2 jours à Ziguinchor. Elle a consisté en :

- Une consolidation et standardisation des paquets de changements ;
- Une discussion sur la pérennisation de l'approche ;
- Une identification des bonnes pratiques pour passage à l'échelle.

Phase D'extension du collaboratif

En Avril 2015, quatre nouveaux sites ont été enrôlés dans le Collaboratif selon les mêmes critères de sélection que les cinq sites de la phase pilote : centres de santé de Diouloulou, de Goudomp, de Sédhiou et de Vélingara. Ceci a permis d'augmenter la couverture de l'AmQ à environ 80% des patients en file active des trois régions, pour un total de neuf sites dont 3 à Ziguinchor, 4 à Sédhiou et 2 à Kolda.

Tableau 6: File active des nouveaux sites

Site	Région	File Active (données 2015)
CS Vélingara	Kolda	401
CS Diouloulou	Ziguinchor	190
CS de Goudomp	Sédhiou	123
CS Sédhiou	Sédhiou	101

Un atelier s'est tenu à Sédhiou pour orienter ces équipes sur les bases et les principes de l'amélioration de la qualité. Cet atelier a été suivi par un coaching post-formation dans chacun de ces quatre sites afin d'analyser les données de base et les processus peu performants et d'identifier les causes et les changements à introduire.

Ces nouvelles équipes ont bénéficié de visites de coaching par l'équipe de FHI 360 et les coaches des sites de la phase pilote et ont participé aux 2 sessions d'apprentissage décrites précédemment.

Résultats et interprétation

Les résultats sont appréciés sur la base du taux de survie à 12 mois et de l'atteinte des objectifs d'amélioration. Le taux de survie à 12 mois est mesuré annuellement par la DLSI au niveau de tous les sites de prise en charge du VIH du pays. L'évaluation des objectifs d'amélioration du collaboratif s'appuie sur l'interprétation des diagrammes fréquence-temps (DFT). Ces diagrammes comprennent les courbes générées par les données collectées par les EAQ. Chaque DFT est présenté avec la médiane calculée sur les données de la période précédant l'introduction des changements afin de faciliter l'interprétation²². Deux catégories de DFT sont présentées pour chaque indicateur, à savoir un DFT pour la moyenne globale du collaboratif distinguant les sites pilotes des sites d'extension et des DFT spécifiques aux sites. Par ailleurs une comparaison des moyennes avant et après introduction des changements permet d'apprécier les progressions réalisées²³. Sur les DFT, la période d'introduction des changements est indiquée par une flèche rouge verticale.

Il faut noter que tous les objectifs n'ont pas fait l'objet de changement par toutes les équipes. En effet ces dernières n'ont initié des cycles d'amélioration que pour les objectifs dont le niveau de base était considéré comme faible. Ainsi, toutes les équipes ont mené un cycle d'amélioration pour retrouver 100% des PVVIH irréguliers avec ou sans TARV et retrouver 50% des perdus de vue recherchés.

Taux de survie à 12 mois des PVVIH

Dans l'ensemble, le taux de survie à 12 mois connaît une tendance positive dans les 3 régions même si on note une légère inflexion en 2014. Ce résultat ne peut être attribué au processus d'AmQ car une tendance à la hausse existait avant l'introduction de l'AmQ et les changements ont été mis en œuvre en 2015, période pour laquelle le taux de survie ne sera connu qu'en Décembre 2016.

Les figures 5 et 6 présentent respectivement l'évolution des moyennes du taux de survie à 12 mois des 3 régions du Sud et celle des 9 sites ayant mis en œuvre l'AmQ

²² L'interprétation statistiquement valide des diagrammes fréquence-temps repose sur l'observation de tendances par rapport à la médiane après l'introduction de changements.

²³ Les données rétrospectives concernent la période Janvier 2014 - Février 2015 et les données post changement la période Mars 2015 à Décembre 2015

Figure 5: Evolution des moyennes du taux de survie à 12 mois des 3 régions du Sud
(Données DLSI, 2016)

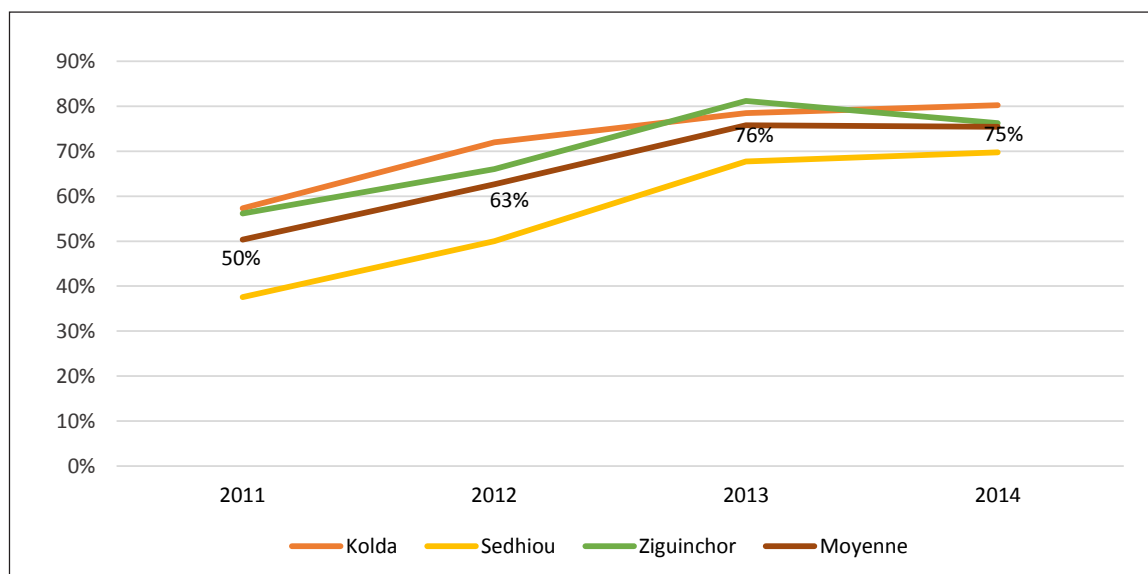
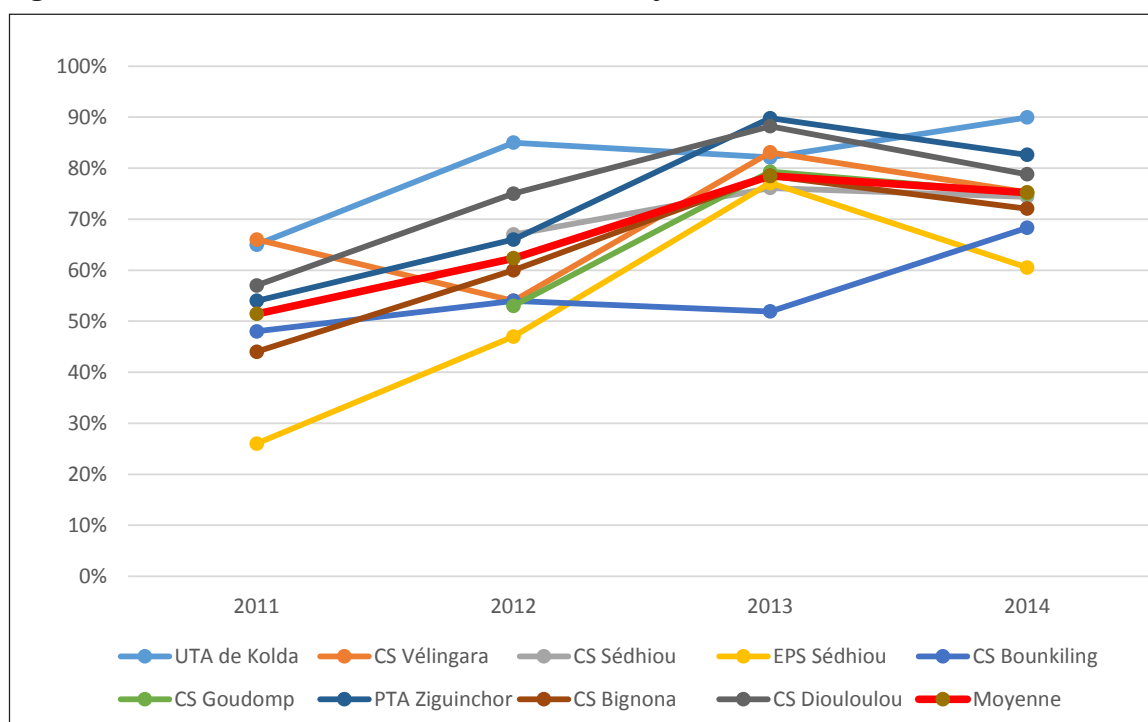


Figure 6: Evolution du taux de survie dans les neuf sites ayant mis en œuvre l'AmQ



Tous les sites ont vu leur taux de survie s'améliorer de 2011 à 2014 avec une moyenne qui passe de 51% à 75%.

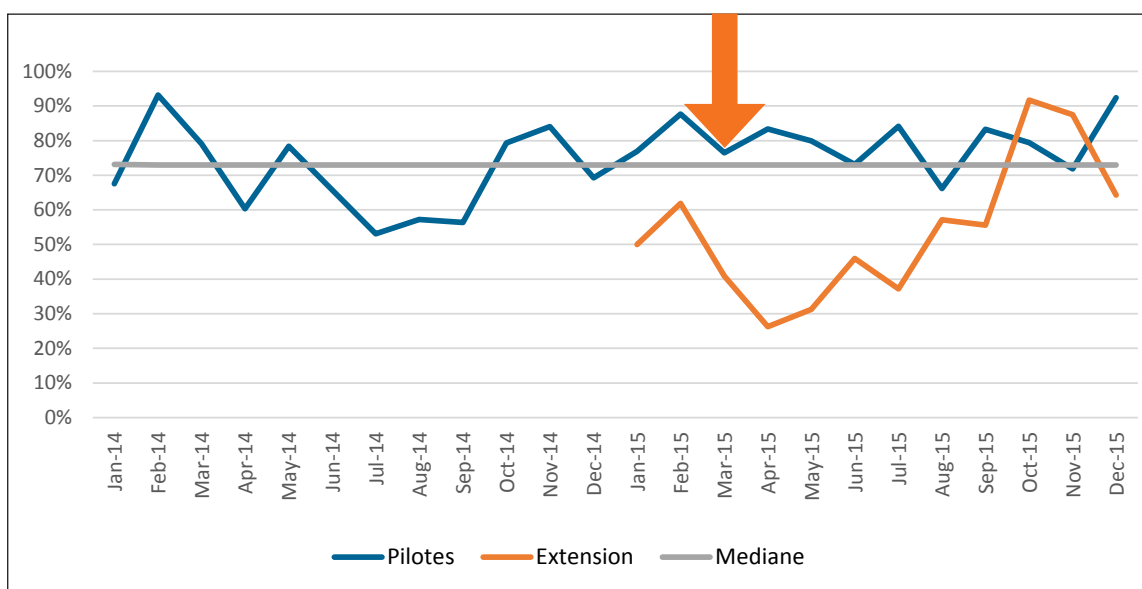
Niveau d'atteinte des objectifs d'amélioration²⁴

Objectif: Retrouver 100% des PVVIH irréguliers avec ou sans TARV

a. Moyenne du Collaboratif

Dans les sites pilotes, les données rétrospectives ont montré une performance moyenne de 72% qui a évolué pour atteindre 79% après l'introduction des changements. La figure 7 montre l'instabilité du processus de recherche des irréguliers même si celui-ci se situe à un niveau acceptable. On note par contre une évolution positive nette dans les sites d'extension dont la performance rétrospective moyenne se situait à 42% pour atteindre 64% après l'introduction des changements.

Figure 7: Pourcentage de PVVIH (avec ou sans TARV) considérés comme irréguliers et qui sont revenus à leur RV



²⁴ A noter que seules les données de 4 sites pilotes ont pu être prises en compte (UTA de Kolda, PTA de Ziguinchor, CS de Bignona et CS de Bounkiling). Les données de l'EPS de Sédhiou n'ont pu être validées compte tenu du fait que l'équipe n'a pas poursuivi le processus. Pour les sites d'extensions les données du CS de Vélingara n'ont pu être validées suite au contrôle de qualité.

b. Données des sites

Tous les sites pilotes ainsi que les sites d'extension ont considéré cet objectif comme prioritaire et ont tous introduit des changements. Parmi les sites pilotes c'est le CS de Bounkiling qui obtient la progression la plus importante (figure 8), alors qu'au niveau des sites d'extension c'est le CS de Sédhiou (figure 9) qui a la plus grande progression, passant de 35% à 49% en moyenne.

Figure 8: Pourcentage de patients VHI+ avec ou sans TARV considérés comme irréguliers et qui sont revenus à leur RV, CS de Bounkiling

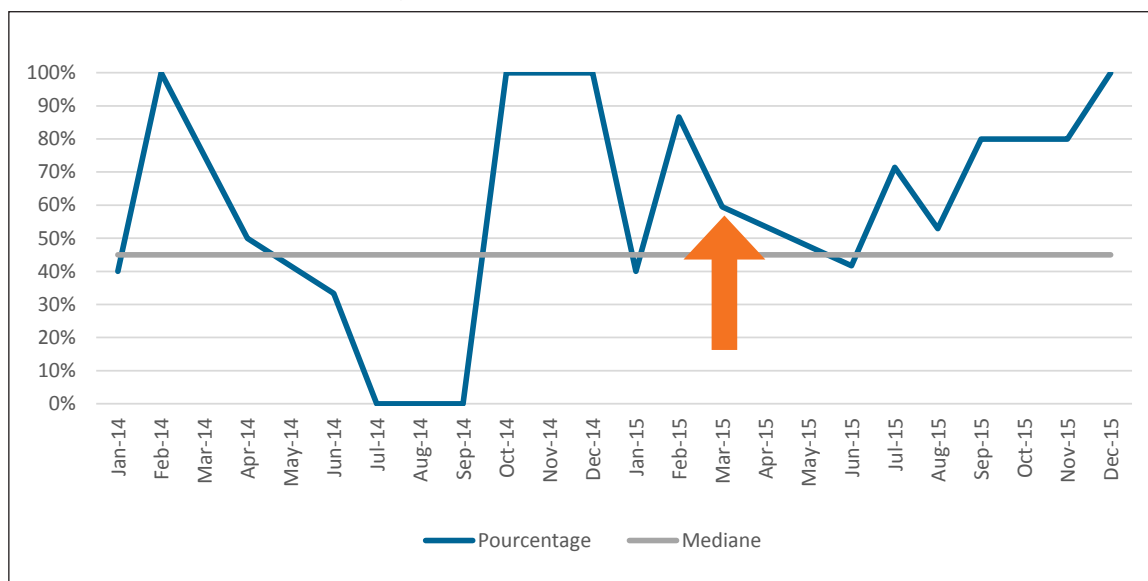
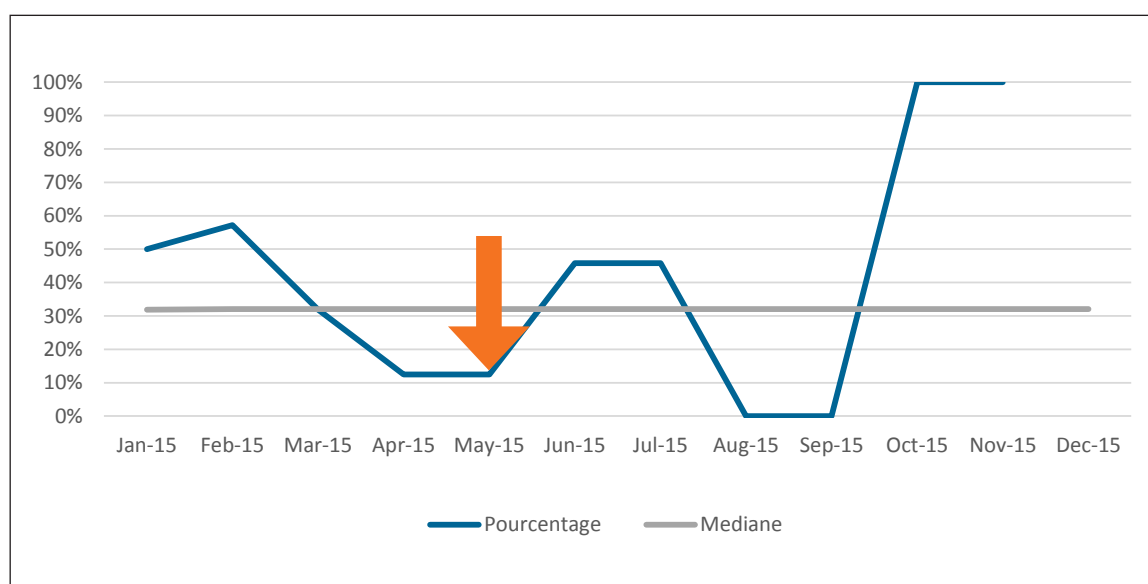


Figure 9: Pourcentage de patients VHI+ avec ou sans TARV considérés comme irréguliers et qui sont revenus à leur RV, CS de Sédhiou

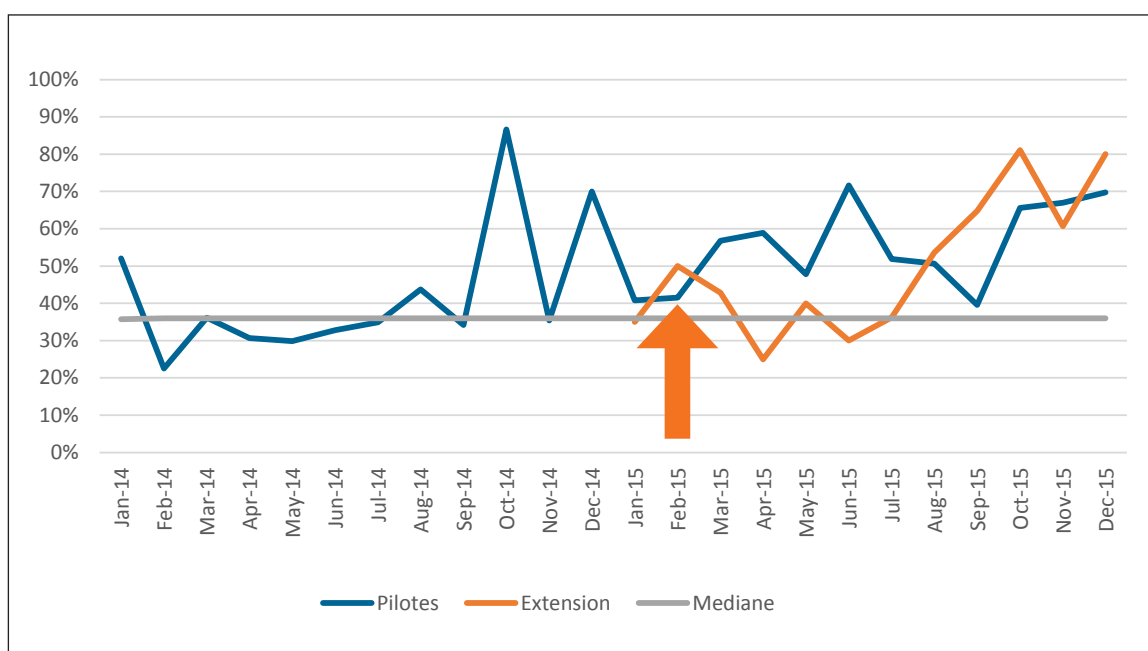


Objectif : Retrouver 50% des perdus de vue recherchés

a. Moyenne du Collaboratif

Dans les sites pilotes, les données rétrospectives ont montré une performance moyenne de 43% qui atteint 58% après les changements alors que les sites d'extension affichent une progression plus nette passant de 39% à 56% (figure 10).

Figure 10: Pourcentage moyen de patients retrouvés parmi les perdus de vue recherchés dans tous les sites



b. Données des sites

Parmi les sites pilotes, c'est le CS de Bignona qui connaît la progression la plus importante passant de 41% à 70% (figure 11), alors que les CS de Bounkiling, l'UTA de Kolda et le PTA de Ziguinchor n'ont vu aucune amélioration. Les sites d'extension, par contre, ont tous connu des améliorations significatives, la plus importante étant au CS de Sédhiou (figure12).

Figure 11: Pourcentage de patients considérés comme perdus de vue et qui ont été retrouvés au CS de Bignona

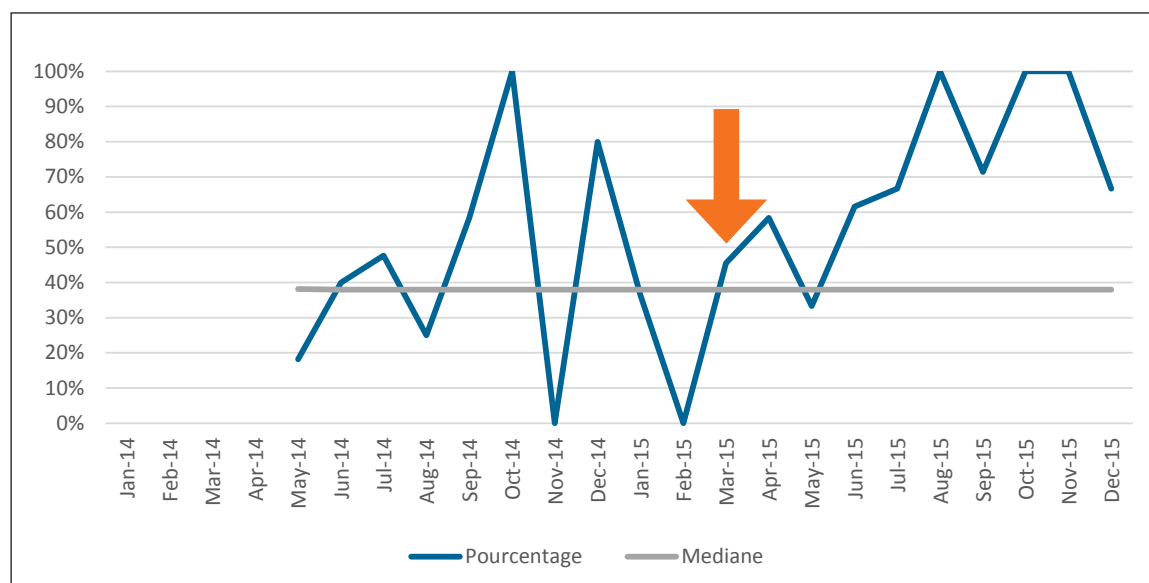
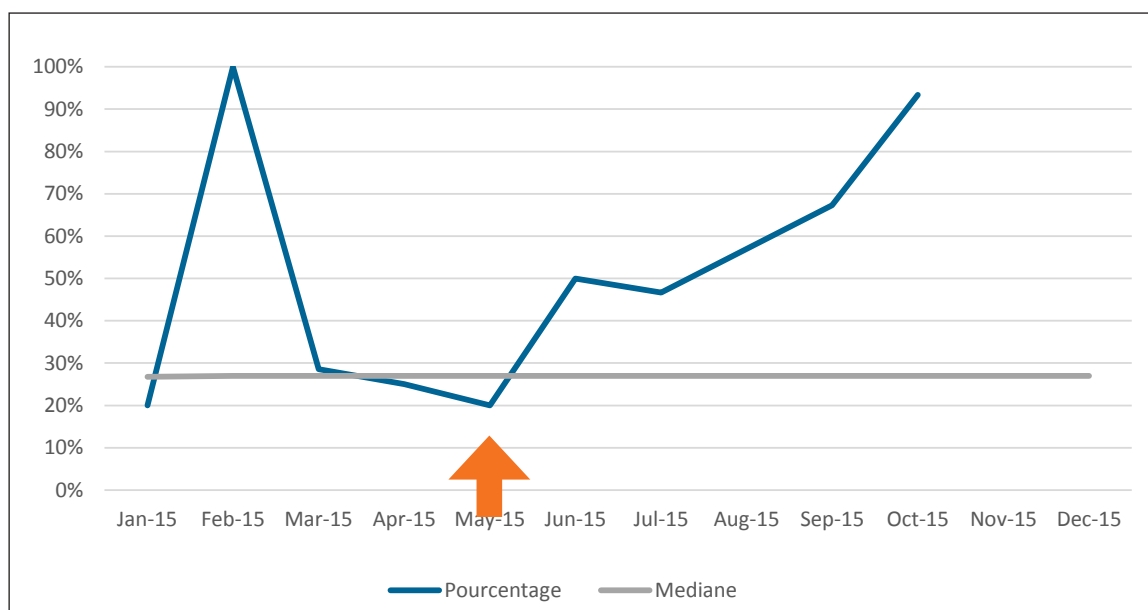


Figure 12: Pourcentage de patients considérés comme Perdus de vue et qui ont été retrouvés au CS de Sédhiou

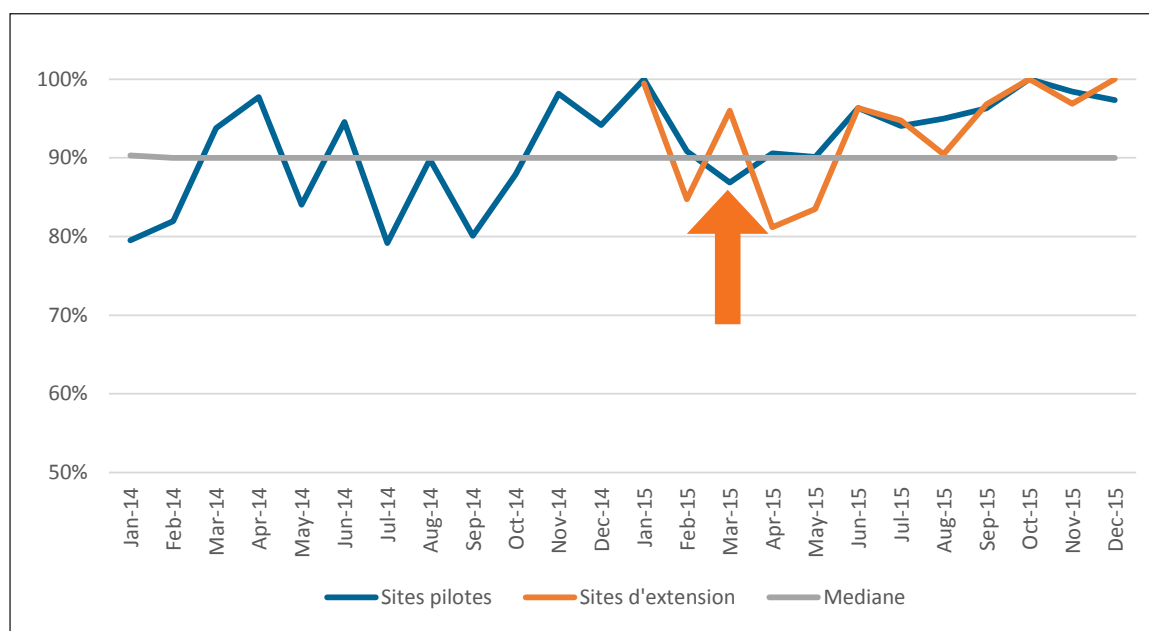


Objectif : Mettre 100% des patients sous traitement ARV dans les 30 jours qui suivent leur éligibilité.

a. Moyenne du Collaboratif

Dans les sites pilotes, les données rétrospectives ont montré un taux moyen de 89% de mise sous traitement des patients éligibles dans un délai de 30 jours. Ce taux moyen est passé à 94% après les changements. Les données rétrospectives des sites d'extension ont montré un taux moyen de mise sous traitement de 94% et qui s'est maintenu (figure 13).

Figure 13: Pourcentage de patients mis sous traitement ARV dans les 30 jours suivant leur éligibilité



b. Données des sites ayant introduit des changements

Parmi les sites pilotes, ce sont le CS de Bounkiling et l'UTA de Ziguinchor qui ont mis en place des changements. Au CS de Bounkiling, on note une progression de 77% à 94% (figure 14) alors que l'UTA de Ziguinchor atteint 100% (figure 15).

Figure 14: Pourcentage de patients été mis sous traitement ARV dans les 30 jours suivant leur éligibilité au CS de Bounkiling

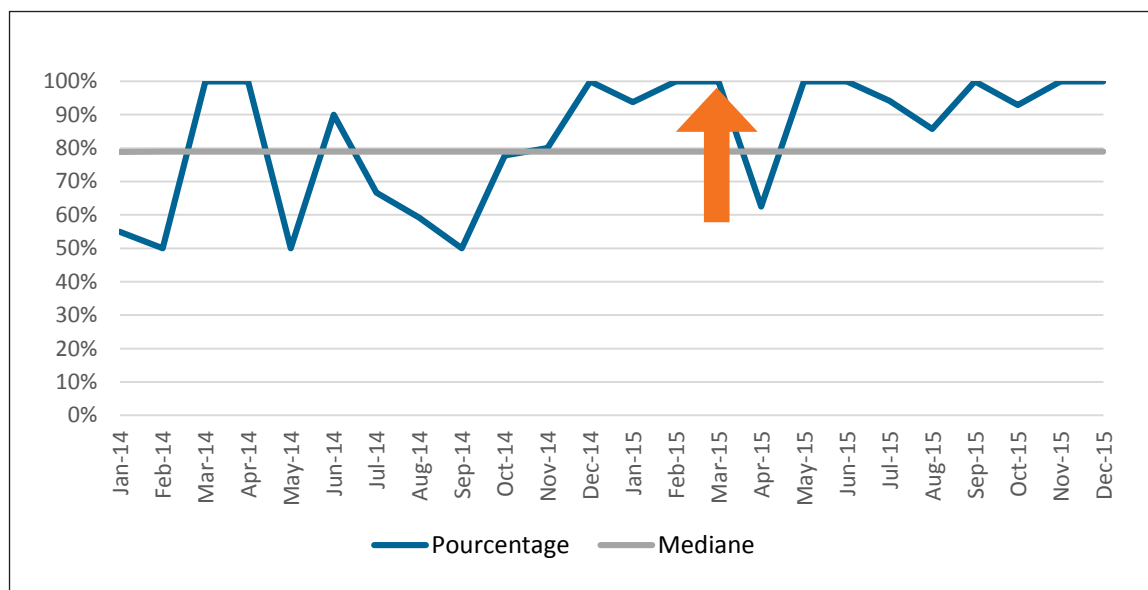
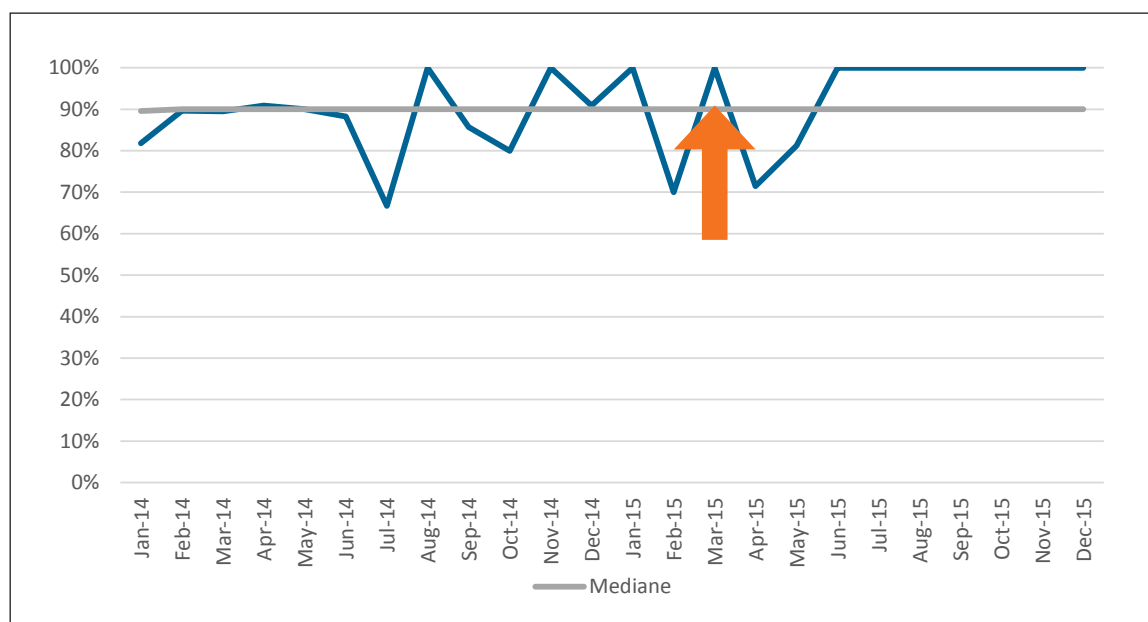


Figure 15: Pourcentage de patients été mis sous traitement ARV dans les 30 jours suivant leur éligibilité à l'UTA de Ziguinchor

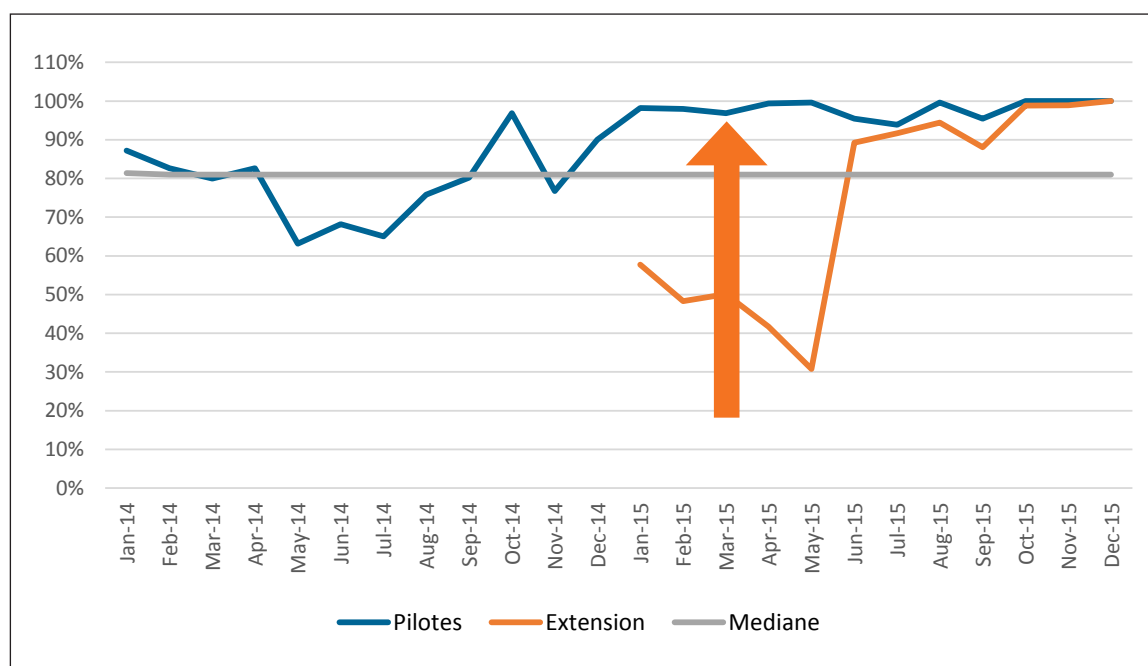


Objectif : Rechercher chez 100% des patients VIH+ avec ou sans TARV les signes de TB à tous les contacts

a. Moyenne du Collaboratif

Dans les sites pilotes, l'interprétation du DFT montre une tendance nette vers l'amélioration avec une courbe qui se place et se maintient durablement au-dessus de la médiane. L'amélioration qui commence avant l'introduction des changements peut s'expliquer par le fait que les EAQ ont mis spontanément des changements en place notamment après la formation des coaches. L'analyse des données montre une progression de 82% à 98% entre la moyenne des données rétrospectives et celle post changement. On observe la même tendance avec les sites d'extension qui ont également réussi à améliorer leur performance moyenne de 53% à 95% (figure 16).

Figure 16: Pourcentage de PVVIH qui a bénéficié d'une recherche active de la Tuberculose



b. Données des sites ayant introduit des changements

Parmi les sites pilotes, deux sites avaient des faibles performances pour la recherche systématique des signes de TB à savoir le CS de Bignona et le CS de Bounkiling avec des moyennes rétrospectives respectives de 40% et 76%. Ces deux sites ont mis en place des changements qui ont permis d'atteindre respectivement des moyennes post changement de 93% et 99% (figures 17 et 18).

Figure 17: Pourcentage des PVVIH qui ont bénéficié d'une recherche active de la Tuberculose au CS de Bignona

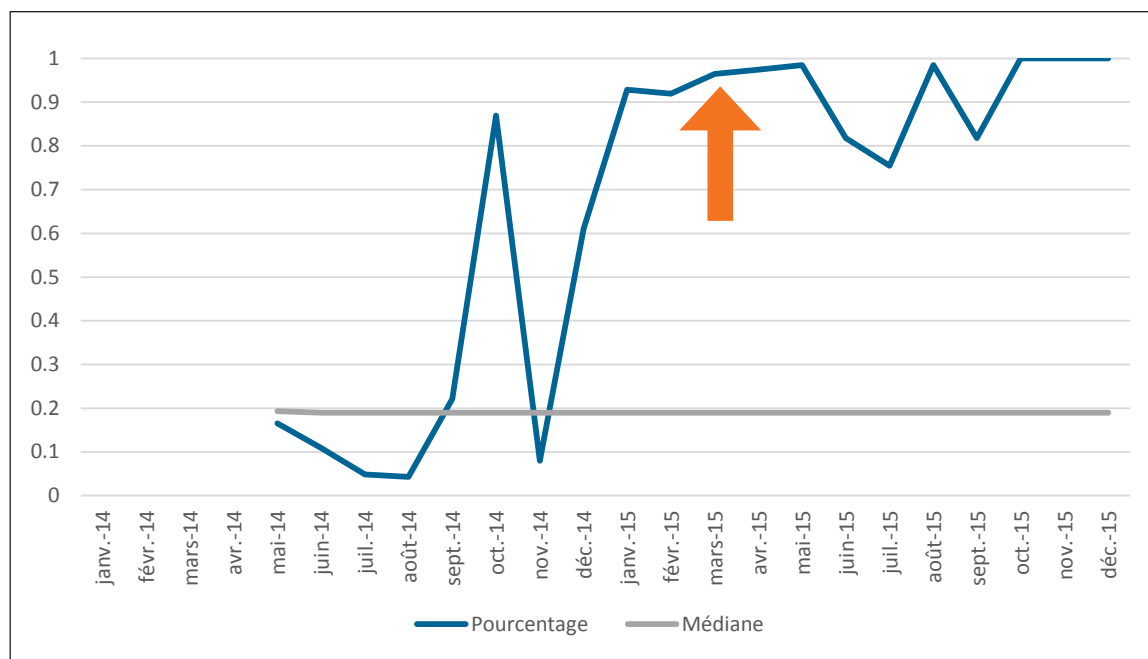
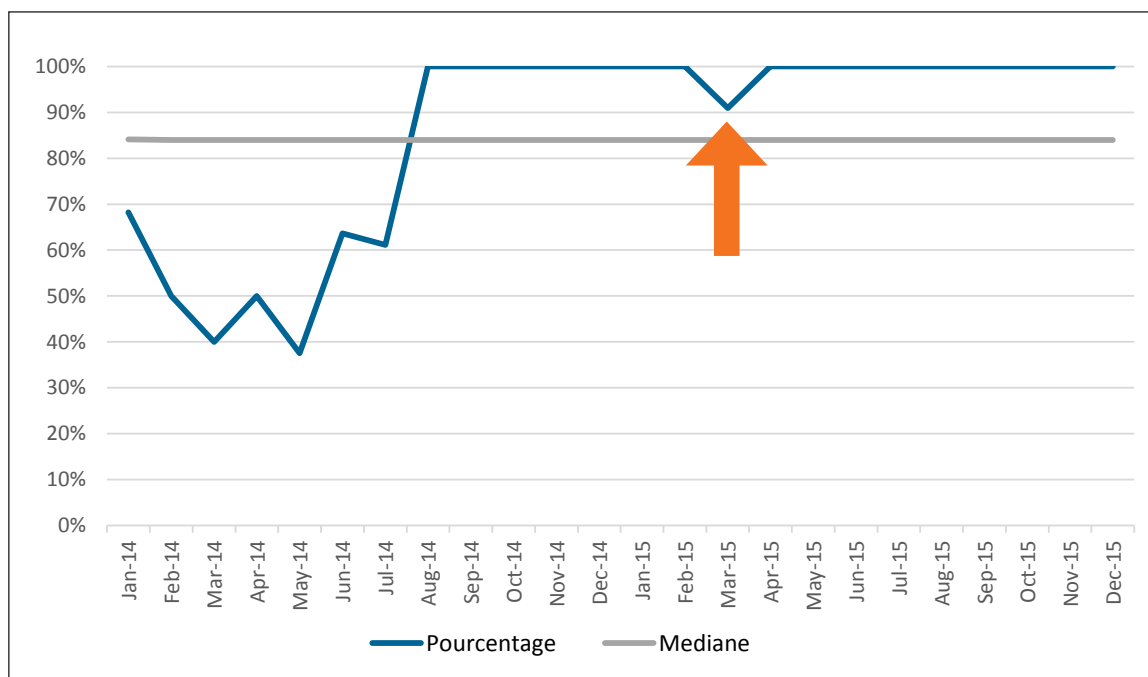


Figure 18: Pourcentage des PVVIH qui ont bénéficié d'une recherche active de la Tuberculose au CS de Bounkiling



Au niveau des sites d'extension, les performances rétrospectives étaient plus faibles que dans les sites pilotes avec respectivement 27% pour le CS de Goudomp, 69% pour le CS de Sédhiou et 63% pour le CS de Diouloulou. Ces trois sites ont introduit des changements qui leur ont permis d'atteindre des performances respectives de 62%, 30% et 35% (figures 19, 20 et 21).

Figure 19: Pourcentage des PVVIH qui ont bénéficié d'une recherche active de la Tuberculose au CS de Goudomp

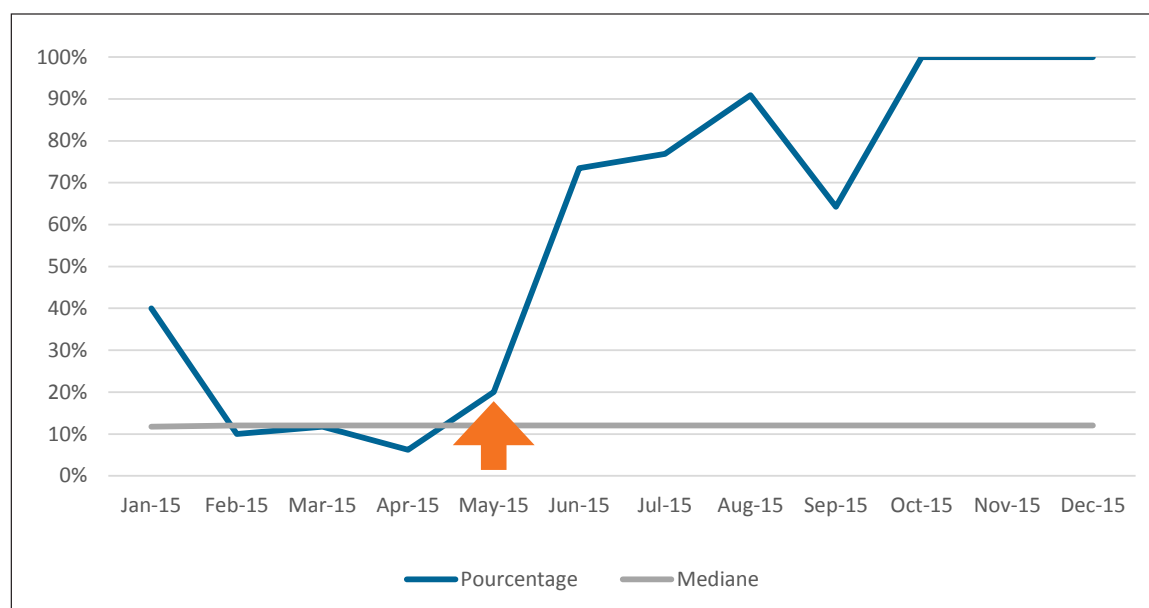


Figure 20: Pourcentage des PVVIH qui ont bénéficié d'une recherche active de la Tuberculose au CS de Sédhiou

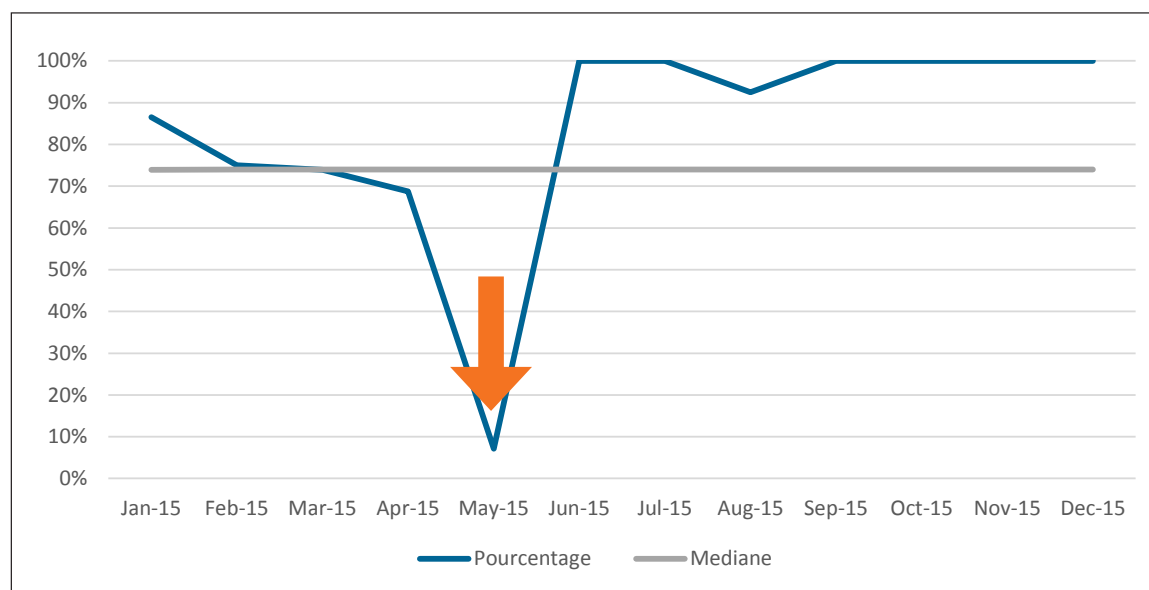
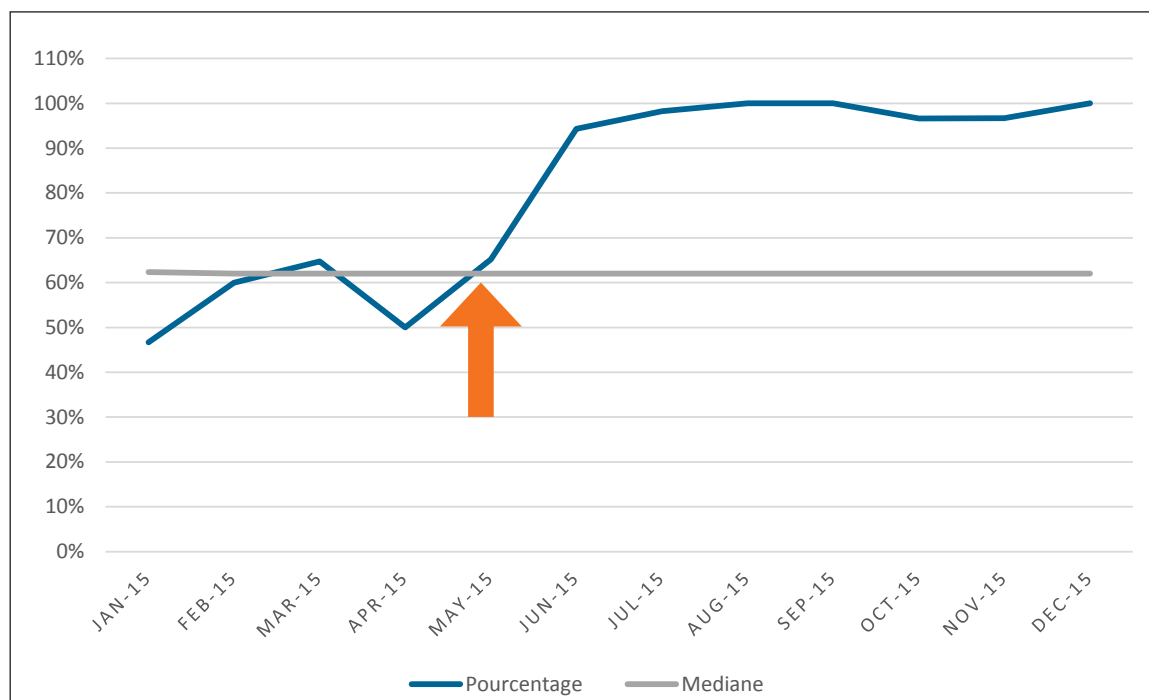


Figure 21: Pourcentage des PVVIH qui ont bénéficié d'une recherche active de la Tuberculose au CS de Diouloulou

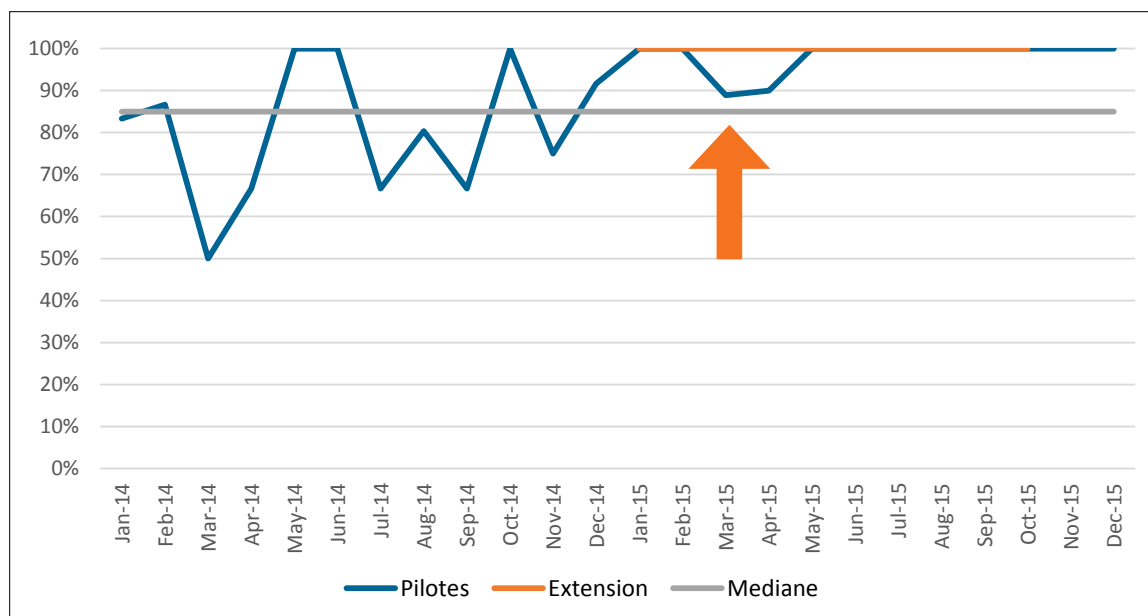


Objectif: Mettre sous traitement 100% des patients coïnfectés VIH-TB sous traitement TB et ARV selon les normes dans les 15 jours suivant le diagnostic de TB

a. Moyenne du collaboratif

Dans les sites pilotes, l'analyse du diagramme fréquence temps (figure 22) montre une évolution positive de cet objectif avec une performance qui s'est stabilisée autour de 100% après la mise en place des changements. Les données rétrospectives ont montré une moyenne de 83% avant changements. Dans les sites d'extension, la performance est restée stable et inchangée à 100% pendant toute la durée du collaboratif.

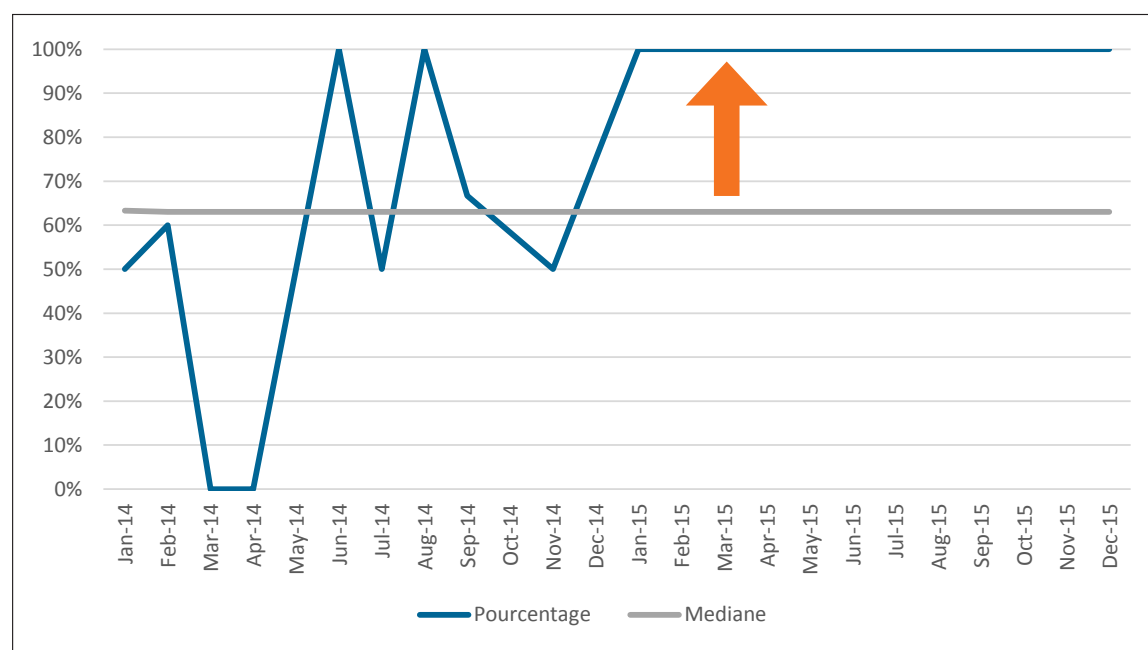
Figure 22: Pourcentage de personnes VIH+ chez qui la TB a été diagnostiquée et qui sont mis sous traitement selon les normes nationales



b. Données des sites ayant mis en place des changements

L'UTA de Kolda était le seul site pilote qui présentait une performance moyenne rétrospective faible (63%). Les changements introduits ont permis à ce site d'atteindre la performance post changement de 100% (figure 23).

Figure 23: Pourcentage de PVVIH chez qui la TB a été diagnostiquée et qui sont mis sous traitement selon les normes nationales à l'UTA de Kolda



Bonnes pratiques, problèmes rencontrés et leçons apprises du collaboratif VIH au Sénégal

Le succès d'un effort structuré d'amélioration de la qualité se mesure, au-delà de l'atteinte des résultats, par la capacité de tirer les leçons apprises de cette expérience à partir des bonnes pratiques constatées et des problèmes rencontrés.

Bonnes pratiques

Pour la sélection des sites et la mise en place des équipes

- La sélection des sites basée sur la taille de la file active a permis d'obtenir un impact optimal pour les bénéficiaires ;
- Les chartes d'AmQ régionales ont permis de formaliser la collaboration entre le projet et les régions médicales à travers l'engagement des médecins-chefs de région et des districts. Au niveau des sites, les chartes ont constitué des documents contractuels et de référence qui ont guidé les équipes dans leur démarche.

Pour l'identification du but et des objectifs d'amélioration

- La définition d'un but en termes d'impact, aligné sur les objectifs nationaux (améliorer le taux de survie) a permis l'obtention facile d'un consensus ;
- L'existence de données nationales disponibles sur le niveau de performance a permis d'identifier les objectifs par rapport aux étapes de PEC qui influencent le plus le taux de survie et pour lesquels les indicateurs étaient les plus faibles.

Pour la mise en place du système de monitoring de la qualité

- Les indicateurs ont été développés de manière consistante avec les objectifs ;
- Le nombre limité d'indicateurs (1 par objectif) a permis de définir un niveau raisonnable d'effort de collecte des données ;
- Le guide de collecte et les fiches de monitoring pour guider la collecte des indicateurs (aide-mémoire) ont permis de limiter les risques d'erreurs ;
- La base de données informatique Excel pour la construction de diagrammes fréquences-temps a facilité le travail des EAQ et permis la transmission rapide de données ;
- Certaines EAQ ont mis en place un système interne de contrôle de qualité des données (Bignona et Ziguinchor), renforçant ainsi leurs capacités.

Pour le test des changements

- L'analyse systémique des processus a permis de cibler les changements sur les causes de dysfonctionnements spécifiques de chaque site, assurant ainsi la pérennité des résultats ;
- Les changements ont été personnalisés au contexte (atouts et contraintes) de chaque site à travers des solutions locales.

- Le projet a encouragé les EAQ à sélectionner des idées de changements ne dépendant pas du financement du projet de manière à éviter une dépendance et à assurer une pérennité et une appropriation ;
- Les idées de changements reflètent la contribution de tous les membres des EAQ dans leur mise en œuvre ;
- Un médiateur, représentant les PVVIH, était présent dans chaque EAQ et a contribué aux idées de changements, intégrant ainsi la perspective des bénéficiaires.

Pour la mise en place du système de coaching

- Les visites de coaching ont eu lieu selon le calendrier avec une fréquence trimestrielle ou tous les 2 mois ;
- Le coaching par les pairs (coaches internes d'autres équipes) a permis d'impliquer des coaches qui travaillent en équipe sur les mêmes objectifs dans leur structure et de partager l'expérience de son équipe (par opposition à des coaches externes qui ne seraient pas impliqués eux-mêmes dans un cycle d'amélioration) ;
- Les visites de coaching externes ont été documentées selon le format standard développé par le projet.

Pour les sessions d'apprentissage

- Toutes les équipes ont été représentées et ont activement participé au succès des sessions d'apprentissage ;
- Toutes les équipes ont présenté leurs résultats et meilleures pratiques, dont certaines ont été adoptées par d'autres équipes (par exemple, l'abonnement téléphonique pour la recherche des perdus de vue à Ziguinchor).

Problèmes rencontrés

Lors de la sélection des sites et la mise en place des équipes

- Après la phase de démonstration (sites pilotes) l'extension n'a pas impliqué les 16 sites de PEC des 3 régions Sud, mais s'est limitée à 4 sites additionnels, correspondant à environ 80% des patients en file active. Ce choix a été fait pour une utilisation optimale des ressources du projet qui ne permettaient pas de couvrir tous les sites ;
- L'absence d'un appui financier direct au niveau d'un site a entraîné un manque d'intérêt du médecin chargé de la prise en charge des PVVIH qui a considéré n'avoir aucune possibilité d'introduire des changements nécessitant des coûts (relance des irréguliers et recherche des PDV. Malgré la volonté de l'administration de mener l'expérience, l'EAQ ne s'est plus réunie faute de leader technique. Une tentative de relance après concertation avec le MCR de Sédhiou n'a pas permis de relancer la dynamique de l'AmQ ;

- Certaines chartes régionales n'ont pas été partagées avec les prestataires de service. Ces derniers qui n'en avaient pas pris connaissance ont eu plus de difficulté à comprendre la démarche de l'AmQ.

Lors de l'identification du but et des objectifs d'amélioration

- La méthode d'identification des objectifs n'a pas suivi la démarche classique basée sur la mesure de données de base ce qui a eu pour conséquence de travailler sur des objectifs dont le niveau de base était déjà relativement élevé.

Lors de la mise en place du système de monitoring de la qualité

- Certaines équipes ne se sont pas suffisamment familiarisées avec la base de données Excel mise à leur disposition et ont préféré mettre leur données sur un tableau Word. Par ailleurs, la base n'était paramétrée que sur les 12 mois de l'année 2014 ce qui a posé un problème aux équipes des sites de première génération qui continuent de mesurer en 2015 ;
- Les diagrammes fréquence-temps n'étaient pas mis systématiquement à jour par les EAQ en dehors de visites de coaching ;
- Certains sites n'avaient pas de matériel informatique fonctionnel ;
- Certaines EAQ se sont basées sur la maquette Excel de la DLSI à laquelle elles ont ajouté certaines données permettant de mesurer les indicateurs. Toutefois cette dernière ne conservait pas l'historique des données posant ainsi un problème de contrôle de qualité ;
- La mesure des indicateurs ne se faisait pas systématiquement en équipe, mais était déléguée à une personne, variant de 1 à 6 personnes selon les sites ;
- Le contrôle de qualité des données par les coaches n'a pas été systématique et n'a pas toujours été possible par manque de conservation des certains fichiers antérieurs, surtout pour les indicateurs de mesure des patients irréguliers et perdus de vue ;
- Pour un site, les données n'ont pu être validées par l'équipe de FHI 360, l'écart entre les données rapportées et celles existant dans les dossiers et registres étant trop important ;
- D'une manière générale, le nombre d'erreurs se situaient entre 5% et 10% pour les indicateurs de prise en charge précoce et de coinfection VIH/TB ;
- Les EAQ n'interprètent pas spontanément les données.

Lors du test des changements

- Un seul site a réussi à mettre en œuvre systématiquement tous les changements identifiés (CS de Diouloulou). Dans la plupart des autres sites, le niveau de mise en œuvre variait de 50% à 70% pour des raisons diverses : besoin de ressources supplémentaires qui n'étaient pas sous le contrôle de l'équipe (salle de soins supplémentaire, financement pour la recherche de perdus de vue, recrutement de personnel) ; insuffisance de planification précise du test de changement et de suivi/mise en œuvre par les EAQ ; surcharge de travail de l'équipe, notamment pour la recherche des perdus de vue ;

- Les équipes s'orientaient souvent vers des solutions externes en termes de ressources supplémentaires et moins vers les changements de processus sous leur contrôle ;
- Capacité d'analyse limitée des EAQ pour interpréter l'effet d'un changement et décider d'abandonner un changement non efficace. Les EAQ ont tendance à garder tout changement, et le considérer comme positif sans interpréter le résultat du test selon les normes ;
- Les activités de relance des irréguliers n'ont pas été financées régulièrement.

Lors de la mise en place du système de coaching

- Le calendrier de coaching élaboré lors de la formation des coaches a souffert d'un retard important dans sa mise en œuvre dû à une suspension temporaire des activités du projet liée à la disponibilité des financements ;
- Les réunions de coaching internes ont été intégrées dans les réunions de comité médical technique (CMT), ce qui a eu pour conséquence de diminuer la concentration de l'effort sur le cycle d'amélioration ;
- La qualité des sessions de coaching internes n'est pas connue.
- Le soutien aux EAQ a été limité par le nombre insuffisant de personnel technique du projet avec expertise en AmQ.

Lors des sessions d'apprentissage

- Le projet ne connaît pas le niveau d'adoption des meilleures pratiques recommandées ;
- Les MCD, invités, n'ont pas assisté aux sessions d'apprentissage, de même pour certains MCR.

Leçons apprises et recommandations

Les leçons apprises de toute expérience d'AmQ sont très spécifiques du contexte, celui-ci évoluant également avec le temps (politiques de santé, rotation de personnel, leadership, événements affectant les priorités sanitaires, etc.). Les leçons permettent de recommander aux différentes parties prenantes qui souhaitent continuer, étendre et répliquer l'AmQ à d'autres problèmes de santé de tenir compte des meilleures pratiques et d'anticiper les problèmes rencontrés. Les principales leçons sont résumées ci-dessous et exprimées en termes de recommandations.

Recommandations pour la sélection des sites et la mise en place des équipes

- Prévoir une stratégie d'extension à tous les sites dès le départ car la PEC des PVVIH est maintenant décentralisée, pour un impact maximal ;
- Renforcer l'étape de sensibilisation et de plaidoyer pour bien expliquer la démarche AmQ et la valeur ajoutée pour les parties prenantes afin d'identifier les « champions » motivés pour collaborer ;
- Les leaders doivent partager la charte d'AmQ avec tous les membres des EAQ.

Recommandations pour l'identification du but et des objectifs d'amélioration

- Développer des diagrammes de facteurs-clés (« driver diagrams ») influençant la survie des patients (le but) dès le départ, afin de guider l'analyse situationnelle rétrospective par site, de personnaliser les chartes d'AmQ et de prioriser les objectifs d'amélioration ;
- Effectuer, si possible, une mesure rétrospective d'indicateurs de performance afin d'identifier des lacunes dans le système de monitoring et de confirmer ou d'infirmer les données sur la performance des sites.

Recommandations pour la mise en place du système de monitoring de la qualité

- Les EAQ ont besoin d'un soutien important dans la collecte des données et le calcul des indicateurs à travers un mentoring sur site ;
- Les coaches doivent être formés dans le contrôle de qualité des données, pour lequel un outil spécifique doit être développé.

Recommandations pour le test des changements

- Impliquer les comités-santé dans les EAQ pour la mobilisation de ressources supplémentaires ;
- Insister sur le rôle important du coach pour la génération d'idées de changements sous le contrôle et la responsabilité des EAQ ;
- Effectuer une planification rigoureuse des tests de changements, soutenue par les coaches.

Recommandations pour la mise en place du système de coaching

- Institutionnaliser le coaching par les pairs pour refléter une meilleure connaissance des réalités quotidiennes des prestataires de soins ;
- Conduire des visites de coaching fréquentes, au début, par des experts AmQ du projet, sans lesquelles les EAQ livrées à elles-mêmes ne maintiennent pas une dynamique d'amélioration selon le cycle PFEA (PDSA).

Recommandations pour les sessions d'apprentissage

- Certaines difficultés dans la mise en œuvre des changements pourraient trouver une solution si le leadership régional et de district assistait aux sessions d'apprentissage.

La pérennisation des initiatives d'amélioration

L'expérience acquise durant ce Collaboratif a suscité des initiatives spontanées par certaines équipes qui ont compris la valeur ajoutée du modèle d'AmQ dans leur travail quotidien :

- L'équipe de l'UTA de Kolda a démarré un cycle d'amélioration de la PEC des enfants VIH+ ;
- Certaines équipes ont identifié des opportunités d'application de l'AmQ à d'autres services de soins, (maternité, service SR) et émis des idées de projets, tels que :
 - Elaboration d'une checklist pour la consultation des PVVIH et de guides pour l'orientation des stagiaires et des nouveaux médecins ;
 - La prise en charge de la TB (pratique du GeneXpert chez tous les touseurs dépistés grâce au screening, ou dans le PEV) ;
 - Faciliter l'introduction de la nouvelle stratégie du TATARSEN.

Les EAQ ont également proposé des idées pour l'institutionnalisation de l'AmQ :

- Inscrire les activités AmQ dans le Plan de Travail trimestriel (PTT) du district ;
- Assurer la stabilité du personnel formé en AmQ ;
- Discuter des résultats de l'AmQ dans les réunions de coordination.

Cette expérience a renforcé l'importance des facteurs principaux, déjà documentés dans la littérature, qui influencent le succès d'un effort structuré d'amélioration de la qualité à grande échelle :

- La volonté d'améliorer de tous les intervenants, leur acceptabilité de suivre un modèle structuré d'amélioration et l'implication des leaders dans le processus et le soutien aux équipes ;
- La capacité de générer des idées de changements efficaces ;
- La capacité d'exécuter les idées avec fidélité, et de documenter la mise en œuvre par rapport au plan.

Dans ce collaboratif, le niveau de mise en œuvre des changements a été influencé par le niveau d'implication des médecins Chef de district. Cette implication était très variable allant de la participation effective aux activités de coaching à la simple autorisation de mener les activités AmQ sans intérêt réel, en passant par un suivi des indicateurs de temps en temps.

Conclusion

L'utilisation du modèle Collaboratif dans la lutte contre le VIH/SIDA a permis au Sénégal d'acquérir une expérience riche d'enseignements à plusieurs égards :

- Elle a contribué à renforcer la prise en charge précoce des PVVIH : La recherche de la tuberculose chez les PVVIH est désormais systématique, renforçant ainsi la prise en charge de la coïnfection TB/VIH. Les nouveaux processus de recherche des patients perdus de vue et des patients irréguliers ont démontré leur efficacité, influençant positivement le taux de survie à 12 mois ;
- Elle a permis aux parties prenantes de bâtir des capacités dans l'utilisation d'un modèle d'amélioration qui peut être appliqué à de multiples problèmes de prestations de soins, au-delà du VIH/SIDA ;
- Elle a renforcé la culture de travail en équipes, indispensable pour le suivi régulier d'indicateurs de performance, et le partage et l'analyse in-situ des données pour la prise de décision ;
- Elle offre au MSAS une méthodologie pour la réussite de la stratégie TATARSEN qui vise à réaliser la vision des trois « 90 ».

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du Collaboratif sont communes à l'introduction d'une nouvelle approche et les leçons tirées de cet enseignement doivent pouvoir aider le MSAS à adapter ce modèle au contexte du Sénégal et à pérenniser une dynamique d'amélioration des services de santé qui repose sur des méthodes scientifiques modernes.

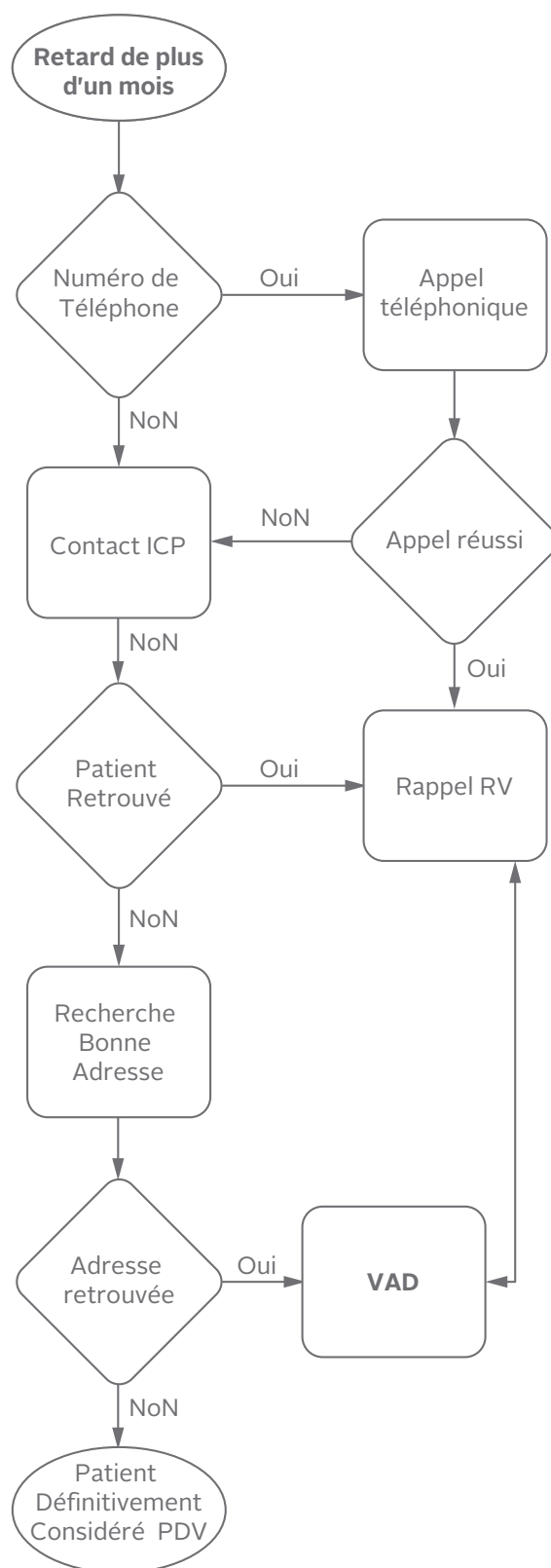
Annexe I : Matrice d'indicateur d'amélioration

Objectif ' d'amélioration : Mettre 100% des patients sous traitement ARV dans les 30 jours qui suivent leur éligibilité d' ici Décembre 2014

NORME		Définition de l' indicateur :					Changements mis en Œuvre					Sites qui ont mis en place les changements				
Tout patient VIH positif éligible aux ARV doit être mis sous traitement au plus tard 30 jours après la date d' éligibilité	Pourcentage de patients VIH+ éligibles ayant été mis sous traitement au plus 30 jours après la date d' éligibilité					(N) : Nombre total de patients VIH+ éligibles au traitement ARV au cours du mois et qui sont mis sous traitement ARV dans les 30 jours suivant la date d' éligibilité					Dans le registre TARV compter tous les patients qui sont éligibles au cours du mois précédant et dont le délai de mise sous traitement ne dépasse pas 30 jours. Les patients VIH+ éligibles aux ARV sont identifiés à partir des registres Pré TARV. La date d' éligibilité est indiquée sur la colonne correspondante					
Mois	janv-14	févr-14	mars-14	avr-14	mai-14	juin-14	juil-14	août-14	sept-14	oct-14	nov-14	déc-14	janv-15	févr-15	mars-15	
Numérateur																
Dénominateur																
N/D x 100																

Annexes

Annexe 2 : Diagramme détaillé du processus de recherche des PVVIH perdus de vue



Annexe 3 : Les Equipes d' amélioration

UTA Ziguinchor

- Dr Alassane Moussa Niang, MCD
- Dr Céline DIENG, MCA de district
- M Ibrahima Ndiaye, Médiateur
- M Abou SANE, Gestionnaire de District
- M Ibra Kambi, Médiateur Membre
- M Ibrahima Bodian, Médiateur / Dispensateur
- M Jacques François SAMBOU, Assistant Social
- M Jean Philippe Diatta, Laborantin
- M Makhtar THIAM, CDT Coach
- M Youssouph Nanco, Infirmier
- Mme Anaïs SENGHOR Médiatrice
- Mme Marie Joe MANE DIATTA, Secrétaire PTA

CS Bounkiling

- Dr Standeur Naby KALY, MCD
- M Cheikh Aidara SANE, Technicien de laboratoire
- M DAFPE, Président Comité de Santé de district
- M Lamine TAMBA, CDT
- M Souleymane DIEDHIOU Superviseur EPS de district
- M Souleymane DIEDHIOU, EPS Coach
- M Théophile Isaac Coly, GDD
- Mlle Aby SAMB, IDE
- Mme Adama DIEDHIOU, Médiatrice
- Mme Arame MBAYE, Coordinatrice SR Point focal PTME
- Mme Dieynaba SANOUO Maitresse Sage-Femme
- Mme Fatou DIEDHIOU, Assistante Sociale Coach
- Mme Fatou DIEDHIOU, Assistante Sociale

CS Bignona

- Dr Assane DRAME, MCD
- Dr Ibrahima Tito TAMBA, Médecin PEC
- Dr Mamadou Lamine SAGNA, MCA
- M Awa SANE, dispensatrice
- M Baye Aly NDIAYE, Médiateur
- M Yaya DIEDHIOU, Assistant social
- Mme Néné DIATTA, Responsable du Laboratoire
- Ndeye Maguette BADJI, CDT

UTA Kolda

- Dr Abdoulaye MANGANE, MCD
- Dr Lamine SENGHOR, MCA
- Dr Thierno Chérif SY, Médecin Coordonnateur de l' UTA Coach
- M Ibrahima SARR, CDT/ dispensateur ARV
- M Mahamady SOUANE, Assistant Social Coach
- Mme Colette KAYOUNGA, Conseillère
- Mme Kamissa BÂ, Médiatrice
- Mme Lamarana DIALLO, Médiatrice
- Mme Mama DIAWARA, Assistante du CDT
- Mme Marie Faye, SENGHOR Dispensatrice ARV Membre de l'équipe
- Mme Oumou NDIAYE, Assistante Infirmière
- Mme Sény FAYE, Agent administration

EPS Sédhiou

- M Cheikh Mbaye SECK, Directeur du CHR
- Dr Kalidou DIEME, Médecin SAU
- Dr Mamadou Lamine, DIA Médecin prise en charge
- Dr Mame NGoné COLY, Pharmacienne chef

- Dr Seydou Nourou Seck, Médecin chef SAU
- Lamine DIEME, Service Social
- M Mamadou Lamine DIEME, Assistant Social Coach
- M Mbaye NGOM, Major SAU
- Mlle Fatou KAMA, SSI et GDD
- Mlle Victorine BATHE, Médiatrice
- Mme Assétou DIARRA, Point focal PTME SFE Coach
- Mme TIDA DIEME, Major du labo

CS Vélingara

- Dr Félix Mignane Diouf MCD
- Dr Goumba LO Méd de PEC
- M Armand Bonaventure MANKABOU Assistant Social
- M James Maurice BASSENE Biologiste et CDT
- M Mamadou MBALLO Aide Labo
- Mme Aida Seck IDE Adjt Major Pav d'hospitalisation
- Mme Gagnessery NIANG SFE et Maitresse SF
- Mme Seynabou SENE Médiatrice

CS Goudomp

- Dr Mouhamadou Moustapha Fall coordonateur
- Dr Malick Anne MCD
- M Vincent Ahmed Gomis Assistant social
- M Mamadou Goudiaby responsable du laboratiore
- Mme Awa Sané CDT
- Mme Fatim Gueye SFE
- Mme Diambogne Ndour Maitresse SF
- Mme Sophie Diandy CSR
- Mme Khady Diarra médiatrice
- M Moussa Diedhiou médiateur
- M Samba Ndiaye Major

CS Sédhiou

- Dr Ababacar MBAYE MCD
- Dr Bou DIARRA MCA
- Dr Abdoulaye SAGNA Médecin traitant
- M Fabrice Jacob SAGNA Dispensateur
- M Makhoudia Seck Infirmier Pavillon
- M Mamadou KOUYATE Médiateur MSM
- M Sadio DEME Assistant Social
- M Yamadou Cissoko Major Centre de Santé
- Mme Dado Niang Infirmière Pavillon
- Mme Gnima Coly Coordinatrice SR
- Mme Gnonkoling Daffe Biologiste
- Mme Kady Sane Biologiste
- Mme Mbayang Diop SFE
- Mme Néné DIASSY Médiatrice PV/VIH
- Mme Rokhaya Gaye SFE

CS Diouloulou

- Dr Jean Jacques Malomar MCD
- Dr Souleymane Sagna MCA
- M Cherif Ibrahima Sane EPS
- M Djibril Sadio Assistant de laboratoire
- M Ibrahima Sonko technicien de laboratoire
- M Patrice Diatta dispensateur
- M Youssoupha Cissé SSP
- Mme Catherine Mendy CSR PTME
- Mme Mariama Fauty Cissé GDD CDT
- Mme Viviane Mandiany IDE

