



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

CESAG SANTE

ANNEE ACADEMIQUE 2014-2015

Mémoire de fin d'études

MBA GESTION DES SERVICES DE SANTE

Option GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

25^e PROMOTION



THEME :

**CONTRIBUTION À LA RETENTION DES PATIENTS DANS LE CADRE DE
LA PRISE EN CHARGE CLINIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH
DANS LE SECTEUR DE LA MEDECINE PRIVEE :**

CAS DE LA POLYCLINIQUE CENTRALE D'ABOBO EN COTE D'IVOIRE

Présenté par :

KONE DATOLO

Stagiaire CESAG-Dakar

Dirigé par :

Pr PAPA NDIAYE

Enseignant associé du CESAG-Dakar

Janvier 2017

ABRÉVIATIONS, SIGLES

| | |
|-----------------|--|
| ACPCI | : Association des cliniques privées de Cote d'Ivoire |
| ANRS | : Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales |
| ART-LINC | : Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries |
| ARV | : Antirétroviral |
| CD | : Conseil et Dépistage |
| CEDEAO | : Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest |
| CESAG | : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion |
| CHU | : Centre Hospitalier universitaire |
| CIMLS | : Comité Interministériel de Lutte contre le Sida |
| CNLS | : Conseil National de Lutte contre le Sida |
| CNTS | : Centre National de Transfusion Sanguine |
| COREVIH | : Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (France) |
| CPN | : Consultation Périnatale |
| CTAIL | : Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives locales |
| CTX | : Cotrimoxazole |
| DEPS | : Direction des établissements et des professions sanitaires |
| DGS | : Direction Générale de la Santé |
| DPPEIS | : Direction de la prospective, de la planification, de l'évaluation et de l'information sanitaire |
| EDSCI | : Enquête démographique et santé-Cote d'Ivoire |
| EGPAF | : Elizabeth Glaser pediatric aids foundation |
| HFG | : Health Fiance & Governance |
| ICA | : Institut de Cardiologie d'Abidjan |
| ICAP | : International Center for AIDS Care and Treatment Programs |
| IMC | : Indice de masse Corporelle |
| INHP | : Institut National d'Hygiène Publique |
| INSP | : Institut National de la Santé Publique |
| IOs | : Infections Opportunistes |
| IRF | : Institut Raoul Follereau |
| ISF | : Indice Synthétique de Fécondité |
| LNSP | : Laboratoire National de la Santé Publique |
| MBA GSS | : Master of Business Administration, Gestion des services de Santé |
| MSF | : Médecin Sans Frontière |
| MSLS | : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida |
| NPSP | : Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique |
| OBC | : Organisation à Base communautaire |
| OEV | : Orphelins et enfants Vulnérables |
| OMS | : Organisation mondiale de la santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| ONUSIDA | : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida |
| PCR | : Polymerase Chain Reaction |
| PEC | : Prise en charge |
| PEPFAR | : President's Emergency Plan for AIDS Relief |

| | |
|----------------|--|
| PIB | : Produit intérieur Brut |
| PMO | : Partenaire de mise en œuvre |
| PNLS | : Programme Nationale de Lutte contre le Sida |
| PTME | : Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PV VIH | : Personne Vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine |
| QQOQCPC | : Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi, Combien |
| RGPH | : Recensement Général de la population et de l'Habitat |
| SAMU | : Service d'Aide Médicale d'Urgence |
| SHOPS | : The Strengthening Health Outcomes through the Private Sector |
| TARV | : Traitement Antirétroviral |
| TBN | : Taux Brut de Natalité |
| USAID | : United States Agency for International Development |
| VIH | : Virus de l'immunodéficience humaine |

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1: Pyramide Sanitaire de la Cote d'Ivoire | 8 |
| Figure 2: Evolution du taux de réalisation de la PCR et résultats de 2011 à 2014..... | 11 |
| Figure 3: Localisation de la PCA..... | 18 |
| Figure 4: Organigramme de la PCA | 19 |
| Figure 5: Circuit du patient a la PCA..... | 0 |
| Figure 6: Carte de la mortalité du VIH de 1990 à 2016 dans le monde | 42 |
| Figure 7: Cadre du devenir du patient VIH..... | 47 |
| Figure 8: Diagramme d'Ishikawa | 43 |
| Figure 9: Histogramme d'estimation des causes du problème..... | 49 |
| Figure 10: Courbe ABC des causes du problème | 49 |
| Figure 11: Courbe d'évolution des patients dépistés de 2014 à 2016 | 51 |
| Figure 12: Courbe des patients selon l'âge | 51 |
| Figure 13: Histogramme des patients dépistés selon l'année et le sexe | 52 |
| Figure 14: Histogramme des proportions des patients dépistés selon le sexe et l'année..... | 53 |
| Figure 15: Courbe d'évolution des patients dépistés positifs de 2014 à 2016 | 53 |
| Figure 16: Graphique des patients dépistés positifs et taux de séropositivités selon le sexe..... | 54 |
| Figure 17: Histogrammes des patients dépistés et des positifs identifiés selon le groupe d'âge | 54 |
| Figure 18: Evolution de l'âge moyen des patients dépistés positifs selon le sexe de 2014 à 2016..... | 55 |
| Figure 19: Histogramme de l'enrôlement des patients positifs dans le traitement ARV..... | 57 |
| Figure 20: Histogramme du taux d'enrôlement selon le sexe | 57 |
| Figure 21: Histogramme de l'enrôlement des femmes enceintes dépistées positives | 58 |
| Figure 22: Histogramme du devenir des patients sous ARV | 59 |
| Figure 23: Histogramme des causes des patients perdus..... | 59 |
| Figure 24: Répartition des enquêtés par sexe | 61 |
| Figure 25 Répartition des enquêtés par groupe d'âge | 61 |
| Figure 26: Répartition des enquêtés par niveau d'instruction..... | 62 |
| Figure 27: Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial | 62 |
| Figure 28: Répartition des enquêtés par assurés et non assurés | 63 |
| Figure 29: Répartition des patients selon qu'ils aient ou pas informés leur conjoint | 63 |
| Figure 30: Répartition des enquêtés selon la commune de résidence | 64 |
| Figure 31: Répartition des enquêtés selon le type de VIH..... | 64 |
| Figure 32: Répartition du VIH selon la catégorie OMS..... | 65 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Pondération des causes par les acteurs | 48 |
| Tableau 2: Priorisation des causes | 48 |
| Tableau 3: Paramètres de l'âge des patients conseillés et dépistés par sexe | 52 |
| Tableau 4: Comparaison de l'âge selon le sexe des patients conseillés et dépistés..... | 52 |
| Tableau 5: Croisement du sexe des patients conseillés et dépistés et de la sérologie | 54 |
| Tableau 6: Comparaison entre le sexe et la sérologie des patients conseillés et dépistés | 55 |
| Tableau 7: Perception de la qualité du service par les patients | 67 |
| Tableau 8: Normes sociales sur le Vih..... | 69 |
| Tableau 9: Norme de pondération des critères | 73 |
| Tableau 10: Pondération des solutions, matrice des critères..... | 73 |
| Tableau 11: Définition des indicateurs..... | 76 |
| Tableau 12: Cadre logique..... | 80 |
| Tableau 13: Matrice d'action | 82 |
| Tableau 14: Budget détaillé | 83 |
| Tableau 15: Diagramme de Gantt | 83 |
| Tableau 16: Calendrier de suivi et évaluation du plan d'action..... | 84 |

DEDICACES

Je dédie le présent rapport à mes défunts parents :

A mon feu père KONE MINTA décédé en 2008, tu as été (et tu demeures) pour nous avec mes frères et sœurs la boussole, la source de notre honnêteté et de l'intégrité. Tu as été également pour tout ton entourage l'école où on enseigne la responsabilité, le courage, le sacrifice et la foi en un avenir radieux. Merci de nous avoir inculqué toutes ces valeurs qui se sont révélées capitales pour vivre une vie saine et heureuse.

A ma regrettée mère COULIBALY KLINTIO décédée en 2003, avec toi, on n'a manqué de peut-être de bien matériels, mais jamais d'amour. Source inépuisable d'amour, de générosité, de douceur, tu as bien pris soins de nous... Tu vois aujourd'hui ton vœux se réalise... Grace à Dieu et vos bénédictions, tous avons grandi et chacun devient autonome,

A mon grand frère aîné, enlevé auprès de notre affection trop tôt en 2005, notre ethnie te nomme « naleh », grand frère qui renvoie à ma ressemblance, mon miroir et mon modèle. Si je pousse un pas après l'autre, c'est pour que tu sois fier de moi. Je l'ai été tellement de toi, de ta crainte en Dieu, de ton intelligence, de ton humilité, de ta générosité... Tu rêvais tellement grand pour tes petits frères, particulièrement pour moi qu'après chaque effort, la question constante dans ma tête qui ne cesse de trotter toujours « aurait-il accepté que je m'arrête ici ? », tu sais la réponse est toujours « non », alors je pousse encore.

QU'ILS SOIENT HONORÉS PAR CE DIPLÔME !!!!!

REMERCIEMENTS

Nous remercions et sommes très reconnaissant des efforts consentis par notre directeur de Mémoire. Dr Papa NDIAYE, patient et très compréhensif, malgré la distance et les difficultés, nous a soutenus dans l'élaboration de ce rapport. Monsieur le professeur soyez béni et que Dieu vous le rende au centuple.

Nos remerciements vont à l'endroit de la prestigieuse école du CESAG avec, en tête, son Directeur Dr BAIDARI Boubacar, le directeurs de l'institut de santé Dr AMANI KOFFI, le corps professoral, et toute l'administration du CESAG pour nous avoir encadré. C'est un honneur d'avoir bénéficié d'une des meilleures formations du continent.

Nous remercions l'Etat de Côte d'Ivoire à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, et tous ses services que sont le cabinet du ministre, l'ex DIPE, la DRH, et la DFR, pour nous avoir donné l'autorisation de mise en stage. Aussi, nous n'oublierons jamais les biens faits du Directeur de la DIPE Dr Pongathié Adama Sanogo, pour avoir prospecté et plaidé pour un appui financier de notre formation.

Nous remercions bien sûr l'AFD, le C2D santé avec, à sa tête, le Directeur coordonnateur Mamadou Kone et ses collaborateurs qui ont accordé l'appui financier.

Aussi, nos remerciements vont à l'endroit de Abt Associates depuis le siège à Washington, et son personnel Bettina Beurner et Erin Mohebbi et le bureau D'Abidjan Dr Kouakou Alphonse Directeur pays, notre maitre de stage, pour nous avoir permis de faire le stage dans leur illustre entreprise.

Nous sommes reconnaissant également de la disponibilité et de l'appui de la Polyclinique centrale d'Abidjan, du groupe de travail créée à l'occasion, avec mention spéciale à l'honorable Dr Ahui Anwanzi et Eyakou Mathieu, respectivement propriétaire/Député et chef du service informatique de la PCA

Je ne saurais terminer sans citer notre famille, nos frères, nos sœurs, nos amis, nos collègues, la 25^e promotion de MBA GSS, et toutes nos connaissances qui ont lu, ou encouragé à réaliser ce rêve.

INTRODUCTION

Selon les statistiques de l'ONUSIDA¹, en 2014, 36,9 millions de personnes vivaient avec le VIH dont moins de la moitié soit 15, 8 millions étaient sous traitement. La même année, le monde a enregistré 2 millions de nouvelles infections et 1,2 millions de décès liés au VIH. Ces statistiques inacceptables interpellent toute la communauté internationale sur les stratégies et actions à mettre en place pour endiguer le VIH. La Côte d'Ivoire, avec une prévalence de 3.2 selon l'EDS 2012, reste l'un des pays les plus infectés de la sous-région ouest africaine.

Dans le cadre de notre formation en vue de l'obtention du MBA en Gestion des Services de Santé / Option Gestion des Programmes de Santé, au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG), Etablissement Privé International spécialisé en gestion, l'étudiant est amené à réaliser un stage soldé d'un mémoire. Lequel mémoire permet de valider des connaissances, acquérir une compétence et une expérience professionnelles. Il permet également d'apprendre à organiser son travail, résoudre des problèmes réels avec les méthodes, outils et connaissances acquises.

Nous avons souhaité réaliser notre stage dans une institution répondant aux enjeux de la lutte contre le VIH, et qui favorise l'expression des compétences de managers des services de santé.

Convaincu que le secteur public de la santé est à saturation et qu'une offre de service dans le secteur privé est la réponse adéquate pour l'accès universel aux services de soins VIH, nous avons opté pour travailler dans le *Private Sector Health Project (PSHP)*. Il s'agit d'un projet innovateur, car le seul en Afrique occidentale à offrir les services de santé VIH gratuitement à la population dans un milieu privé à but lucratif.

Aussi, Abt Associates étant leader dans le monde en matière de recherche et de mise en œuvre de programme en santé, nous avons voulu travailler dans cette structure pour apprendre leurs méthodes. Au cours de notre stage, il a été question de contribuer à l'amélioration du suivi des Patients VIH dans la clinique centrale d'Abobo. Le problème de perte de patients a été identifié, pour que notre

¹ Le sida en chiffre, ONUSIDA 2015

contribution y soit apportée. Au cours de plusieurs rencontres avec les gestionnaires de l'activité dans la clinique, nous avons identifié le problème majeur puis, nous avons pu établir les causes, les analyser, les valider, rechercher les meilleures solutions pour diminuer considérablement le phénomène. Conformément donc à ces étapes, le présent rapport s'articule autour de deux parties. La première partie avec deux chapitres concernera l'analyse situationnelle (externe et interne) et le cadre théorique de notre rapport. La deuxième partie traitera, dans deux chapitres également, de la méthodologie utilisée et de la résolution du problème.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RESUME

Le VIH est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. En 2014, un million deux cent mille personnes décédaient pour cause du VIH. La Côte d'Ivoire avec une prévalence de 3.2% en 2012 est l'un des pays les plus touchés de l'Afrique Occidentale.

Dans le cadre de la prise en charge du VIH, le ministère en charge de la santé en Côte d'Ivoire a bénéficié du financement de USAID/PEPFAR pour l'extension des services VIH au secteur privé. Ce projet dénommé PSHP (Private Sector Health Project) est mis en œuvre par Abt Associates en collaboration avec l'association des cliniques privées de Côte d'Ivoire.

Nous avons réalisé notre stage dans la polyclinique Centrale d'Abobo couverte par PSHP. L'objectif de ce stage était de contribuer à l'augmentation de la rétention des patients VIH dans le circuit des soins.

La méthodologie recherche-action a été utilisée. Elle a été participative et par consensus avec les acteurs clés. Il s'est agi dans un premier temps de mettre en place une équipe de travail composée du médecin résident point focal du VIH, le gynécologue, la sage-femme, le qualificateur et le gestionnaire de base de données de la clinique. Ensuite plusieurs rencontres d'échanges ont eu lieu avec ce groupe de travail. La première rencontre a traité de l'analyse du problème et la deuxième de la recherche des causes par vote pondéré des membres du groupe de travail. Enfin, une enquête en vue de la validation de ses causes a été réalisée auprès de 58 patients VIH suivis dans la clinique. Les dernières rencontres avaient pour objectif de solutionner les causes avec une matrice multicritères et le vote des membres du groupe de travail. Ensuite rendre opérationnelles les solutions par une planification. Par ailleurs, chaque rencontre était précédée d'une revue de la littérature.

Les résultats des votes pondérés ont indiqué comme cause principale des attritions des patients le comportement du prestataire à 45%. Ensuite, la validation auprès des patients VIH a corroboré ces résultats en donnant d'avantages d'informations. Ainsi, 58% des patients dépistés VIH+ n'étaient pas enrôlés après le dépistage, 33% des patients enrôlés sont perdus dans les soins, l'attente principale des patients était la confidentialité de l'information médicale.

Enfin deux solutions retenues ont été planifiées, il s'agit du renforcement des capacités du personnel (en counseling, en confidentialité en milieu médicale, à la non-stigmatisation et à la non-discrimination) et la mise en place de la coordination interne et le suivi des activités de la clinique.

CESAO BREVIO THEQUE

PARTIE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

1.1 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

1.1.1 PRESENTATION DE LA COTE D'IVOIRE

1.1.1.1 Géographie

Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre les 10^{ème} et 4^{ème} degrés de latitude Nord, les 4^{ème} et 8^{ème} degrés de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée : au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana, et au Sud par le Golfe de Guinée. La capitale politique est Yamoussoukro située au centre du pays à 248 km d'Abidjan, la capitale économique, située au sud du pays. Cette position géographique explique les variations climatiques et les types de végétation. Classiquement, quatre (4) saisons se succèdent, une grande et une petite saison des pluies, une grande et une petite saison sèche. Les deux principaux types de végétation sont la forêt au sud et la savane au nord.

1.1.1.2 Démographie

La population de la Côte d'Ivoire est estimée, selon le RGPH 2014, à 22 671 331 habitants. Le dynamisme démographique se caractérise par une fécondité forte et précoce avec un Taux Brut de Natalité (TBN) estimé à 37 naissances pour 1 000 individus. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) y est estimé à 5,0 enfants par femme. Plus de 43 % de la population à moins de 15 ans. L'urbanisation est très forte avec un taux estimé à 48 % en 2006. Carrefour d'échanges économiques et culturels par sa situation géographique et historique, la Côte d'Ivoire connaît une forte immigration.

1.1.1.3 Système politique

La Côte d'Ivoire est une république avec un régime démocratique de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique dans la sous-région et en Afrique, elle a traversé une série de crises sociopolitiques ces deux dernières décennies : 19 septembre 2002 et 28 novembre

2010, après les élections présidentielles. Ces différentes crises ont eu pour conséquence la destruction des infrastructures et le pillage du matériel.

1.1.1.4 Economie

Au plan économique, les progrès réalisés depuis l'année 2011, durant laquelle le PIB était en forte régression (-4,7 %), sont incontestables. En effet, selon le site de la Banque Mondiale², le taux de croissance s'est établi à 10,7% en 2012, puis 8.9% en 2013, 8.5% en 2014, 9.2% en 2015. En moyenne, sur la même période 2012-2015, l'inflation est estimée à 1,46% ; soit moitié moins que la norme de l'UEMOA fixée à 3% contre 4,9% en 2011. L'économie de la cote d'ivoire a l'une des croissances les plus élevées dans le monde depuis 2012.

1.1.1.5 Education

Pour l'Education, le Taux Brut de Scolarisation (TBS) dans le primaire s'est établi à 94,7% en 2014 contre 76,2% en 2008. De même, le Taux Net de Scolarisation (TNS) dans le primaire a connu une amélioration passant de 56,1% en 2008 à 72,9% en 2013.

1.1.1.6 Santé

Concernant la santé, selon L'EDSCI 2012, l'espérance de vie à la naissance est de 53,1 ans ; et la prévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans est de 3,7%. Elle est plus élevée chez les femmes (4,6%) que chez les hommes (2,9%). En 2005, elle était de 4,7% (6,4% chez les femmes et 2,9% chez les hommes). Elle augmente avec l'âge, aussi bien chez les femmes que les hommes. Faible chez les personnes âgées de 15 à 19 ans (moins de 1%), elle atteint 8% chez celles âgées de 45 à 49 ans. Aussi, la prévalence du VIH est plus élevée en milieu urbain (4,3%) qu'en milieu rural (3,1%). Les régions ayant les plus fortes prévalences sont la ville d'Abidjan (5,1%), le Centre-Nord (4,4%), le Sud-Ouest (4,3%) et le Centre-Est (4,0%) Elle est très élevée parmi les veuves (17,3%) et les séparées/divorcées (8,0%). Dans 1,9% des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 5,4% des couples, un seul des conjoints est séropositif, soit la femme (2,6%), soit l'homme (2,8%).

² (<https://donnees.banquemondiale.org/pays/cote-d%27ivoire>)

1.1.2. SYSTÈME DE SANTE IVOIRIEN

Le système de santé de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec deux versants : un versant administratif et un versant offre de soins. Chaque versant comprend trois niveaux et des composantes correspondant à chaque niveau.

1.1.2.1 Versant administratif

Le niveau central comprend le Cabinet du Ministre, les services rattachés au Cabinet, la Direction Générale, 11 Directions Centrales, 13 Etablissements Publics Nationaux, et 21 programmes.

Le niveau intermédiaire correspond aux Directions régionales, au nombre de 20, chargées de coordonner les activités des services de santé implantés dans leur ressort.

Le niveau périphérique est représenté par 82 districts sanitaires qui constituent le niveau opérationnel du système. A chaque district sont rattachées des structures sanitaires de premier niveau et un hôpital de référence pour la mise en œuvre des soins de santé primaires.

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle pour la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires. Cette unité opérationnelle, qui constitue le niveau périphérique de la pyramide sanitaire, comprend des établissements sanitaires de base appelés établissements sanitaires de premier contact et un hôpital de référence.

1.1.2.2 Versant offre de soins

Le premier niveau, point d'entrée dans le système, est constitué d'établissements sanitaires de premier contact que sont les centres de santé (urbains et ruraux), les formations sanitaires urbaines, et les hôpitaux généraux de districts des cabinets médicaux, il comprends également les cliniques privées, les cabinet médicaux et les structures para médicaux et les officines privées. Le deuxième niveau est constitué d'établissements sanitaires de recours pour la première référence (centres hospitaliers régionaux et polyclinique de niveau 1).

Le troisième niveau comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence. Ce niveau comprend les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau (IRF),

l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP), le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP), le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et les polycliniques de niveau central.

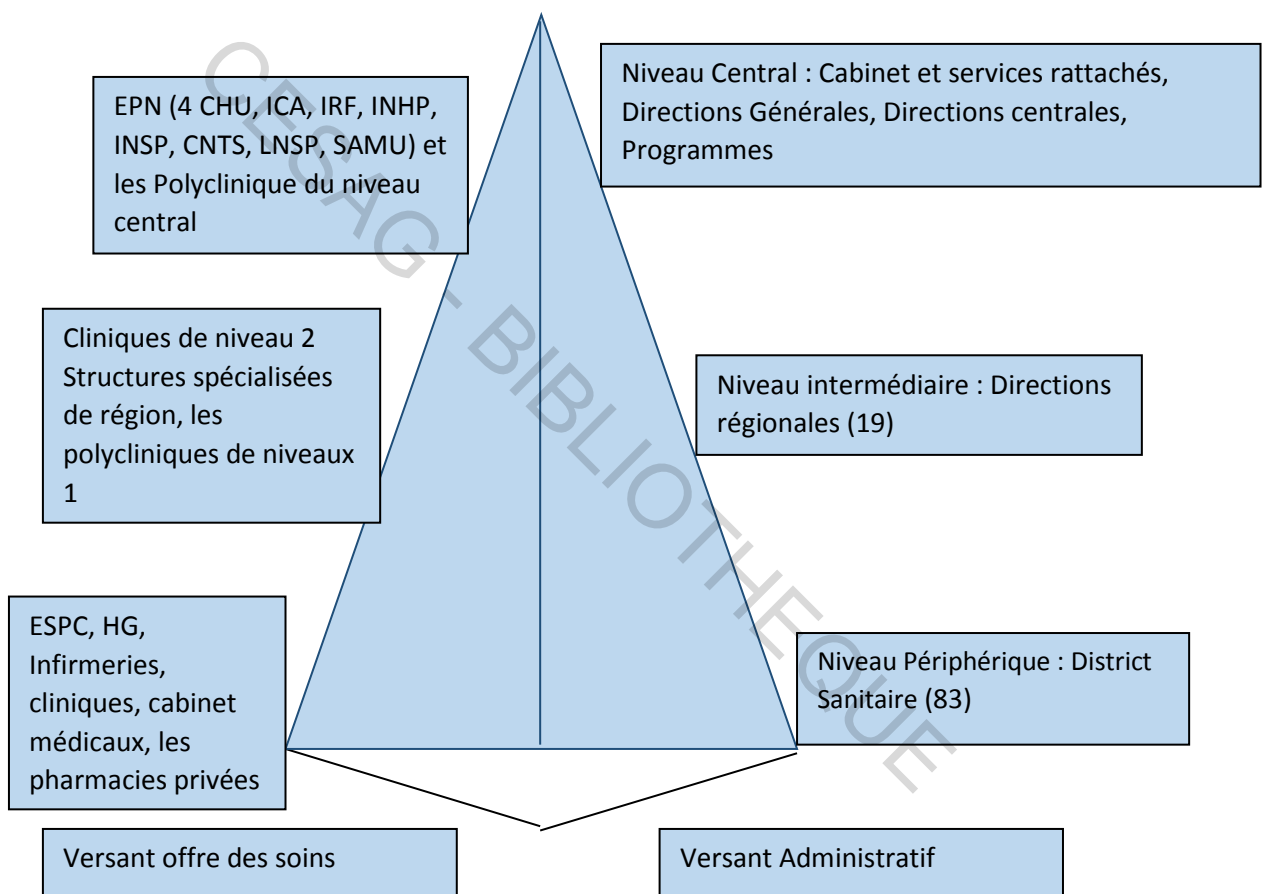


Figure 1: Pyramide Sanitaire de la Côte d'Ivoire

1.1.3 POINT SUR LA LUTTE CONTRE LE VIH

Dès l'inscription du VIH sida dans sa liste des problèmes de santé publique, la Côte d'Ivoire a pris des dispositions en vue de lutter contre la pandémie au plan institutionnel. Le pays est l'un des premiers de l'Afrique Subsaharienne à créer un département ministériel dédié à la lutte contre le Sida. La coordination est organisée en plusieurs niveaux : Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) est présidé par le Chef de l'État avec, pour Secrétariat Technique, le Ministère de la Lutte contre le Sida. Ce Conseil a un rôle d'orientation politique et stratégique. Le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS), présidé par le Premier Ministre, coordonne l'activité gouvernementale en matière de lutte contre le Sida. Le Forum des partenaires est coprésidé par le Ministre de la lutte contre le Sida et le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique. Les Comités déconcentrés et décentralisés assurent la coordination des interventions de lutte contre le Sida au niveau local (régions, départements, communes, villages). Ces Comités bénéficient de l'appui technique des Cellules Techniques d'Appui aux Initiatives locales (CTAIL) créées dans 15 régions. Par ailleurs plusieurs programmes ont été créés pour lutter contre le Sida. En faveur de la réforme du ministère en 2014, elles ont été fusionnées pour donner le Programme Nationale de lutte contre le Sida.

Par ailleurs, en Côte d'Ivoire, la lutte contre le Sida bénéficie de l'appui considérable des partenaires internationaux. En effet, selon le REDES 2012-2013, 86% des financements proviennent des fonds internationaux. Et le Gouvernement Américain, à travers le programme PEPFAR, est la source principale de ces ressources (88% des fonds internationaux) des interventions de lutte contre le Sida. Il représente le premier partenaire financier de la Côte d'Ivoire. En plus du PEPFAR, il faut noter la présence du Système des Nations Unies dont les actions de lutte contre le Sida sont coordonnées par l'ONUSIDA. Comme autre partenaire important, il faut aussi mentionner la Banque Mondiale.

Aussi, la forte implication de la société civile (avec les réseaux des ONG et OBC, et les collectivités locales) et du secteur privé qui ont contribué à l'infléchissement de la prévalence.

1.1.3.1 Forces

La synergie d'actions des acteurs du système de santé a parmi d'avoir des résultats probants.

- Disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité satisfaisante : 1 médecin pour 7232 habitants, 1 infirmier pour 2 910 habitants et 1 sagefemme pour 1990 femmes en âges de procréer (15-49 ans).
- Distribution de condom : 26 319 864 condoms ont été distribués en 2015.
- Conseil et dépistage : La couverture du service conseil et dépistage est passée de 1 169 en 2013 à 1 549 en 2015. Le nombre de personnes dépistées sur la même période est passé de 1 380 315 à 1 727 605 ; soit un taux de croissance de 25%. Le nombre de personnes dépistées positives, sur la même période, est passé de 76 500 à 59 079.

- PTME :

Le nombre de sites offrant ces services est passé de 316 en 2007 à 1405 en 2015.

La cascade de la PTME s'est améliorée de 2010 à 2014 selon le rapport de « *analyse de l'efficacité des programmes de prise en charge (PTME, ARV, OEV) en termes de couverture, utilisation des services, et atteinte des cibles en s'aidant de la triangulation des données et la cartographie* » réalisé en 2016 par Measure Evaluation. En effet, le nombre de Femmes en CPN1 est passé de 737 992 à 831 917 ; pour la même période le nombre femmes enceintes conseillées et dépistées est passé de 642 102 à 848 841, et le nombre de femmes enceintes dépistées VIH+ est passé de 20 893 à 13 291. En somme, ont été dépistées plus mais trouvées moins de femmes enceintes positives

Pour la PCR, les efforts de 2011 à 2014 se perçoivent à travers la figure 2. Malgré l'augmentation du taux de réalisation de la PCR sur la période on constate une chute de la proportion des PCR positives passant de 23% en 2011 à 6% 2014.

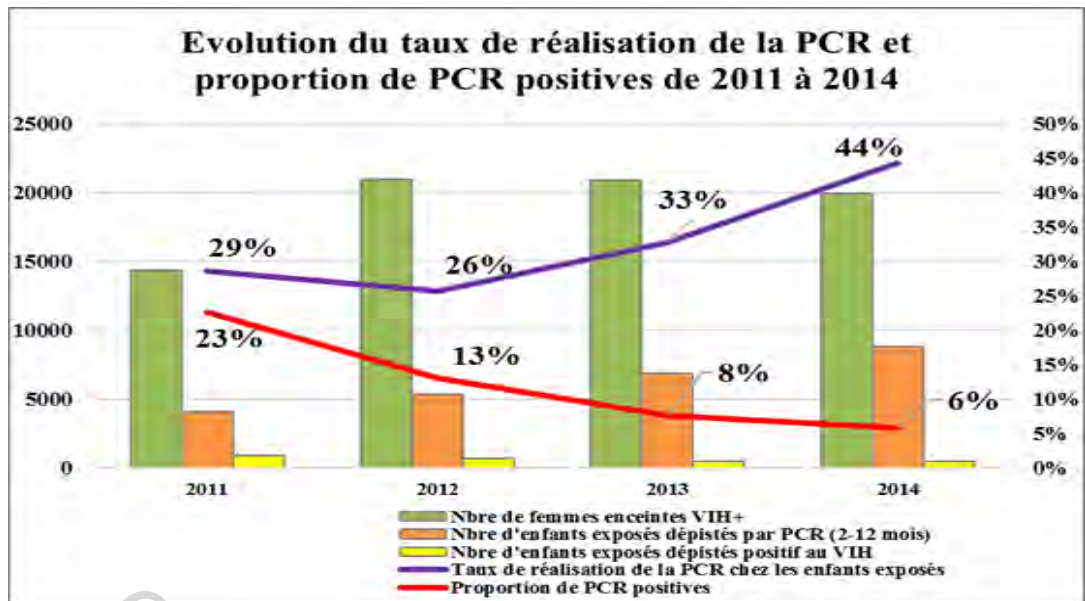


Figure 2: Evolution du taux de réalisation de la PCR et résultats de 2011 à 2014

Source : Rapport d'analyse de l'efficacité des programmes de prise en charge 2016 (PTME, ARV, OEV) en termes de couverture, utilisation des services, et atteinte des cibles en s'aidant de la triangulation des données et la cartographie.

Au niveau du traitement, on note une amélioration de l'accès au traitement ARV et de la prise en charge des Infections Opportunistes (IOs). Le nombre de sites offrant le traitement ARV est passé de 599 en 2013 à 806 en 2015 soit une croissance de 34.56%. On note également une augmentation continue du nombre de personnes sous traitement ARV durant la période. Le nombre de personnes sous ARV est passé de 123 692 en 2013 à 158 002 en fin 2015.

Pour les orphelins et enfants vulnérables (OEV) du VIH/Sida, ce sont les $\frac{3}{4}$ des OEV identifiés que le programme OEV a pris en charge en 2015.

1.1.3.2 Faiblesses

Des déficiences transversales sont observées au niveau des activités.

Le problème de la prévention se trouve dans la sous-utilisation des services disponibles. En effet, on enregistre la fréquentation irrégulière des CPN par les femmes enceintes, seulement 38% des femmes enceintes attendues ont effectué au moins 4 CPN en 2014 (RASS 2015). Et selon l'enquête sur les indicateurs du Sida 2005, moins de 10% de la population a fait un test de dépistage du VIH en 2005.

Au niveau thérapeutique, malgré la gratuité des ARV depuis 2008, ce sont plus de 37 000 attritions qui sont enregistrées chaque année.

1.1.3.3 Opportunités

La lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire s'inscrit dans un environnement macro favorable. En effet, tous les acteurs internationaux sont mobilisés pour l'infléchissement de la maladie. On note l'engagement de l'ONUSIDA à affaiblir le VIH/Sida, à l'horizon 2020, à travers ses objectifs ambitieux 90-90-90. Aussi, l'engouement des Bailleurs de fonds dans le financement de la lutte, notamment du PEPFAR et de la Banque Mondiale est appréciable.

1.1.3.4 Menaces

Au titre des menaces, on note l'instabilité du pays fragilisé par des crises politico-militaires à répétitions. L'addiction du financement des Bailleurs de fonds constituent également une menace.

1.2 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE

1.2.1 PRESENTATION DU PROJET PSHP

1.2.1.1 Introduction

Créer en 1965 par Clark Abt et un groupe de scientifiques d'ingénieurs, et des éducateurs, ABT ASSOCITES est présent dans près de 40 Pays dans le monde (dont la Côte d'Ivoire), faisant de lui, l'un des leaders mondiaux dans la recherche interdisciplinaire des sciences sociales. En Côte d'Ivoire, Abt Associates œuvre dans trois projets :

Le projet de Plateforme commerciale, *Trade Hub* est un projet qui vise à encourager et impulser les échanges commerciaux dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest.

Le projet de gouvernance et financement de la santé *Health financing and governance (HFG)* consiste à renforcer les systèmes de santé au plan institutionnel.

Le projet de santé dans le secteur privé / *Private Sector Health Project (PSHP)* bénéficie du financement principal du PEPFAR à travers USAID pour la prise en charge des patients VIH dans le secteur privé. Elle a débuté en août 2014 par un projet pilote dénommé SHOPS (***Strengthening Health Outcome through the Private Sector***) dans 15 cliniques d'Abidjan. Les domaines programmatiques du projet couvrent la planification familiale, le conseil et le dépistage, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, les soins et le traitement ARV. En janvier 2016, le projet PSHP a été mise en place pour une durée de 5 ans dans la continuité de la phase pilote, avec une extension à 18 nouvelles cliniques dont 6 dans la ville de Yamoussoukro. C'est un projet innovateur car jusque-là l'activité de prise en charge était dévolue au secteur public.

1.2.1.2 Objectifs de PSHP

L'objectifs de PSHP est d'étendre l'accès et d'assurer la qualité des services intégrés VIH/PF dans le secteur privé à but lucratif. Cet objectif se décline en 4 composantes :

- Composante 1 : Assurer la disponibilité de service VIH (prévention, soins et traitement) dans les cliniques privées ;
- Composante 2 : Créer un environnement propice à l'optimisation de la prévention, des soins et du traitement du VIH en renforçant la capacité des plateformes public-privées ;
- Composante 3 : Mener des activités de création de la demande pour accroître l'utilisation des services VIH, PF et d'autres services de santé et améliorer le dispositif contre les menaces des maladies émergentes ;
- Composante 4 : Renforcer les capacités de prestation des services de PF du secteur privé.

1.2.1.3 Acteurs et rôles

1.2.1.3.1 PEPFAR/USAID-CI

Le PEPFAR/USAID-CI est l'institution de financement de projet. Son rôle dans la mise en œuvre du projet est de financer et de suivre l'état d'avancement des activités.

1.2.1.3.2 Comité de Pilotage

Le Comité de Pilotage est dirigé par la Direction Générale de la Santé (DGS). Il comprend la NPSP, la DPPEIS, le PNLS, la DEPS, USAID, Abt-Associates et ACP-CI. Il a pour mission d'assurer le suivi stratégique du projet et donner des orientations. Il est prévu une réunion par trimestre dans son fonctionnement.

1.2.1.3.3 Abt Associates/PSHP

Abt est la structure de mise en œuvre du projet

Le personnel du projet est composé de :

- Un Directeur pays
- Un conseiller technique principal
- Des conseiller techniques (clinique, suivi évaluation, PF/PTME)
- Des consultants assistants aux conseillers techniques (1 labo, 3 S&E, 1 clinique)
- Une directrice des opérations (administratives et financières)
- Une assistante financière
- Un chargé des achats
- Deux assistantes administratives
- Un chauffeur
- Deux agents d'hygiène

Dans le cadre du projet, cette équipe a plusieurs missions :

- Assurer le suivi de la mise en œuvre harmonieuse des activités ;
- Organiser des rencontres avec les PMO et faciliter les échanges et le partage de pratiques entre les membres du réseau ;
- Rendre compte régulièrement de l'état d'avancement et des progrès à la mission USAID/CI ;
- Coordonner les activités de formation, supervision et appui des cliniques ;
- Coordonner la mise en place, le suivi et l'évaluation du réseau ;
- Coordonner les formations ;
- Assurer la supervision et le suivi des services ;
- Assurer la formation des prestataires en prévention et en prise en charge.

1.2.1.3.4 Association des cliniques privées de Côte d'Ivoire (ACP-CI)

Créée le 23 mars 1991, l'association des cliniques privées de Côte d'Ivoire est une association à but non lucratif regroupant la majorité des cliniques privées du pays. Elle a pour mission la défense et la protection des intérêts professionnels, matériels et moraux des établissements membres, grâce à une médecine de qualité et indépendante.

Dans le cadre du projet SHOPS, elle est chargée :

- d'assurer le plaidoyer auprès des prestataires et responsables de clinique ;
- de proposer des stratégies pour la pérennisation du réseau.

1.2.1.3.5 Directions des districts de santé

Le district de santé est la direction opérationnelle en charge de la mise en œuvre de la politique de santé dans le système ivoirien et selon l'approche district. Les fonctions attribuées aux districts sont de deux ordres :

- Approvisionner les cliniques en ARV, CTX et intrants ;
- Superviser les activités dans les cliniques privées.

1.2.1.3.6 Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS)

Créer en 2014, à la suite de la réforme entreprise du Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida, le PNLS est chargé de coordonner toutes les activités de lutte contre le Sida. A ce titre, il a, pour le compte du projet, trois principales missions :

- Attribuer les accréditations et autres autorisations aux cliniques pour l'offre de services en matière de VIH/SIDA (certification des formations, etc.) ;
- Coordonner, en collaboration avec Abt Associates, les activités de formation ;
- Mettre à disposition les nouvelles directives de traitement.

1.2.1.3.7 Direction de la prospective, de la planification, de l'évaluation et de l'information sanitaire (DPPEIS)

Sur le plan institutionnel, la Direction de la prospective, de la Planification, de l'évaluation et de l'information sanitaire assure le leadership de l'information sanitaire en Côte d'Ivoire. Cela se traduit par les missions définies dans le décret n° 2014 -554 du 1^{er} octobre 2014, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida. Dans le cadre de la mise en œuvre de projet, la DPPEIS a cinq principales missions :

- Assurer la formation sur le système d'information sanitaire ;

- Attribuer les numéros d'identifications aux cliniques ;
- Déployer le logiciel SIGDEP ;
- Participer aux missions de supervisions ;
- S'assurer de la qualité et de la remontée des données.

1.2.1.3.8 Partenaires de mise en œuvre (PMO)

Les autres partenaires de mise en œuvre sont les structures ou institution qui interviennent dans la mise en œuvre comme Ariel, EGPAF, ACONDA, ICAP... Ils ont, en commun, trois missions :

- Assurer le suivi des activités des structures de sa zone d'intervention ;
- Assurer le renforcement des capacités des structures en cas de besoin ;
- Participer aux supervisions programmées.

1.2.1.3.9 Cliniques

Ce sont les structures de mise en œuvre des activités de prise en charge, elles ont deux charges :

- *Offrir des services de santé de qualité conformément aux directives de prises en charges.*
- *Rapporter mensuellement les performances dans la mise en œuvre*

Le projet est mis en œuvre sur l'ensemble des 10 communes d'Abidjan et celle de Yamoussoukro. Plusieurs cliniques ont fait l'objet d'une évaluation initiale. Et 15 puis 18 ont été retenus sur la base de critères de sélection.

- 1ère Grappe : En fonction du quartier (les cliniques ont été choisies par commune), + Le nombre de patients reçus en moyenne au cours du dernier mois.
- 2ème grappe : Fonction de la taille de la commune (6 communes les plus importantes) + Le nombre de patients reçus en moyenne au cours du dernier mois.

Notre mémoire a porté sur la polyclinique Centrale d'Abobo, l'une des meilleures en terme de dépistage des séropositifs au VIH.

1.2.1 PRESENTATION DE LA CLINIQUE

La Polyclinique Centrale D'Abobo (PCA) est une SARL au capital de 10.000.000 de francs CFA. Comme tout établissement sanitaire. La PCA est une polyclinique privée qui a pour but de contribuer au bien-être de la population en leur offrant des soins de qualité.

Créé en Avril 1995 au nom de la clinique centrale d'Abobo, elle disposait de 10 lits au départ, et a augmenté sa capacité en 1999 pour atteindre 35 lits, d'un bloc, d'une ambulance et de diverses spécialités. Avec l'accroissement du volume d'activités et du plateau technique, la Clinique Centrale d'Abobo a changé de site pour un cadre plus grand et devenir une polyclinique le 1^{er} janvier 2008. Elle est gérée par le Dr AHUI ANWANZI à sa tête, et soutenue par une équipe composée de prestataires de soins de santé et d'administratifs.

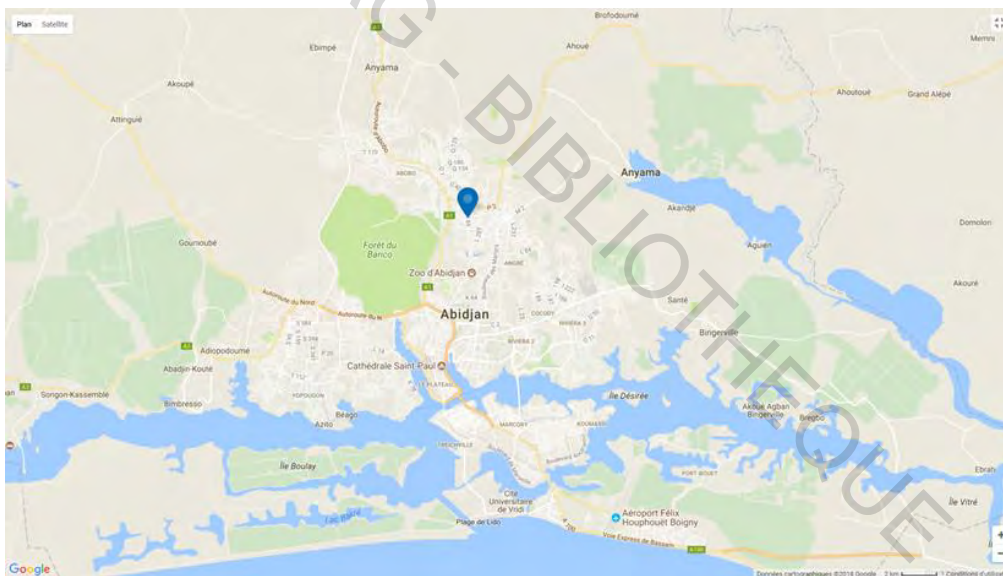


Figure 3: Localisation de la PCA

Source GoogleMap

Aussi dans le souci de mieux servir, la PCA s'est dotée d'un site web, disponible à l'adresse www.polyclinique-centrale.com. Un site sur lequel les informations de la clinique y sont stockées et permettant aux internautes d'être informés des activités de la polyclinique.

1.2.2.1 Organisation de la clinique

La PCA à une organisation pyramidale avec le directeur général, l'organigramme se présente comme suit

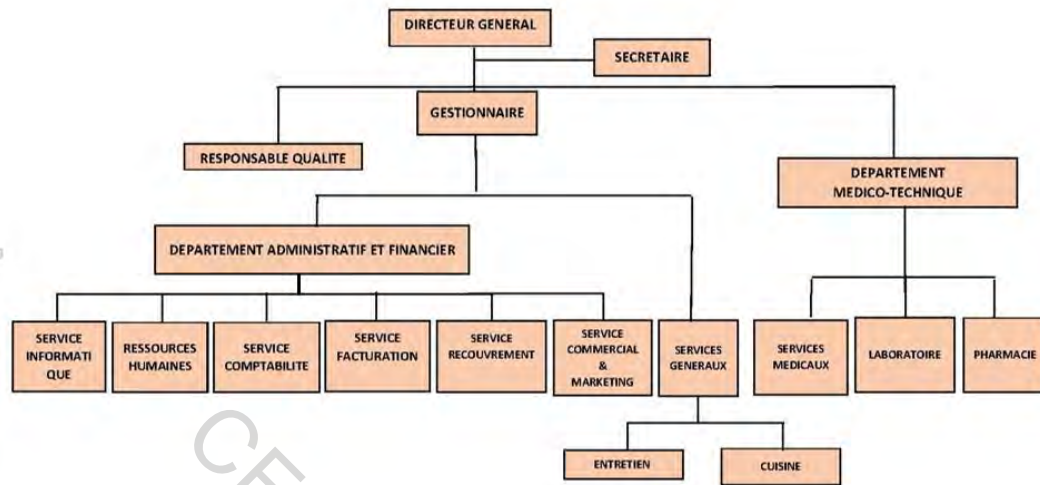


Figure 4: Organigramme de la PCA

1.2.2.2 Fonctionnement des différents services

1.2.2.2.1 Direction

La PCA est dirigée par une Direction Générale secondée par une Direction Administrative et Financière.

1.2.2.2.2 Direction Générale, Administrative et Financière

Ces différentes directions ont pour but principal de gérer et de définir la politique de développement adaptée à la société. Elles supervisent toutes les activités de l'entreprise et reçoivent un rapport détaillé de la journée du travail de l'ensemble du personnel. En outre, ces directions se chargent de veiller au contrôle des objectifs qu'elles se sont fixées, aboutissant au bon fonctionnement de la société.

1.2.2.2.3 Service comptabilité

Il est composé de deux (2) comptables, et divisé en trois (3) sections :

- La comptabilité fournisseur enregistre et règle les factures fournisseurs ;
- La comptabilité client enregistre les factures reçues de la section recouvrement et les règlements des clients ;
- La trésorerie gère les entrées et les sorties au jour le jour assuré par la caisse.

1.2.2.2.4 Service recouvrement

Le service recouvrement travaille en étroite collaboration avec la comptabilité concernant la gestion des comptes clients. Cette section a en charge de relancer les clients vis-à-vis de leurs dettes. Les clients concernés sont les clients à terme et les clients comptant débiteurs.

1.2.2.2.5 Service commercial

Il est chargé de sillonner toutes les sociétés conventionnées ou non, afin de trouver des marchés dans le but d'élargir la clientèle.

1.2.2.2.6 Service informatique

Il a pour mission de maintenir les biens informatiques de la PCA en bon état. Ces missions peuvent être différenciées en deux catégories :

La maintenance préventive, qui consiste à entretenir le matériel, de sorte à réduire les pannes qui pourraient causer des désagréments aux utilisateurs. Cela va se voir à travers le nettoyage régulier, l'utilisation d'onduleur, l'installation d'un antivirus et sa mise à jour régulière.

La maintenance curative, qui consiste à effectuer un dépannage ou la recherche de dysfonctionnement dans un équipement qui a pris un coup ou est en panne, et enfin réparer cette panne si possible.

Il faut retenir que la Polyclinique dispose d'équipement informatique, qui lui permet d'exécuter ses tâches quotidiennes.

Pour l'exécution des tâches de ses différents services, comme le recouvrement, la facturation, la réception, la caisse, c'est le système de gestion hospitalier (SGH) qui

est utilisé. Mais, pour la comptabilité, le SGH et le logiciel Sage comptabilité sont tous deux utilisés.

1.2.2.2.7 Service facturation

Il a pour rôle de suivre, chaque jour, les travaux effectués par les patients, en vue d'établir leurs factures. Il les saisies et les faits parvenir aux différents partenaires, que sont les assureurs et les patients non assurés.

1.2.2.2.8 Service d'accueil/réception

Comme son nom l'indique, la réception est le premier service de l'administration en ce sens qu'elle reçoit en premier lieu les patients. Elle est aussi le miroir de la PCA. C'est de la réception que partent toutes les informations vers l'Administration.

1.2.2.2.9 Service qualité

Le système qualité vise à mettre en place un système de management de la qualité conforme à la norme ISO 9001 version 2008 (référence internationale). Son objectif est d'aboutir à la certification de la polyclinique qui sera la preuve avérée due à son organisation rigoureuse :

Le service s'assure de la satisfaction continue du client par le suivi de la qualité permanente des soins de santé, et favorise la motivation et la compétitivité du personnel.

1.2.2.2.10 Services médicotechniques

Les services médicotechniques sont regroupés en deux types de prestations

Les prestations classiques
comprenant sept services :

- Urgences
- Radiologie
- Bloc opératoire
- Réanimation
- Laboratoire
- Infirmierie

Les prestations spécialisées,
composées de neuf services :

- Pédiatrie
- ORL
- Chirurgie
- Cardiologie
- Cabinet dentaire
- Gynécologie obstétrique
- Ophtalmologie
- Gastro-entérologie
- Dermatologie

1.2.2.3 Ressources matérielles

Le PCA regroupe :

- Sept (7) bureaux de consultations
- Un bloc opératoire avec une salle de réanimation
- Un bloc d'accouchement
- Une salle de soins infirmiers
- Un laboratoire d'analyse médical
- Une salle d'échographie
- Une salle de radiologie
- Une pharmacie
- Un cabinet dentaire
- Un cabinet d'ophtalmologie

Un complexe d'hospitalisation de 27 chambres climatisées et plus de 35 lits.

Un pack informatique de
20 postes
1 serveur
4 imprimantes
25 onduleurs

1.2.2.4 Ressources humaines

1.2.2.4.1 Personnel de soins de la PCA

Ce complexe renferme des médecins toutes spécialités confondues :

Elle emploie :

- 3 médecins généralistes résidents
- 3 médecins gynécologues dont 1 résident
- 5 médecins pédiatres
- 3 chirurgiens dont un résident
- 2 médecins ophtalmologues
- 1 médecin cardiologue
- 5 radiologues interprétant l'échographie et la radiologie
- 3 dentistes dont un (1) résident

3 anesthésistes
2 biologistes
1 dermatologue
1 médecin ORL
3 sages-femmes dont une (1) résidente
5 infirmiers dont un (1) résident
10 aides-soignantes

1.2.2.4.2 Personnel administratif de la PCA

Il comprend le directeur, la gestionnaire, les informaticiens, les qualitatifs, les comptables, les caissières, les chargés d'accueil, les cuisinières,

CESAG - BIBLIOTHEQUE

1.2.3 PRISE EN CHARGE DES PVVIH DANS LA POLYCLINIQUE

1.2.3.1 Activités VIH

La PCA est l'une des premières cliniques ayant débutée le projet de prise en charge du VIH dans le secteur privé en côte d'ivoire. Elle a débuté en aout 2014 avec trois principales activités :

- **Conseil et dépistage** : Ce service comprend le counseling et le dépistage des clients de la clinique.
- **PTME** : C'est la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Elle concerne les taches de suivi de la grossesse et de l'enfant exposé. Il commence depuis la première consultation prénatale de la mère et se termine 18 mois après l'accouchement.
- **Soins et traitement ARV** : Ce service est donné aux patients VIH enrôlés dans la clinique. Le suivi de ses soins est d'ordre clinique et biologique.

1.2.3.2 Circuit des patients pour la prise en charge du VIH

Le circuit du patient reste le même, qu'il s'agisse d'un patient VIH ou d'un patient ordinaire.

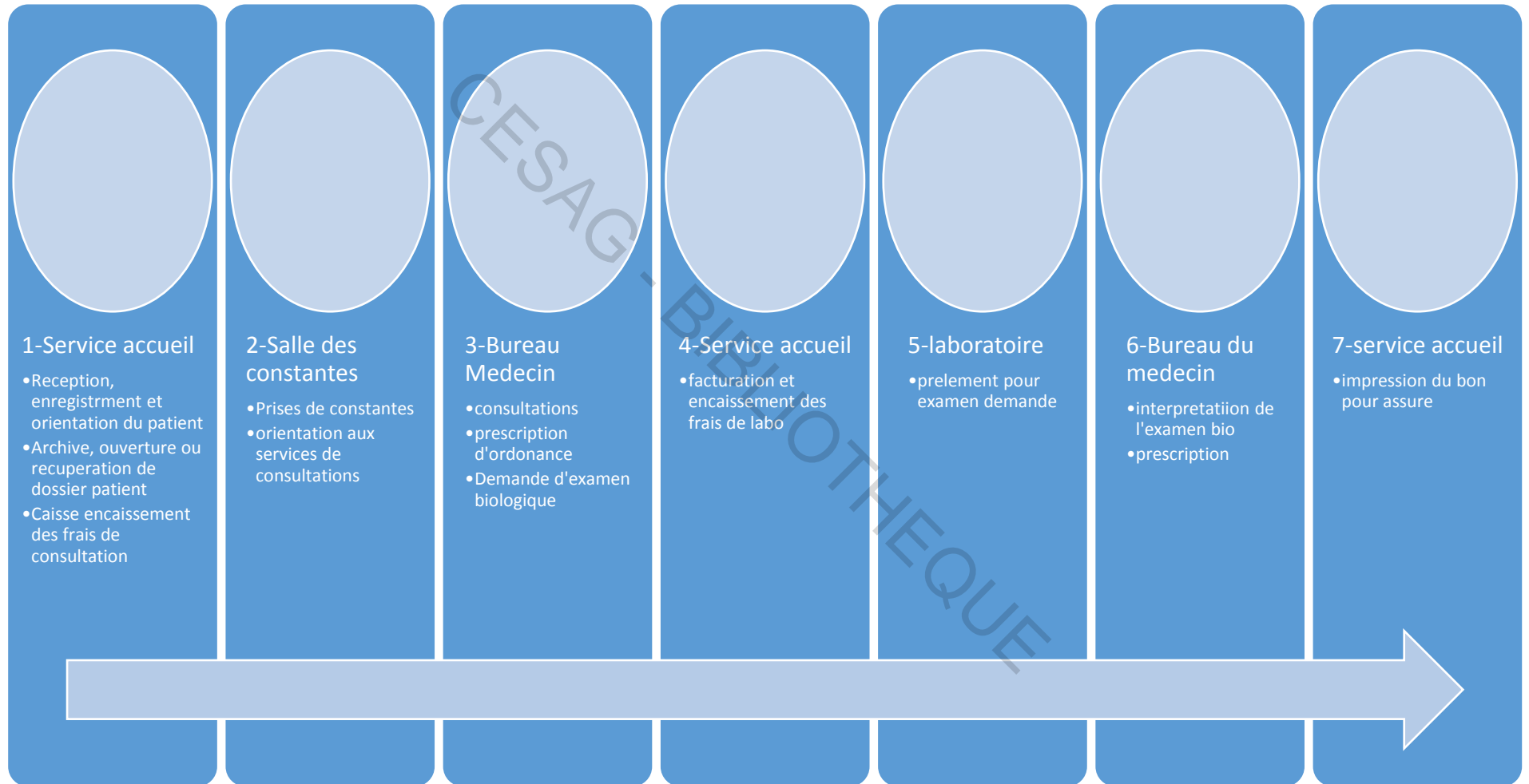


Figure 5: Circuit du patient a la PCA

1.2.3.3 Analyse interne de la mise en œuvre

L'analyse interne a été faite en forces et faiblesses.

1.2.3.3.1 Forces

Bon nombre de points favorisent un bon rendement de l'activité :

- Implication de la direction ;
- Disponibilité de ressources humaines en quantité et qualité ;
- Des médecins faisant la prise en charge du VIH dans le secteur privé ;
- Service accueil bien structuré ;
- Disponibilité de plusieurs services ;
- Circuit unique du patient pour éviter la stigmatisation ;
- Personnel motivé ;
- Clinique bien outillée en informatique ;
- Nombre croissant des patients dépistés positifs au VIH ;
- Nombre croissant des patients VIH mis sous traitement ARV ;
- Disponibilité d'une application nationale : Système d'Information et de Gestion du Dossier Electronique du patient VIH, Version 2 (SIGDEP-2).

Après ces points forts, il est bon de noter les obstacles ou faiblesses dans l'exécution des activités VIH.

1.2.3.3.2 Faiblesses

Comme faiblesses, peuvent être cités, les points qui suivent :

- Tous les agents de la clinique n'ont pas été formés à la stigmatisation et à la discrimination en milieu hospitalier ;
- Le nombre élevé de médecins vacataires ;
- L'absence d'un assistant social ;
- L'outil électronique de gestion de données, SIGDEP 2 non à jour ;
- Absence de mise en place formalisée d'une équipe sur le VIH ;
- Absence de réunion sur le VIH entre les prestataires pour adresser les problèmes rencontrés et le partage de bonne pratique ;
- Nombre élevé des perdus de vue.

CHAP 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

2.1 CONTEXTE

Depuis l'apparition du premier cas de VIH/Sida au début du 20^{ème} siècle jusqu'à aujourd'hui, le monde n'a cessé de déployer de l'énergie à l'éradication de ce fléau devenu, au fil du temps, planétaire.

Ainsi en 2003, le Président des États-Unis George W. Bush a lancé le « *President's Emergency Plan for AIDS Relief* », plus connu sous l'abréviation PEPFAR, qui est un plan d'aide d'urgence à la lutte contre le sida à l'étranger. La Côte d'Ivoire a été éligible à ce plan d'urgence du Gouvernement Américain (PEPFAR) dont les objectifs étaient de traiter 2 millions de personnes par les ARV, de prévenir 7 millions de nouvelles infections à VIH et de prendre en charge 10 millions de personnes infectées ou affectées par le VIH/Sida.

En Octobre 2014, l'ONUSIDA a fixé de nouveaux objectifs ambitieux pour la lutte contre le VIH. Il s'agit de cibles à atteindre à l'horizon 2020 appelées « 90-90-90 » :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ;
- 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable ;
- 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

Par ailleurs, au cours de la dernière décennie, le Gouvernement de Côte d'Ivoire a fait des progrès significatifs dans l'extension de la disponibilité des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.

Les bailleurs internationaux clés ont soutenu et concentré leurs efforts pour accroître la disponibilité et l'accessibilité des produits VIH, cela a permis un passage à échelle rapide du Traitement antirétroviraux (TARV). Des efforts de marketing social ont rendu largement disponibles des préservatifs dans les dispositifs tant formels qu'informels, et le nombre de sites de dépistage du VIH dans le secteur public a augmenté avec une distribution relativement adéquate dans tout le pays.

La baisse de la prévalence nationale du VIH est confirmée par les enquêtes EDS, entre 2005 (4,7%) et 2012 (3,7%) ; de même que l'augmentation du pourcentage des adultes et enfants éligibles sous TARV de 43,8% en 2009 à 71% en 2011. Les rapports nationaux des indicateurs du VIH, de 2009 et 2011, démontrent le succès de l'intervention conjointe du Gouvernement et des bailleurs de fonds : 38,4% à 59,0%.

Cependant, malgré ces progrès, la Côte d'Ivoire demeure l'un des pays les plus touchés par la pandémie VIH/SIDA de la région ouest africaine. En effet, malgré la disponibilité importante susmentionnée de préservatifs, en 2012, seulement 48,7% d'individus (38,4% de femmes et 59% d'hommes) ont rapporté avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à risques. Selon les données de l'EDS 2012, l'utilisation de services de Conseil de dépistage reste faible, avec seulement 3% d'hommes et 4% de femmes réalisant un test de VIH et retirant leurs résultats.

Par ailleurs, la féminisation et la régionalisation de l'épidémie au cours des dernières années, avec une prévalence féminine atteignant 4,6% comparée à 2,9% chez les hommes et 5,1% dans la ville d'Abidjan, accroît la nécessité de cibler davantage les femmes et la ville d'Abidjan, avec des services de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH.

La participation de prestataires de soins privés dans la réponse nationale au VIH/sida en Côte-d'Ivoire était extrêmement limitée. L'accès aux soins dans le secteur privé demeurerait prohibitif pour la majorité d'ivoiriens. Pourtant, il y a un segment de la population qui préfère être traité dans le secteur privé par son médecin habituel et qui a les moyens (de sa poche ou à travers ses assurances) de payer pour les services.

Alors qu'on dénombrait en 2011 environ 89 410 Ivoiriens infectés par le VIH sous traitement, il était admis un nombre inconnu d'Ivoiriens vivant avec le VIH et qui ignorent leur statut. Les patients fréquentant le privé où les services VIH sont indisponibles, risquent alors de ne pas bénéficier de test de dépistage VIH et ne connaîtront donc pas leur statut VIH avant le développement de la maladie ou d'une comorbidité. Or, les préoccupations en matière de confidentialité, de qualité de soins dans le secteur public dissuadent beaucoup de personnes à s'y faire dépister et à s'y faire mettre sous traitement. Les patients du secteur privé, cliniquement identifiés comme VIH positifs, devaient être référés au niveau du secteur public.

La détermination a sans cesse amélioré la qualité, et la couverture des prestations de services VIH/Sida a conduit le gouvernement américain, à travers l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), à mettre en place, avec le lead du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS), un projet de prise en charge des PVVIH dans le secteur Privé. En effet, à travers le programme de renforcement de la prise en charge sanitaire par le secteur privé (SHOPS) d'USAID, le MSLS et ses partenaires ont procédé, depuis le 29 septembre 2014, au lancement du projet pilote de prise en charge des PVVIH dans 15 cliniques privées préalablement identifiées selon des critères objectifs. Ces cliniques se répartissent dans les 10 communes de la ville d'Abidjan. Le panier de soins VIH (CD, PEC et PTME) offert habituellement dans les services publics est de même pris en compte par le projet SHOPS. Les résultats de cette phase pilote ont permis d'obtenir un nouveau projet de 5 ans (2016-2020) dénommé *Private Sector Health Project (PSHP)* et l'extension des services a 18 nouvelles cliniques dont 6 à Yamoussoukro.

2.2 JUSTIFICATION

Malgré les efforts réalisés pour éradiquer le VIH Sida, le problème de perdu de vue des patients demeure préoccupant et risque de mettre en péril les investissements et les acquis de ces dernières années, en particulier sur le projet PSHP. En effet, selon les conclusions d'une étude de Calgary au Canada, un tiers des nouvelles infections au VIH pourraient provenir de personnes séropositives connaissant leur statut sérologique mais qui ne seraient plus prises en charge (PDV).

Certaines personnes abandonnent définitivement le système de soins pour des raisons diverses. Or, sans traitement antirétroviral, la quantité de VIH remonte dans l'organisme et le virus peut être plus facilement transmis lors de rapports sexuels non protégés par un préservatif. L'accès élargi aux TAR modifie profondément l'épidémie de VIH et baisse rapidement le taux de mortalité liée au SIDA.

Afin d'éviter la propagation de l'épidémie, des solutions doivent donc être imaginées pour retenir les personnes dans les systèmes de soins et rechercher celles qui les abandonnent.

An niveau du projet PSHP de prise en charge des PVVIH dans les 33 cliniques, outres les résultats luisants qui augurent l'atteinte des objectifs, il est à signaler certains problèmes récurrents qui risquent de compromettre les efforts des acteurs si rien n'est

fait. L'inobservance de la prise des ARV par les patients, et l'effectif important des perdus de vue constituent une part importante des problèmes que les acteurs du projet rencontrent dans la mise en œuvre. Il est vraisemblable qu'un site ne disposant pas d'un grand nombre de patients ne peut satisfaire le critère de coût-efficacité. Aussi, prévenir la perte de vue est plus coût-efficace que rechercher les patients qui ne sont pas revenus. L'effet préventif des TAR est de plus en plus évident, même dans les cas où l'épidémie de l'infection à VIH est concentrée et, notamment, lorsqu'ils sont associés aux mesures de prévention classiques. Ainsi, il est évident qu'une augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'un TAR fera baisser l'incidence de l'infection à VIH.

Les défis pour la continuité du projet est donc de fidéliser (retenir) les patients qui ont intégrés le réseau tout en continuant l'enrôlement de nouveaux clients, d'assurer la bonne observation du traitement par les patients, de rechercher et faire revenir dans la mesure du possible les perdus de vue dans la nature qui sont sans traitement. En effet, le Gouvernement américain, à travers l'*USAID* a consenti d'énormes efforts en finançant le projet de prise en charge des PVVIH dans les cliniques. La rareté des ressources, surtout dans le contexte de crise financière, l'énormité et l'illimité des besoins, oblige tout bon gestionnaire à la rationalisation des moyens disponibles. C'est pourquoi l'enrôlement continu de nouveaux patients dans les sites et leur maintien après enrégistrement doit inspirer toutes les activités afin d'optimiser les ressources investies.

Par ailleurs, l'unicité du système de santé doit conférer à tous les patients qu'ils soient du secteur public ou du privé le droit d'accès à des soins équitables. La déclaration universelle des droits de l'homme et la charte africaine des droits de l'homme et des peuples ont insisté sur le droit à la santé des populations. Ces droits internationaux ont été ratifiés par la Côte d'Ivoire respectivement dès son indépendance et le 06 janvier 1992. D'ailleurs, le droit à la santé est inscrit dans la constitution du 23 juillet 2000 au chapitre 1 à l'Article 7. Dans cet article, il est stipulé que l'Etat a obligation d'assurer à tous les citoyens l'égal accès à la santé.

Aussi, selon une recherche menée en 2014 dans le secteur public sur les facteurs Influençant la sortie des patients vivant avec le VIH du circuit de traitement en Côte d'Ivoire, il est important d'identifier les causes réelles de l'abandon du traitement ARV des patients du projet SHOPS. La différence entre la cible du projet SHOPS et les

patients habituels des structures publiques suscite l'interrogation sur l'applicabilité au secteur privé des facteurs révélés par cette étude. Aussi, la rigueur scientifique suggère une validation de ces facteurs avant de formuler des solutions pour lever ces obstacles.

C'est pourquoi, Il est prévu la réalisation d'une étude pour rechercher les causes du problème, puis sélectionner et programmer les meilleures solutions possibles. Des mesures préventives, en particulier adaptées aux facteurs de risque identifiés, seront développées à cet effet.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2.3 CADRE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH

En vue de réduire la transmission du VIH, la Côte d'Ivoire a adopté la stratégie d'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement à l'aide de schémas thérapeutiques. Sur recommandation de l'OMS, en 2013 et 2014, elle a révisé ses directives. Les objectifs poursuivis par cette révision étaient de permettre l'amélioration de la survie des enfants, de garder les personnes en bonne santé plus longtemps et de réduire considérablement la transmission du virus à d'autres personnes.

2.3.1 RAPPEL : ÉVOLUTION DE LA MALADIE

La réplication virale se fait en 6 étapes :

1. Reconnaissance des cellules cibles ;
2. Pénétration du virus ;
3. Rétro transcription (transcriptase inverse ou reverse transcriptase) ;
4. Intégration (l'intégrase virale) ;
5. Production des particules virales ;
6. Libération de virions.

VIH => destruction progressive des T4 => déficit immunitaire

On note également trois stades d'évolution de l'infection : ① Primo infection ou phase aiguë, ② Phase de latence et/ou pauci symptomatique, ③ Stade de sida.

Deux types de classification ont été faites.

- Une classification clinique, faite par l'OMS, catégorisée en trois catégories par ordre de gravité croissante : Catégorie A, Catégorie B et Catégorie C.
- Une classification clinique et immunologique, faite par le CDC, comprend quatre stades cliniques par ordre de gravité croissante : Stade clinique 1, Stade clinique 2, Stade clinique 3, Stade clinique 4.

2.3.2 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

On distingue deux types de méthodes de diagnostic du VIH :

Méthode de diagnostic indirect : Mise en évidence des anticorps anti-VIH (Sérologie). Cette dernière est utilisée pour le dépistage en Côte d'Ivoire avec un algorithme en série de tests rapides comprenant le **détermine** puis **Stat Pak** selon le résultat du Détermine.

Méthode de diagnostic direct : Mise en évidence de tout ou une partie du virus, la PCR est utilisée chez les enfants de moins de 12 mois en Côte d'Ivoire.

2.3.3 STRATEGIES DE PREVENTION

- La prévention primaire de la transmission comprend trois voies : la voie sexuelle, la voie sanguine et la voie de la Mère-enfant.
- La prévention secondaire : Santé Positive Dignité Prévention (SPDP) regroupe cinq composantes que sont (1) le conseil et la prévention, (2) l'observance du traitement, (3) la recherche d'IST, (4) la proposition de services PF, (5) la proposition du plan de réduction du risque. Ces 5 composantes doivent toujours se terminer par une distribution de préservatifs.

2.3.4 CONSEIL ET DEPISTAGE

La stratégie en vigueur est le conseil dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP) en remplacement du conseil et dépistage volontaire (CDV).

Le conseil comprend trois étapes : conseil pré-test, conseil post-test et suivi psychosocial.

- Le conseil pré-test, dont l'objectif est de préparer le client à effectuer le test, doit :
 - Etablir un climat de confiance ;
 - Evaluer les connaissances du client en matière de VIH/SIDA ;
 - Renforcer les connaissances du client en matière de VIH/SIDA ;

- Evaluer les risques encourus par le client ;
- Personnaliser les risques encourus par le client ;
- Aider le client à choisir volontairement un plan d'action préventif ;
- Suivre avec le patient l'exécution de son plan d'action préventif ;
- Informer sur les possibilités de prise en charge existantes ;
- Proposer le test de dépistage ;
- Discuter des implications qu'engendre le résultat du test ;
- Définir le profil psychologique du client pour anticipation sur ses réactions à l'annonce de son statut sérologique ;
- Obtenir le consentement éclairé.
 - Le conseil post-test, ayant pour objectif d'annoncer le résultat du test au client, vise à :
- Amener le client à accepter son résultat en lui expliquant la signification de celui-ci ;
- Renforcer les messages de prévention ;
- Aider le client à mettre en œuvre son plan d'action de prévention ;
 - Le suivi psychosocial a pour objectif d'offrir le soutien nécessaire à l'encadrement des personnes infectées et affectées par le VIH.

2.3.5 MESURES DE PREVENTION ET PEC DES AES

- Définition AES : Tout contact accidentel avec du sang ou autres produits biologiques survenant par effraction cutanée, par projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée.
- La prise en charge des adultes et adolescents : TDF +3TC +LPV/r en deux prise
 Matin : LPV-r (200/50 mg) 2 comprimés et le soir :TDF 300mg + 3TC 300mg 1 comp LPV-r (200/50 mg) 2 comprimés.
- Patients de moins de 10 ans : en une prise unique AZT +3TC + LPV/r

Cette prophylaxie doit être initiée avant la 72^{ème} heure après l'exposition et va durer 28 jours.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2.3.6 SECRET PROFESSIONNEL EN MILIEU DE SOINS

Le secret professionnel en milieu de soins porte sur les informations médicales relatives à un client et qui sont portées à la connaissance du personnel de santé à l'occasion de l'exercice de sa fonction. Le secret professionnel s'applique à tout le personnel impliqué dans la prise en charge du client. Il s'agit du staff médical, administratif, et du personnel de soutien.

En cas de violation du secret professionnel des sanctions pénales, civiles, administratives sont encourues. Cependant, la loi prévoit des cas exceptionnels de la levée du secret : en matière de santé publique (maladies professionnelles, accidents du travail, maladies contagieuses, sévices sexuels sur mineurs etc.) et en faveur des ayant droits.

2.3.7 MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'INFECTION À VIH

- *Critères d'éligibilité : Patient séropositif pour le VIH*
 - CD4 \leq 500 cellules/mm³ : quel que soit le stade clinique
 - Stades cliniques OMS 4 ou CDC C : quelle que soit la valeur des CD4
 - Co-infection (tuberculose, hépatites sévères)
 - Femme enceinte : dès le dépistage quels que soient le taux de CD4, le stade clinique et l'âge de la grossesse
 - Partenaire VIH + dans les couples séro-différents : quel que soit le taux de CD4
 - Populations clés (PS/UDI/HSH/PC) : quel que soit le taux de CD4
 - Tout enfant d'âge < 10 ans positif au VIH : quel que soit le taux de CD4
 - Tout enfant d'âge \geq 10 ans positif au VIH
 - Stades cliniques OMS 1, 2 3 ou CDC A, B avec CD4 < 500
 - Stades cliniques OMS 4 ou CDC C quelle que soit la valeur des CD4

➤ *Traitement de 1ere ligne de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent*

En cas de VIH 1 : TDF 300mg+3TC 300mg+EFV 600mg un comprimé à dose fixe au coucher à la même heure

En cas de VIH 2 ou VIH 1+2 : Si CD4 < 200/mm³ alors TDF 300mg+3TC 300mg+LPV/r 200/50mg avec le matin LPV/r 200/50mg deux comprimés et le soir TDF 300mg+3TC 300mg un comprimé et LPV/r 200/50mg deux comprimés

Si CD4 ≥ 200/mm³ alors TDF 300mg+3TC 300mg+AZT 600mg et prophylaxie au CTX des infections opportunistes : Cotrimoxazole fort : 1 comprimé / jour

➤ *Traitement de 1ere ligne de l'infection à VIH de la femme enceinte*

En cas de VIH 1 : TDF 300mg+3TC 300mg+EFV 600mg un comprimé à dose fixe au coucher à la même heure.

En cas de VIH 2 ou VIH 1+2 : TDF 300mg+3TC 300mg+LPV/r 200/50mg en matin LPV/r 200/50mg deux comprimés et soir TDF 300mg+3TC 300mg un comprimé et LPV/r 200/50mg deux comprimés. La prophylaxie au CTX des infections opportunistes : Cotrimoxazole fort : 1 comprimé / jour à partir de la 14eme semaine de grossesse. la TPI (SP) si la femme enceinte séropositive est sous prophylaxie au CTX est déconseillé.

Chez l'enfant exposé : Dès la 6^{ème} semaine de vie, puis arrêtée, en cas de statut VIH négatif.

➤ *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH/sida chez l'enfant*

La prophylaxie au CTX à prescrire est fonction du poids de l'enfant, et le traitement ARV fonction de l'âge.

Si enfant < 3 ans sans particularité : en cas de VIH1 : ABC+3TC+LPV/R et en cas de VIH 2 /VIH1+2 : ABC+3TC+LPV/R

Si enfant 3 -10 ans sans particularité : en cas de VIH1 : ABC+3TC+EFV et, en cas de VIH2 ou VIH1+2 : ABC+3TC+LPV/R.

➤ *Prophylaxie Antirétrovirale Chez Les Enfants Exposés*

La prophylaxie est donnée à l'enfant selon le protocole national dans les 72 h après la naissance

Si mère VIH1 : Pour l'enfant: NVP en dose unique (2 mg /kg, soit 0,6 ml) /jour pendant 4 semaines.

Si mère VIH2 ou VIH 1+2 : Pour l'enfant: AZT (4 mg /kg x 2 /jour, soit 1,2 ml x 2 /jour) pendant 4 semaines

2.3.8 OBSERVANCE D'UN PATIENT SOUS TARV

L'observance est la capacité d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée (posologie, horaire, repas). L'observance au traitement est dite mauvaise s'il y a omission de plus d'une dose au cours d'une période de 10 jours pour un traitement se prenant deux fois par jour.

2.3.9 SUIVI D'UN PATIENT SOUS TARV

On note deux types de suivi des patients VIH :

➤ *Suivi clinique*

Adulte et adolescent : chaque 3 mois

Enfant : tous les mois la première année, puis tous les 3 mois à partir de la deuxième année (enfant sous ARV)

Les enfants d'âge ≥ 10 ans, non éligibles, bénéficient du même calendrier de suivi que l'enfant sous ARV.

Outre le traitement ARV, les patients peuvent recevoir, lors de leur suivi, les soins et soutiens suivants : soutien psychologique, soutien spirituel (souvent), soutien social, soutien nutritionnel et alimentaire, prévention et prise en charge des infections opportunistes, prévention du cancer du col, prise en charge du Syndrome d'Épuisement Professionnel du Soignant (SEPS), et accompagnement en fin de vie,

➤ *Suivi biologique*

Concernant le suivi biologique, on note deux types de bilans, le bilan initial à J0 (CD4, hématologie, biochimie) et le bilan de suivi tous les 6 mois (CD4, hématologie, biochimie, CV).

Le suivi post-partum de l'enfant exposé : S6 - S10 - S14 - M6 - M9 - M12 - M15 - M18.

2.4 DEFINITIONS

2.3.1 DEFINITION D'ATTRITION

Selon Définition Marketing³, l'attrition (marketing) est « le phénomène de perte de clientèle ou d'abonnés ». Il est généralement mesuré par taux sur une période donnée. Son calcul est d'autant plus important qu'il permet d'apprécier la fidélisation de la clientèle.

2.3.2 DEFINITIONS DE RETENTION DU PATIENT⁴

Le Centre pour la santé mondiale et le développement (Center for Global Health and Development) de l'Université de Boston, a défini la rétention comme le contraire de l'attrition (c'est-à-dire 1 - attrition).

La rétention des patients dans les soins comprend d'après cette définition les patients vivants et actifs sur la clinique. Sont exclus de la rétention les patients transférés dans un autre établissement, les décédés, les abandons et les perdus de vue.

2.3.3 DEFINITIONS DE PERDU DE VUE

Selon les enquêtes d'indicateurs d'alerte précoce de l'OMS, un perdu de vue est un patient initiant un TARV sur le site qui, au cours des 12 mois qui suivent le début du TARV, a manqué un rendez-vous de consultation et qui n'a pas retiré d'ARV dans les 90 jours (≤ 90 jours) qui suivent la date du dernier rendez-vous manqué, ou dans les 90 jours (≤ 90 jours) suivant la dernière date d'épuisement des médicaments ARV en possession du malade.

³ <http://www.definitions-marketing.com/definition/attrition/>

⁴ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2010.02508.x/full>

2.5 PROBLEMATIQUE

Le thème de notre mémoire est « **la contribution à la rétention des PVVIH dans le secteur privé à but lucratif** », plus précisément dans la clinique centrale d'Abobo. Le problème qui conduit à cette contribution est le nombre croissant des attritions dans les soins VIH. La résolution du problème nous conduit à trois questions : ① Quels sont les profils des attritions ? ② Quelles sont les causes des attritions ? ③ Quelles sont les solutions pour améliorer la rétention dans les soins ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2.6 BUT ET OBJECTIFS

2.5.1 BUT DE L'ÉTUDE

Le but de ce travail est de contribuer à la réduction du taux de perdus de vue dans la polyclinique centrale d'Abobo.

2.5.2 OBJECTIF GÉNÉRAL

Ce travail a pour objectif général de proposer une intervention pour augmenter l'enrôlement et diminuer l'attrition des patients

2.5.3 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

L'atteinte de l'objectif général passe par celle de trois objectifs spécifiques :

- Analyser l'ampleur du problème et les conséquences induites ;
- Identifier les causes de la perte de vue ;
- Proposer des solutions au problème de perdus de vue des PV VIH.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE ET RESOLUTION DU PROBLEME

GSSAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

Cette étude a été réalisée pour adresser un problème. La méthodologie utilisée pour résoudre le problème des attritions dépend des étapes de résolutions de problèmes. Un groupe de travail a été mis sur pied pour l'étude.

3.1 ORGANISATION MISE EN ŒUVRE

3.2.1 COMPOSITION DU GROUPE DES ACTEURS

Le groupe de travail a été constitué avec l'objectif d'inclure tous les types d'acteurs afin de n'omettre aucun problème majeur. Ils ont été choisis sur la base de leurs expertises (connaissance sur le projet) et leur aptitude à répondre au nom d'un type de population impliqué dans le projet. La taille de ce groupe était de 5 personnes : le gynécologue, le médecin résident, la sagefemme, le qualicien et le GBD de la clinique. Le groupe a été animé par le stagiaire. Le directeur de mémoire a apporté son appui pour améliorer le rapport d'une part et, d'autre part, inscrire le mémoire dans la démarche scientifique et pédagogique de la formation. La mise en place de ce groupe de travail a facilité la mise en commun des compétences et des expériences. Le groupe de travail a favorisé une efficacité maximale dans la recherche de solutions idoines. Le groupe de travail a permis également d'utiliser l'effet synergie du groupe (brainstorming). Ce groupe n'était pas trop important (moins de 7 personnes) pour éviter le ralentissement de la résolution du problème. Le groupe possédait suffisamment de compétences techniques sur le problème à traiter, et un pouvoir de décision suffisant pour réaliser la mise en œuvre des actions décidées. Aussi, le stagiaire était l'animateur du groupe garant à cet effet de l'application de la méthode de résolution de problème, de la participation de tous, et du respect des idées de chacun. L'animateur était directif sur la forme (bonne utilisation des outils) et participatif sur le fond en favorisant l'émulation et la participation.

3.2.2 RENCONTRES DE RESOLUTIONS DU PROBLEME

Les rencontres de résolution du problème ont consisté à des séances de travail du groupe. Lors de ces séances de travail, les résultats obtenus ont été présentés. A la suite de la présentation des résultats, des discussions ont été ouvertes pour cerner le problème. Les causes ont été identifiées par le groupe. Le stagiaire s'est chargé d'analyser ses causes en relation avec les résultats obtenus des diverses données.

3.2 IDENTIFICATION ET ANALYSE DU PROBLEME

3.2.1 IDENTIFICATION DU PROBLEME

Il s'est agi d'identifier l'ensemble des problèmes par entretien avec le personnel et l'analyse des rapports mensuels d'activités sur le projet. Ensuite, le problème des attritions a été sélectionné en fonction de quatre critères :

- **Pertinence** : qui a traité de l'opportunité et la validité de régler le problème ;
- **Simplicité** : pour bien circonscrire et permettre l'application aisée et rapide de la méthode au point de vue technique ;
- **Mesurable** : dans la situation actuelle et dans les résultats escomptés ;
- **Motivation** : l'intérêt direct pour les acteurs à régler le problème.

3.2.2 POSER LE PROBLEME

Un problème bien posé est à moitié résolu. Il s'est agi de définir clairement le problème, de le formuler de façon précise et chiffrée, de telle sorte qu'une personne extérieure puisse appréhender sa nature et son importance. L'outil QQQCP qui a pour but de se poser toutes les questions de façon méthodique a été utilisé. Son principe est de poser, sur la problématique, six questions :

1. Quoi ? (de quoi s'agit-il ?, quel produit ?, quel défaut ?)
2. Qui ? (qui est concerné ?)
3. Où ? (dans quel secteur ?, à quelle étape ?)
4. Quand ? (ou depuis quand ?)
5. Comment ?

6. Pourquoi ? (pourquoi est-ce important ?, pourquoi de cette façon ?)

3.2.3 RECHERCHE ET ANALYSE DES CAUSES

3.2.3.1. Identification des causes

Il s'agissait de l'identification de toutes les causes probables. A cet effet, la revue de la littérature a permis de dresser une liste. Par ailleurs, cette liste a été soumise aux acteurs pour être validée. Les acteurs ont ajouté certaines causes pour compléter la liste.

3.2.3.2 Analyse des causes

Une fois des causes déterminées, elles ont été regroupées et reliées avec leurs effets (cette liaison cause-effets permet d'éliminer des « causes » n'ayant pas d'incidence sur le problème). Le diagramme d'Ishikawa ou les 5M ou le diagramme cause-effet ou encore appelé « arêtes de poisson » a été utilisé. Le but de cet outil est de visualiser l'ensemble des causes produisant un effet donné, regroupées par famille.

3.2.3.3 Estimation des causes

Le vote pondéré a permis d'estimer les causes et d'en ressortir les plus importantes. Le principe de cet outil est d'éliminer les idées secondaires et de se consacrer aux plus importantes. Il sélectionne les causes les plus importantes, mais ne décide pas de leurs maintient. Son mode opératoire consiste à distribuer, à chaque participant, un capital de points (10 maxi), à répartir sur les idées qui lui semblent importantes (un maxi pouvant éventuellement être fixé par idée). Ensuite on note les points de chacun dans un tableau avant de les additionner.

Les échanges ont été favorisés autour des seules idées qui ont reçu un grand maximum de points.

3.2.4 VERIFIER LES CAUSES PRINCIPALES

Il s'est agi de valider ensuite, sur le terrain, les causes. Cette enquête a été réalisée auprès de 60 Patients VIH suivis dans la clinique.

3.2.4.1 Type d'étude

Cette enquête est à la fois transversale et rétrospective. Elle utilise les deux méthodes de collecte quantitative et qualitative avec une visée descriptive.

3.2.4.2 Population cible

La population cible était l'ensemble des patients ayant effectué un test VIH et dont le résultat est positif ou les patients VIH transférés dans la clinique Centrale D'Abobo.

3.2.4.3 Méthodes

Une collecte de données a été effectuée auprès d'un échantillon de 58 individus sur 73 patients soit plus 80% des patients du site. Le choix de l'individu s'est opéré en fonction de la visite du patient dans la période de collecte. Un questionnaire à servir de support de collecte. L'élaboration de l'outil de collecte s'est basée sur les données recherchées pour l'hypothèse. Les dossiers individuels du patient (DIP) ont servi de boussole pour l'élaboration de l'outil de collecte. Il s'est agi d'inclure dans ce guide des items qui sont disponibles dans le dossier patient avant de compléter une partie « BONNES PRATIQUES », qui devrait servir à un entretien profond avec les patients. Le questionnaire comprenait les informations du dossier patient dont les caractéristiques sociodémographiques, l'état physique à l'enrôlement, les antécédents morbides et le suivi. Des questions qualitatives ont été posées, notamment sur l'appréciation des services de soins, les croyances et représentations du VIH dans son milieu de vie. *L'échelle de Likert* a été utilisée pour mesurer le degré d'accord ou désaccord avec des affirmations. L'entretien a été également fait sur les pratiques qui pourraient influencer son devenir sur le site.

Le questionnaire a été pré testé et validé par le groupe avant d'être utilisé. La collecte a été réalisée par le gestionnaire de données, sur une longue période du fait de la confidentialité accrue des PVVIH et de leur passage espacé. Il était question que le personnel du centre de santé informe le client, qu'il soit consentant avant qu'un RDV ne soit fixé pour l'interviewer. Après la collecte des données, un masque de saisie a été élaboré sur Epi Data pour faciliter la saisie des fiches. Après la saisie, les données

ont été exportées sur SPSS pour un recodage inversé des questions négatives et les réponses ont été traduites en très mauvais (1), mauvais (2), bien (3), très bien (4) et neutre (0) respectivement pour (1) totalement en désaccord, (2) en désaccord, (3) d'accord, (4) totalement d'accord et (0) ni en désaccord ni d'accord de sorte à pouvoir faire des comparaisons. Les données ont été ensuite apurées, les tris à plat, les tableaux croisés, les graphiques, et le diagramme de PARETO ou la loi 80/20 ont été utilisés pour visualiser les données classées par catégorie et par ordre de grandeur. Ensuite, les résultats ont été présentés aux acteurs et comparés aux causes initiales trouvées par le groupe.

3.2.5 CLASSIFICATION DES CAUSES ENTRE ELLES

Ici il s'est agi de ranger les causes par ordre d'importance entre elles. L'outil utilisé est la matrice de choix. Le but de cet outil est de répondre à la question : « quel choix faire ? ». Il permet à un groupe de trouver un consensus sur un choix d'idées. A chaque fois qu'une décision doit être prise en fonction de plusieurs critères (les critères pouvant être pondérés), le groupe se met d'accord sur le choix des critères et leur poids.

3.2.6 IDENTIFICATION ET CHOIX DE LA SOLUTION

La revue de la littérature a permis d'avoir certaines solutions pour adresser le problème. En séance de travail avec le groupe technique, un brainstorming a également été fait pour explorer le maximum de solutions. Ensuite, la matrice de choix a été utilisée pour sélectionner les solutions les plus rentables et qui permettent à la clinique d'optimiser la réussite du projet en termes de critères de performance. Quatre critères de choix ont pu être retenus et pondérés : coût, efficacité, délai, faisabilité. Toutes les solutions ont été ensuite, les unes après les autres, confrontées aux différents critères. La solution idéale est celle qui satisfait tous les critères.

3.2.7 ÉLABORATION DU PLAN DE MISE EN ŒUVRE

Pour l'élaboration du plan, il s'est agi de faire appel à deux outils de gestion de projet : le PERT et le diagramme de GANTT. L'application MS PROJECT a servi de support pour produire le plan de mise en œuvre. Pour être complet et opérationnel, le plan a été budgétisé.

3.2.8 PLAN DE SUIVI ET EVALUATION

Un plan de suivi évaluation a accompagné la mise en œuvre des solutions. Elle contenait le cadre logique, et les indicateurs pour mesurer les changements.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 4 : RESOLUTION DU PROBLEME

4.1 ANALYSE DU PROBLÈME

Le problème des attritions est un évènement qui survient dans la prise en charge des patients VIH. Le problème survient à trois niveaux.

- Le premier niveau est le dépistage. Après un résultat positif du test du VIH, le prestataire doit obtenir l'accord du patient à l'inscrire dans la liste des PVVIH admis aux soins. Cette inscription se matérialise par l'ouverture physique du dossier patient VIH.

- Le deuxième niveau des attritions est la perte des patients dans les soins. Il s'agit de patient bénéficiant de soins, mais pas encore sous ARV. Les patients VIH ne sont pas systématiquement mis sous ARV en dehors des enfants de moins de 10 ans et les femmes enceintes ou une dérogation est faite sur la condition de mise sous traitement selon la valeur des CD4, conformément aux directives de prises en charge du PVVIH. Tous les autres patients VIH bénéficient d'abord de soins avant de recevoir les ARV s'ils sont éligibles après le comptage des CD4. Au cours de cette période de transition, des patients sont perdus.

- Le troisième niveau des pertes se situe au cours du traitement ARV. En effet, au cours de la consommation des ARV, certains patients sont perdus soit par décès, perdus de vu ou transfert vers un autre site.

4.1.1 DEFINITION DU PROBLEME

Les acteurs du projet PSHP, notamment le bureau Abt Associates, les membres du projet PSHP de la PCA ne sont pas satisfaits de la déperdition de leurs patients VIH. Ils ont décidé de l'analyser pour déceler les goulots d'étranglements et de les éliminer sinon les réduire.

4.1.2 DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

La description de la situation a été faite selon une suite de questions **Q.Q.O.Q.C.P.**

Quoi ?

Il s'agit de résoudre le problème de la perte des patients VIH sous ARV ou pas enrôlés dans la polyclinique Centrale d'Abobo. A travers la méthode de résolution de problème, il est question de trouver, avec les acteurs, les causes et les solutions au problème.

Qui ?

L'action correctrice à mener sera effectuée par les prestataires de la clinique. Les personnes concernées par le problème sont les prestataires de la clinique impliqués dans la prise en charge : prestataires du service d'accueil, prestataires de soins (direct et indirect), staff d'ABT. Le problème sera ainsi réalisé en faveurs des patients VIH en situation d'attrition.

Où ?

Le problème a lieu dans la polyclinique. Au niveau de la prise en charge des patients dépistés positifs. Tous les services sur le trajet du patient sont concernés. Il s'agit notamment de l'accueil, des bureaux des médecins, du laboratoire et de la pharmacie.

Quand ?

Le problème des attritions remonte depuis aout 2014 au démarrage du projet, pour s'intensifier en 2015 avec l'augmentation des patients VIH enrôlés.

Comment ?

Le problème a été détecté à travers les données de suivi du projet et les rencontres avec les prestataires des cliniques.

Pourquoi ?

Il est important de traiter le problème afin de maintenir ses patients longtemps en vie et freiner les nouvelles infections du fait de ces patients dans la population. Aussi, la résolution du problème permettra d'atteindre des objectifs du projet

4.1.3 LES CONSEQUENCES DU VIH SUR LA SOCIETE

Le problème a des conséquences aux niveaux démographique, social et économique, et sur le système de santé

4.1.3.1 Au niveau démographique

Un patient VIH sans traitement et suivi médical verra sa santé se dégrader plus rapidement, réduisant ainsi son pronostic vital et son espérance de vie. En Afrique subsaharienne, la mortalité spécifique du VIH était estimée à 1,2 million⁵ en 2000, et à 790 000 en 2014. Malgré une diminution de 34% des décès dû au VIH, le nombre de décès dus à cette maladie demeure préoccupant. Aussi, il peut être cité comme une cause sous-jacente de l'immigration parce qu'étant également avec les autres maux à la base de la pauvreté des populations en Afrique.

Le VIH/Sida modifie la structure des populations des pays touchés par l'épidémie. En effet, la voie sexuelle, qui constitue la principale cause de la transmission, rend les personnes de 15 ans à 49 ans, sexuellement actives, plus exposées. Et, aussi, les femmes sont plus vulnérables que les hommes, et leur décès prive leur famille de leur principal soutien (figure 5).

⁵ Rapport d'ONUSIDA, le sida en chiffre en 2015

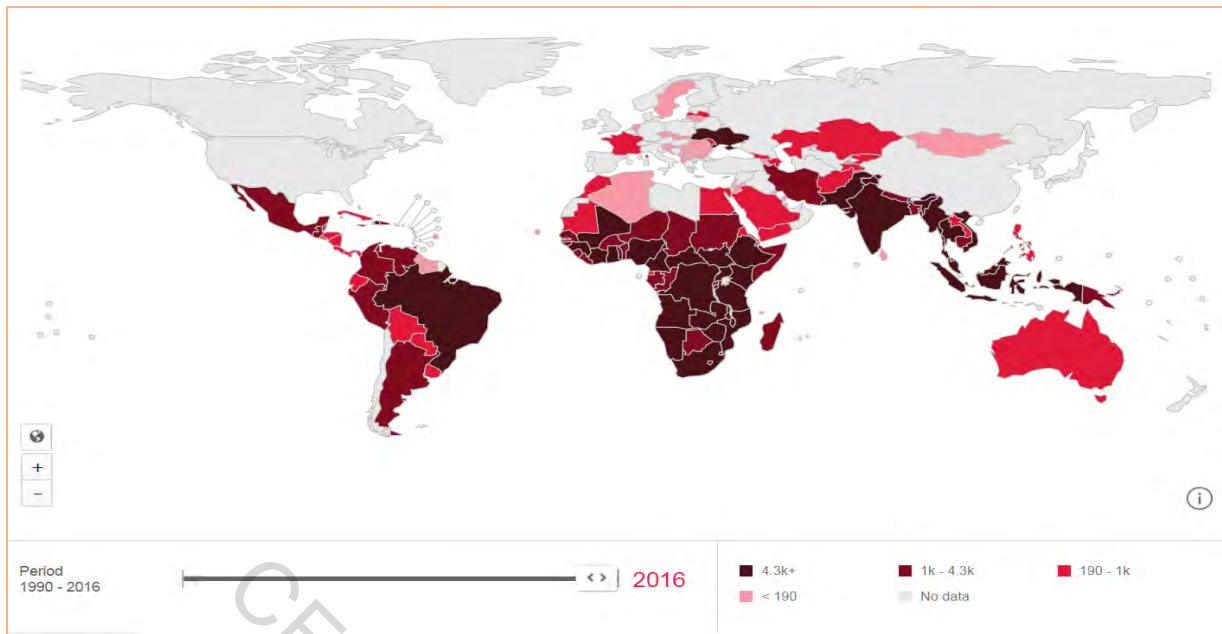


Figure 6: Carte de la mortalité du VIH de 1990 à 2016 dans le monde

Source : <http://aidsinfo.unaids.org/>

L'Afrique subsaharienne et l'Amérique latine restent les régions les plus touchées par les décès dus au VIH.

4.1.3.2 Au niveau social

Très souvent source de séparation en cas de sérodifférence dans le couple ou dislocation de la famille en cas de décès, le VIH/SIDA déstabilise nombre de ménages.

Aussi, le VIH vient augmenter la morbidité de la société. Le patient VIH sans traitement peut accroître les chances de contamination de la population car les virus peuvent se multiplier et augmenter le risque de nouvelles infections.

La disparition tragique et prématurée de parents à l'âge le plus productif affecte lourdement les familles. Lorsqu'un parent meurt, le ménage risque de se dissoudre et les enfants et orphelins vulnérables d'être envoyés vivre chez d'autres membres de la famille ou livrés à eux-mêmes.

4.1.3.3 Au niveau économique

Le VIH/SIDA appauvrit les familles des malades en occupant leur argent et leur temps. La maladie enfonce encore davantage les familles démunies dans la pauvreté. C'est ainsi que le VIH pèse sur les ménages par la perte de revenu et les dépenses élevées liées à la pathologie ; sur les entreprises par la réduction de la main d'œuvre, l'absentéisme, l'augmentation des coûts des prestations des services de santé et le paiement des indemnités de décès. La viabilité économique des petites exploitations agricoles et de l'agriculture commerciale est également compromise par la perte des travailleurs agricoles. La stabilité économique se trouve donc menacée par les préjudices subis par les entreprises et le secteur agricole. Dans bien des pays touchés, on pourra enregistrer des pertes de produit intérieur brut par rapport à une situation hypothétique d'absence du sida.

4.1.3.4 Au niveau systèmes de santé

Les systèmes de santé font face également à une augmentation de la demande de service induite par la prévalence du VIH. L'épidémie a paralysé les systèmes de santé déjà faibles en Afrique. La prise en charge multidisciplinaire de la maladie contraint les pays touchés à repenser la politique en matière de RHS. Les coûts associés au traitement du sida et des infections « opportunistes » continuent d'augmenter. L'affectation de ressources déjà limitées au VIH/sida détourne l'attention d'autres préoccupations de santé, avec la raréfaction des fonds publics pour les dépenses de santé.

4.2 ANALYSE DES CAUSES

4.2.1 CAUSES SELON LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Pour comprendre pourquoi certains malades enrôlés dans les cliniques du projet n'y restent plus, nous avons cherché tous les facteurs de risque possibles qui expliqueraient cette situation dans un certain nombre de pays.

- Dans les pays du Nord, il y a une variation entre les différentes cohortes, correspondant à différents systèmes de santé. L'étude réalisée par ANRS CO3-Aquitaine⁶ a trouvé 10,9% de PDV, quant à l'étude d'American Foundation of AIDS Research database ce taux, plus élevé, atteignait 16,5%, l'étude *prospective study on retention among HIV-infected women* a trouvé 18,0%. En France, le Comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) de l'Île-de-France Est a découvert qu'un patient sur quatre (24%) étaient perdus de vue. Ce taux est très inférieur à ceux observés dans les pays du Sud. La difficulté de comparaison demeure sur la définition de la perte de vue importante les 6 premiers mois de suivi (Malawi, étude MSF; ART-LINC). Une proportion très élevée de perdus de vue (21%) est observée parmi les patients initiant un traitement antirétroviral (Lusaka, Uganda). En Côte d'Ivoire, le taux de perdus de vue au cours des 12 premiers mois du traitement était de plus de 20% dans une étude sur les IAP en 2014.

La revue de la littérature classe les facteurs liés à la perte de vue en quatre groupes.

- **Facteurs Influençant la Sortie des Patients Vivant avec le VIH du Circuit de Traitement en Côte d'Ivoire en 2014⁷**

Pour cette étude les prédicteurs du statut de PDV incluent : les facteurs sociodémographiques (occupation et revenu), les facteurs comportementaux (tabagisme), les facteurs structurels (distance, signes précurseurs tels qu'avoir manqué au moins un rendez-vous pendant le traitement), les facteurs cliniques (stade OMS à l'initiation du traitement et présence d'effets secondaires), les croyances et attitudes (« ne pas croire en l'efficacité des ARV ou croire que l'on n'a plus besoin de continuer le traitement une fois que l'on se sent mieux »), l'utilisation de médicaments autres que ceux prescrits par les prestataires pour le traitement du VIH (y compris les

⁶ Cohorte Aquitaine - ANRS CO3

⁷ Les perdus de vue dans la file active de la région de Ségou

médicaments traditionnels), les obligations professionnelles, les facteurs liés au système de santé (avoir bien été préparé par le personnel avant le début du traitement, être satisfait des services reçus, et être membre d'une association de PVVIH).

- **GREGOIRE LUPTON, Sociologue a orienté la recherche de son mémoire de sociologie sur « les perdus de vue dans la file active de la région de Ségou »**

Après une phase de recherche active des perdus de vue, il a mené une analyse des caractéristiques des patients perdus de vue. Il a trouvé que la qualité des soins et l'éloignement du centre de prise en charge jouent sur les risques d'être perdus de vue. Il a également trouvé que la nature de la cellule familiale et l'état de santé (IMC) jouent sur l'assiduité du patient.

- **Article publié sur l'arrêt de fréquentation du CHU du point G de Bamako par les patients sous thérapie antirétrovirale : analyse longitudinale des facteurs de risques.** Selon cette étude, les facteurs significativement associés à cet arrêt de fréquentation sont la longue distance entre la résidence du patient et le CHU du point G, le sexe masculin, la profession, les changements de schéma thérapeutique, les patients de plus de 50 ans et l'année de début du traitement ARV.

4.2.2 SYNTHÈSE DE LISTE DES CAUSES

L'étude est entreprise dans l'optique de contribuer à la résolution du problème de la croissance des attritions. La question qui se pose est : Quelles sont les causes des attritions ? Il s'est agi d'une recherche menée de telle sorte que les acteurs sociaux, sujets de la recherche, s'y trouvent eux-mêmes engagés en contribuant à identifier et à élaborer une solution au problème étudié. Outre la littérature, ont été également impliqués les prestataires qui sont en contact direct avec les patients, qui sont leurs confidents. Ont été interrogés en brainstorming les prestataires qui ont évoqué une cause supplémentaire représentée par les abandons du fait des effets indésirables des molécules ARV.

- ✓ ***Les causes de l'attrition sont liées à une caractéristique de patients.***

Les caractéristiques sont socio démographiques, économiques, cliniques ou biologiques

- ✓ ***Les causes de l'attrition sont liées à l'organisation du système***

La disposition organisationnelle qu'il s'agisse d'un système de santé centralisé, d'un système de santé décentralisé, ou déconcentré.

✓ **Les causes de l'attrition sont liées au prestataire**

Ces causes sont à travers le mauvais accueil, l'attente, le manque de confidentialité, la qualité des soins

✓ **Les causes de l'attrition sont liées à la société**

La perception de VIH et des PVVIH dans la communauté, les croyances religieuses, la consommation des ARV

✓ **Les causes des attritions sont liées aux effets indésirables des médicaments :**

Les prises de certaines molécules selon les formes peuvent amener les patients à ne plus fréquenter les centres de santé. Les effets indésirables et secondaires sont à la base de ces abandons.

4.2.3 CADRE DU DEVENIR DU PATIENT

Pour cette étude, il a été estimé que la rétention ou l'attrition sont liées à quatre facteurs :

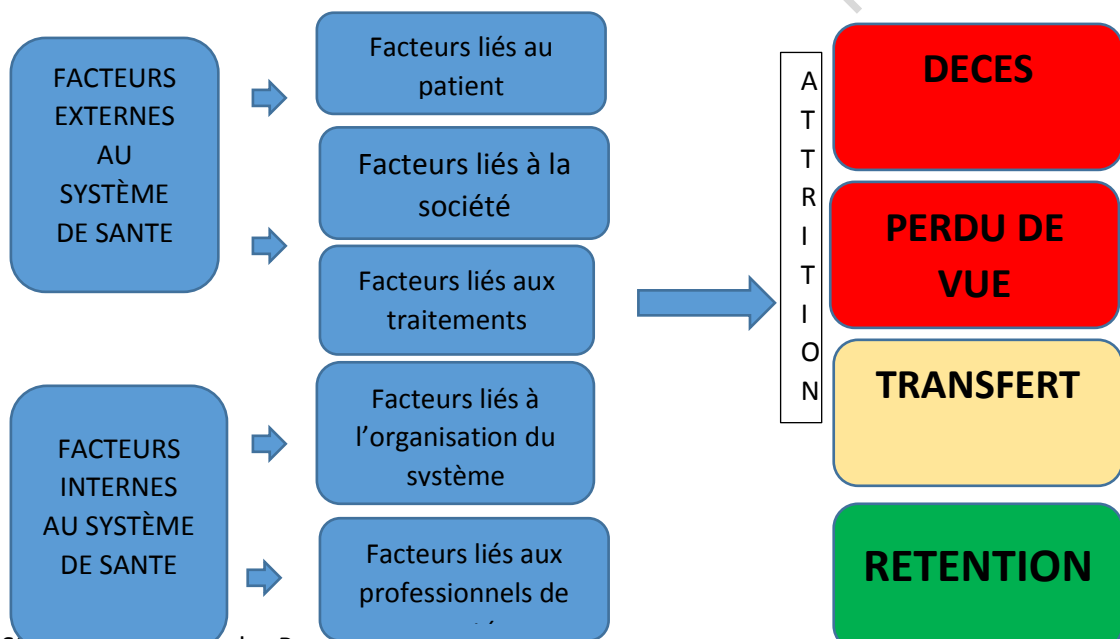


Figure 7: Cadre du devenir du patient VIH

CESAG - BIBLIOTHEQUE

4.2.4 CLASSIFICATION DES CAUSES

La classification à l'aide du diagramme d'Ishikawa donne le graphique qui suit :

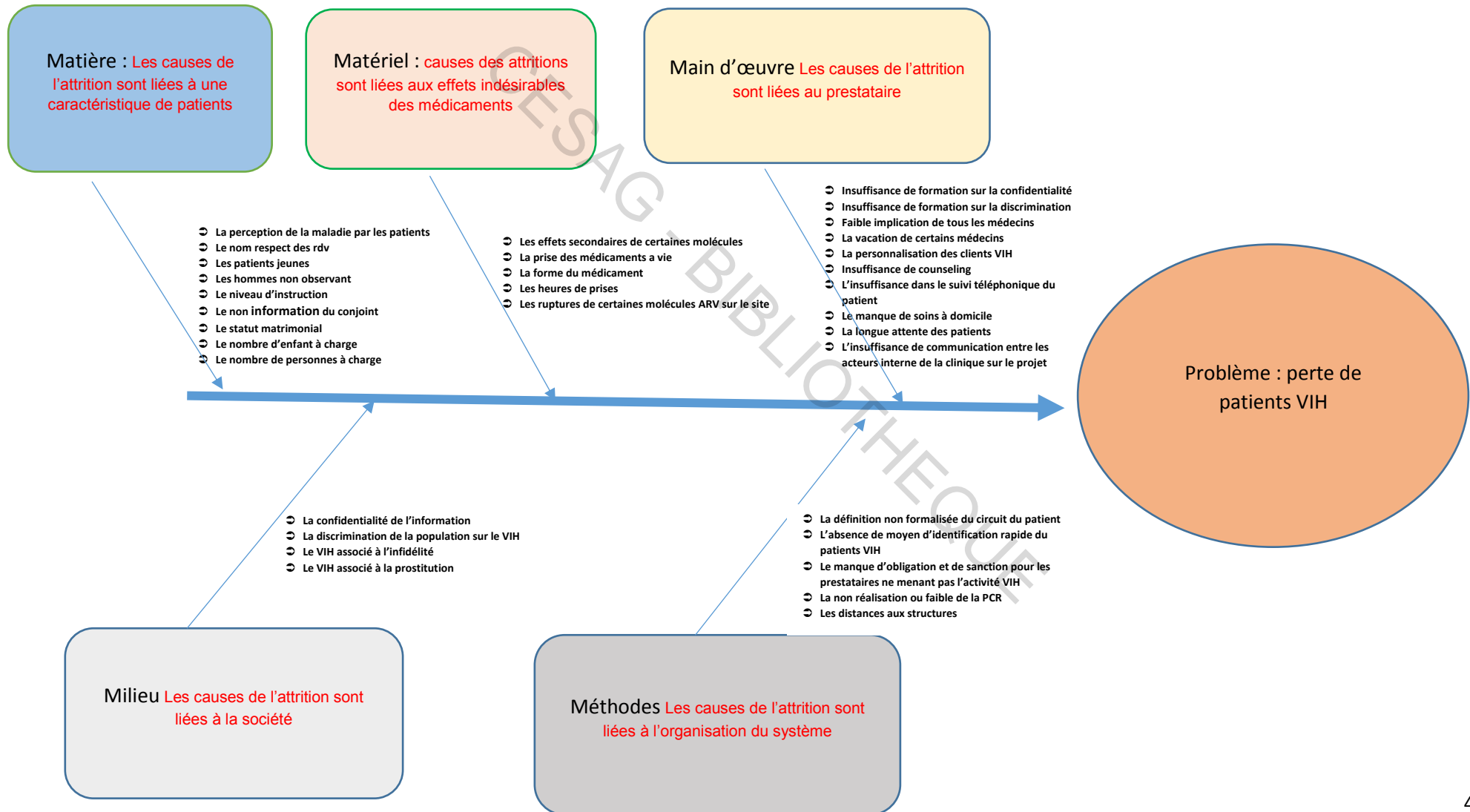


Figure 8: Diagramme d'Ishikawa

Estimation et Hiérarchisation des causes par focus groupe

Les 5 acteurs ont coté les causes principales selon le tableau ci-dessous

Tableau 1 : Pondération des causes par les acteurs

| Membres | A | B | C | D | E | TOTAL |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Caractéristique de patients | 20 | 10 | 10 | 25 | 30 | 95 |
| Organisation du système | 15 | 10 | 10 | 20 | 5 | 60 |
| Au prestataire | 40 | 50 | 50 | 35 | 50 | 225 |
| Société | 15 | 20 | 10 | 15 | 10 | 70 |
| Effets indésirables des médicaments | 10 | 10 | 20 | 5 | 5 | 50 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 500 |

Le rangement par ordre de grandeur, a permis d'établir le tableau ci-dessous :

Tableau 2: Priorisation des causes

| Membres | TOTAL | % | % cumulé |
|---|--------------|-------------|-----------------|
| Liées aux prestataires | 225 | 45% | 45% |
| Liées à de patients | 95 | 19% | 64% |
| Liées à la Société | 70 | 14% | 78% |
| Liées à l'Organisation du système | 60 | 12% | 90% |
| Liées aux effets indésirables des médicaments | 50 | 10% | 100% |
| TOTAL | 500 | 100% | |

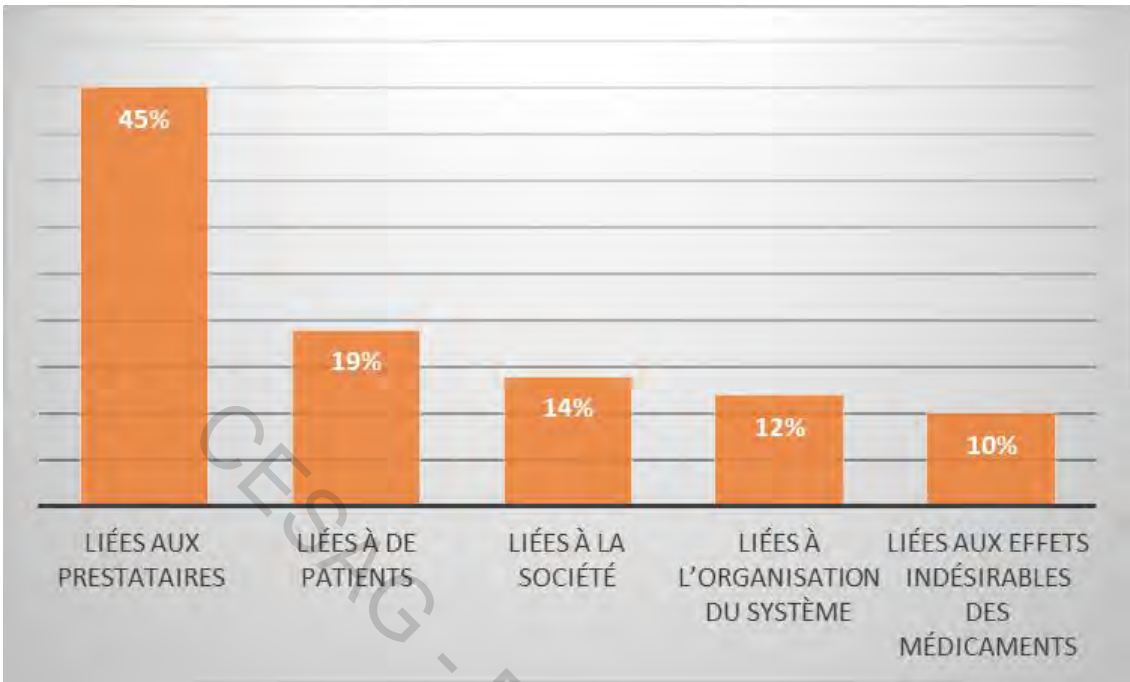


Figure 9: Histogramme d'estimation des causes du problème

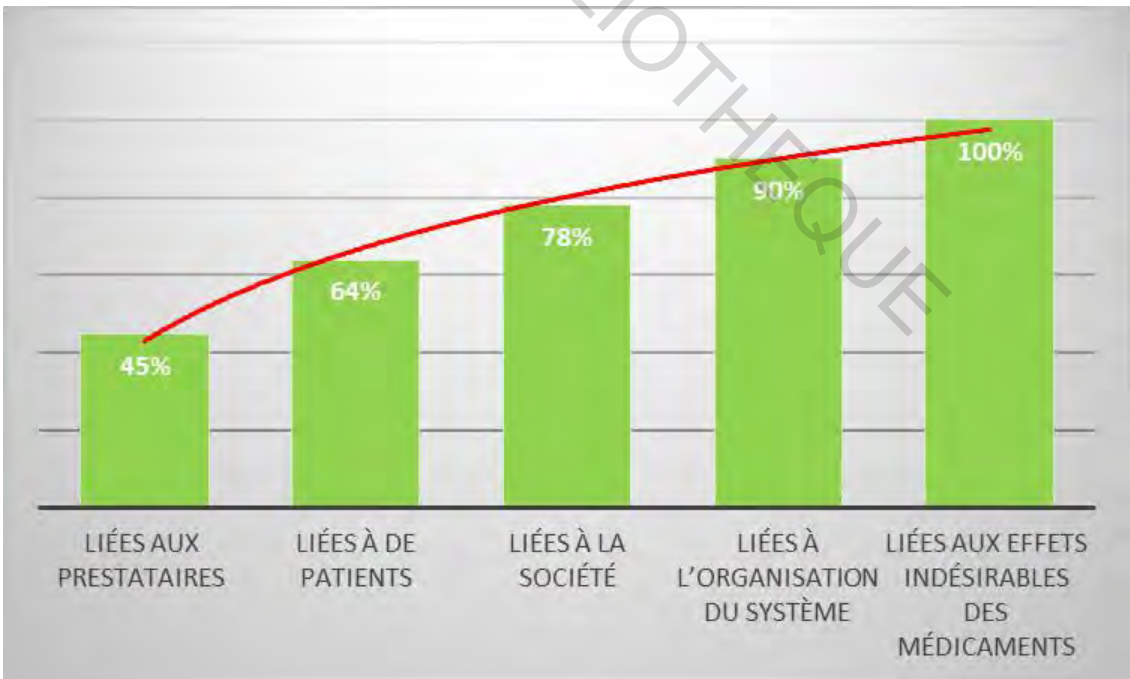


Figure 10: Courbe ABC des causes du problème

⇒ DISCUSION DE CLASSIFICATION DES CAUSES

Chaque acteur a estimé, sur un score de 100 points, la contribution de chaque cause au phénomène de perdu de vue de patients. Selon les *tableaux 1 et 2*, et les *figures 9 et 10* Au total, 500 point ont été repartis. La cause la plus importante (45% des points évoqués) est la cause provenant du prestataire. Elle est suivie des causes induites par le patient lui-même ; soit de 19%. L'impact de la communauté sur les patients est estimé à 14% des responsabilités de la perte des patients. L'organisation du système de santé et les effets indésirables des médicaments sont les moins importants avec respectivement 12% et 10%. Pour le groupe, la cause à solutionner était celle générée par les prestataires car, selon ces résultats, un patient sur deux est perdu de vue du fait d'un manquement d'un prestataire.

Pour corroborer cette décision la validation à travers une enquête a été entreprise.

CFASAG - BIBLIOTHEQUE

4.2.1 VALIDATION DES CAUSES PAR ENQUETE

4.2.5.1 Analyse des données de routine en cascade

4.2.5.1.1 Résultats du Conseil et Dépistage

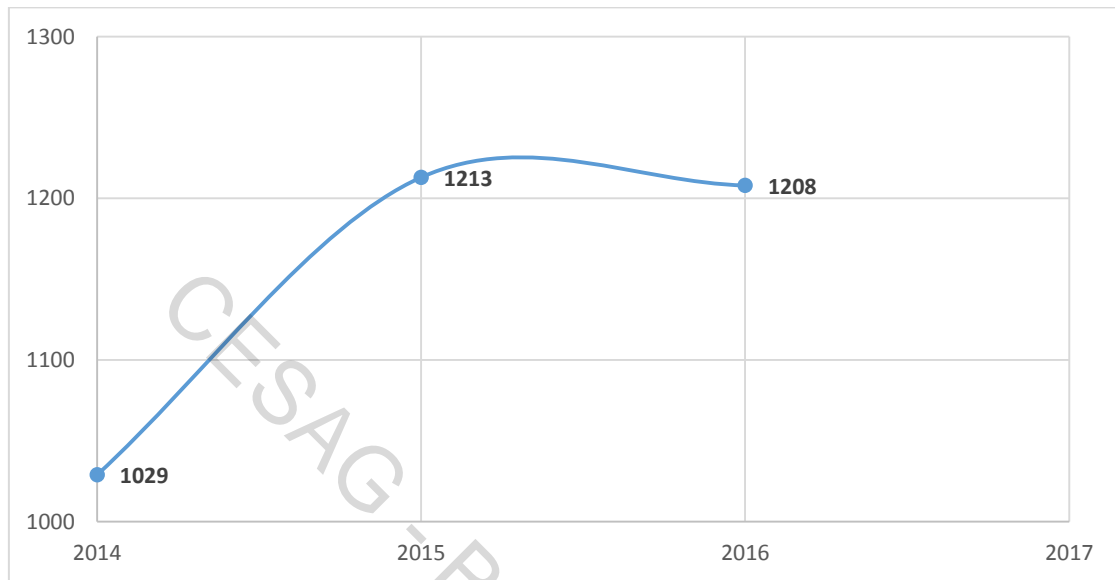


Figure 11: Courbe d'évolution des patients dépistés de 2014 à 2016

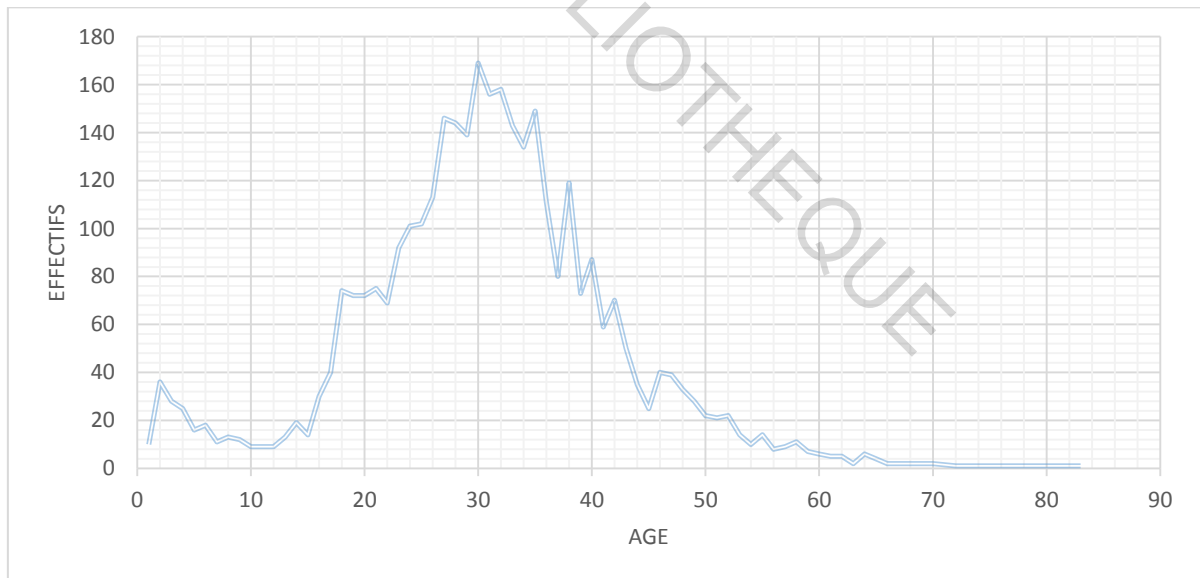


Figure 12: Courbe des patients selon l'âge

- **Croisement sexe et âge des patients conseillés et dépistés**

Tableau 3: Paramètres de l'âge des patients conseillés et dépistés par sexe

| Sexe | Moyenne | N | Ecart-type | Maximum | Minimum | Médiane de groupes |
|-------|---------|------|------------|---------|---------|--------------------|
| F | 30,00 | 2561 | 9,690 | 74 | 1 | 30,16 |
| M | 33,21 | 889 | 14,938 | 83 | 1 | 33,77 |
| Total | 30,83 | 3450 | 11,363 | 83 | 1 | 30,80 |

Tableau 4: Comparaison de l'âge selon le sexe des patients conseillés et dépistés

| | Somme des carrés | df | Moyenne des carrés | F | Signification |
|-----------------------------|------------------|------|--------------------|--------|---------------|
| Age * Inter-groupes Combiné | 6791,648 | 1 | 6791,648 | 53,399 | ,000 |
| Sexe Intra-classe | 438544,081 | 3448 | 127,188 | | |
| Total | 445335,729 | 3449 | | | |

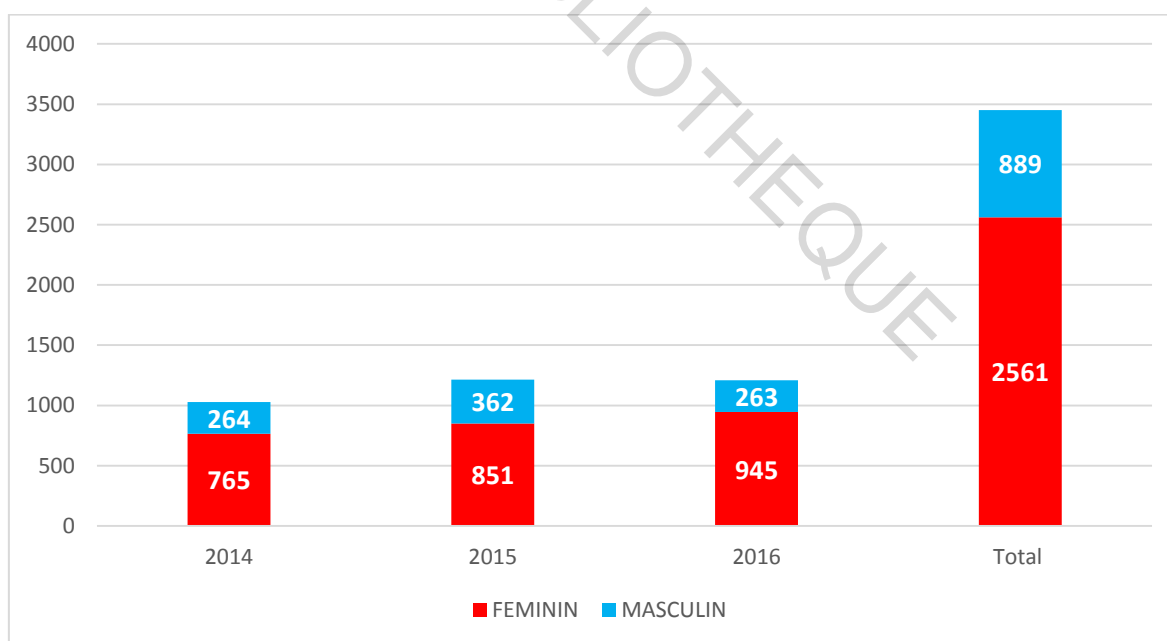


Figure 13: Histogramme des patients dépistés selon l'année et le sexe

$889/2562 = 1$ homme pour 3 femmes

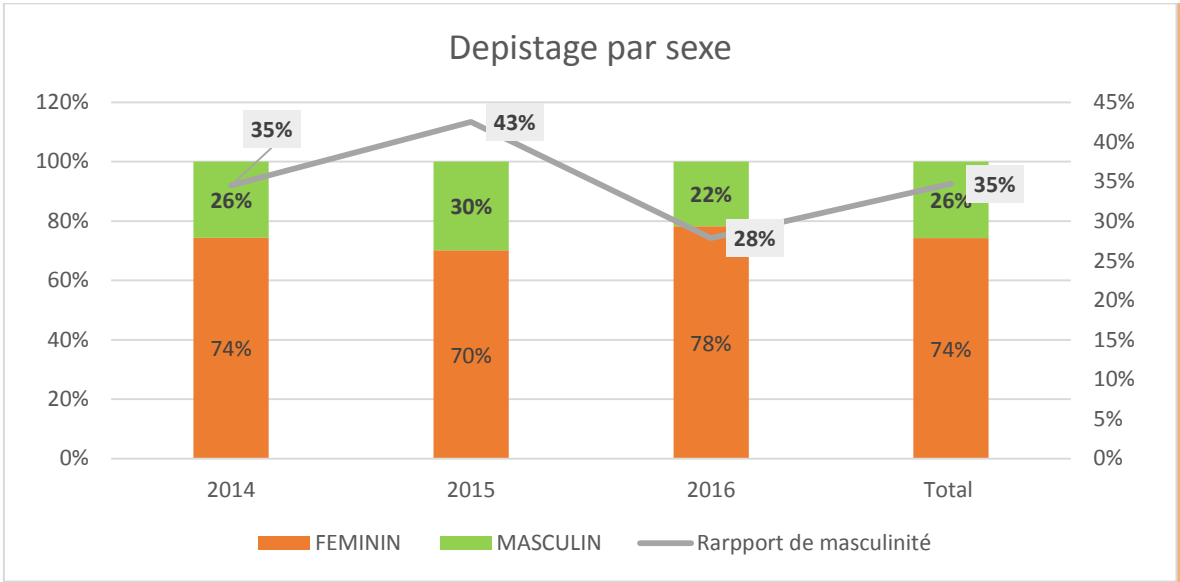


Figure 14: Histogramme des proportions des patients dépistés selon le sexe et l'année

889/2562= 1 homme pour 3 femmes

Dépistés positifs

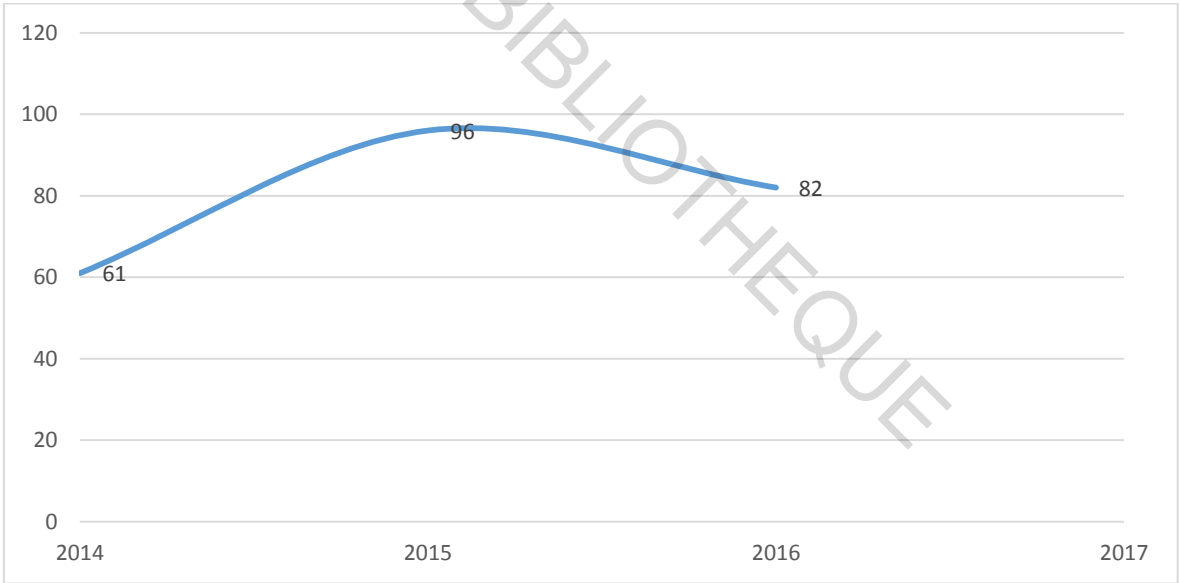


Figure 15: Courbe d'évolution des patients dépistés positifs de 2014 à 2016

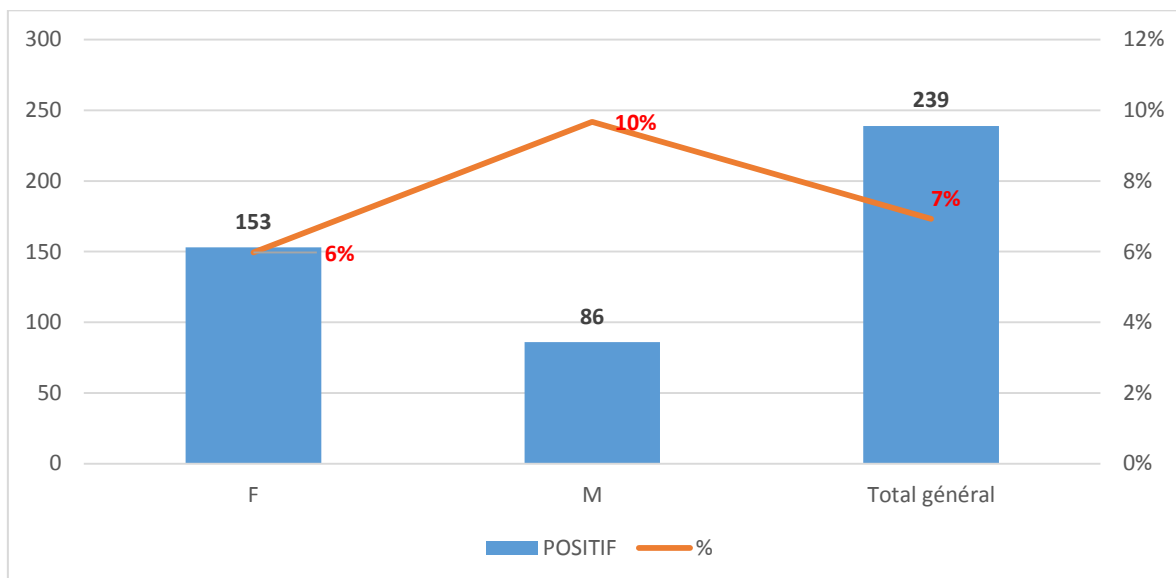


Figure 16: Graphique des patients dépistés positifs et taux de séropositivités selon le sexe

1 homme = 2 femmes

| GROUPES D'AGE | CD | POSITIF |
|---------------|-----|---------|
| 1-5 | 3% | 2% |
| 6-10 | 2% | 1% |
| 11-15 | 2% | 2% |
| 16-20 | 8% | 3% |
| 21-25 | 13% | 4% |
| 26-30 | 21% | 10% |
| 31-35 | 22% | 21% |
| 36-40 | 14% | 20% |
| 41-45 | 7% | 11% |
| 46-50 | 5% | 11% |
| 51-55 | 2% | 10% |
| 56-60 | 1% | 4% |
| 61-65 | 1% | 1% |
| 65+ | 0% | 1% |

Figure 17: Histogrammes des patients dépistés et des positifs identifiés selon le groupe d'âge

Tableau 5: Croisement du sexe des patients conseillés et dépistés et de la sérologie

| | Sérologie | | Total |
|--------|-----------|---------|-------|
| | NEGATIF | POSITIF | |
| Sexe F | 2408 | 153 | 2561 |
| Sexe M | 803 | 86 | 889 |
| Total | 3211 | 239 | 3450 |

Tableau 6: Comparaison entre le sexe et la sérologie des patients conseillés et dépistés

Tests du Khi-deux sexe sérologie

| | Valeur | ddl | Signification asymptotique (bilatérale) | Signification exacte (bilatérale) | Signification exacte (unilatérale) |
|--|---------------------|-----|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| Khi-deux de Pearson | 14,009 ^a | 1 | ,000 | | |
| Correction pour la continuité ^b | 13,441 | 1 | ,000 | | |
| Rapport de vraisemblance | 13,107 | 1 | ,000 | | |
| Test exact de Fisher | | | | ,000 | ,000 |
| Nombre d'observations valides | 3450 | | | | |

889/2562= 1 homme pour 3 femmes

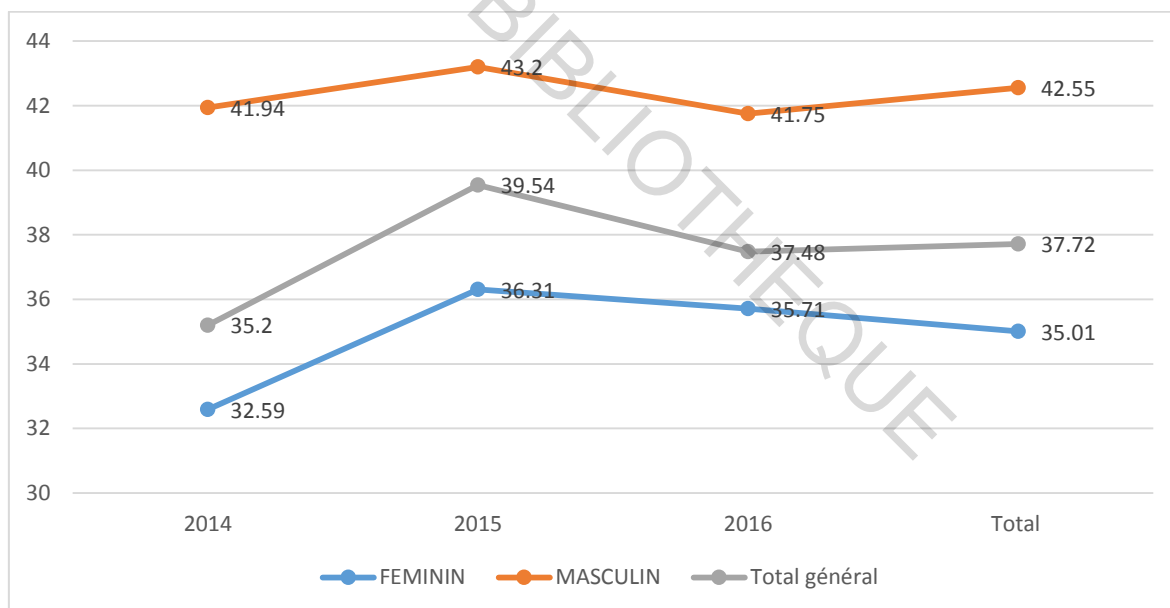


Figure 18: Evolution de l'âge moyen des patients dépistés positifs selon le sexe de 2014 à 2016

⇒ DISCUSSION DU CONSEIL ET DEPISTAGE EN ROUTINE

Dans la période d'août 2014 (début du projet) à décembre 2016 (fin du projet), 3 450 patients ont été testés pour le VIH. La courbe des âges est une distribution normale symétrique puisque la moyenne d'Age de 30,83 est sensiblement égale à la médiane qui vaut 30,80. L'écart-type est de 11,36, ce qui renvoie à un coefficient de variation (CV) de 37% ; cela veut dire que la dispersion autour de la moyenne est relativement faible. Par ailleurs le dépistage a été réalisé aussi bien auprès des hommes que des femmes, mais avec des proportions inégales. En effet, 26% des dépistages réalisés ont été faits pour des hommes, et 74% pour des femmes, ce qui représente un homme pour 3 femmes. Ce ratio est le même que celui qui apparaît dans le RASS 2015, et a même valeur que le ratio national. Aussi, l'analyse de l'âge par sexe révèle, que de façon générale, les hommes dépistés sont plus âgés que les femmes avec des moyennes respectives de 33,21 et 33,0 ans. Le dépistage des enfants de moins de 15 ans était de 7%.

Les résultats des tests ont donné 239 positifs soit un taux de séropositivité de 7% qui est plus élevé chez les hommes (10%) que chez les femmes (6%). Cette différence attestée par le test de khi-deux, donne un lien fort entre le sexe et le résultat du test. Le taux de positivité appelé « yield » par le PEPFAR est des plus élevés du pays. Il est de 3% au niveau national. L'âge moyen des positifs varie d'un sexe à l'autre : 42,55 ans chez les hommes et 35,01 ans chez la femme. Le graphique sur la comparaison en proportions des dépistages et des positifs montre que 21% des dépistages réalisés auprès des clients de 16 à 25 ans dans la clinique ont donné 7% de positifs. Par contre, 7% de dépistages réalisés pour les 41-50 ans ont donné 22% de positifs.

4.2.5.1.2 Soins et Traitement ARV

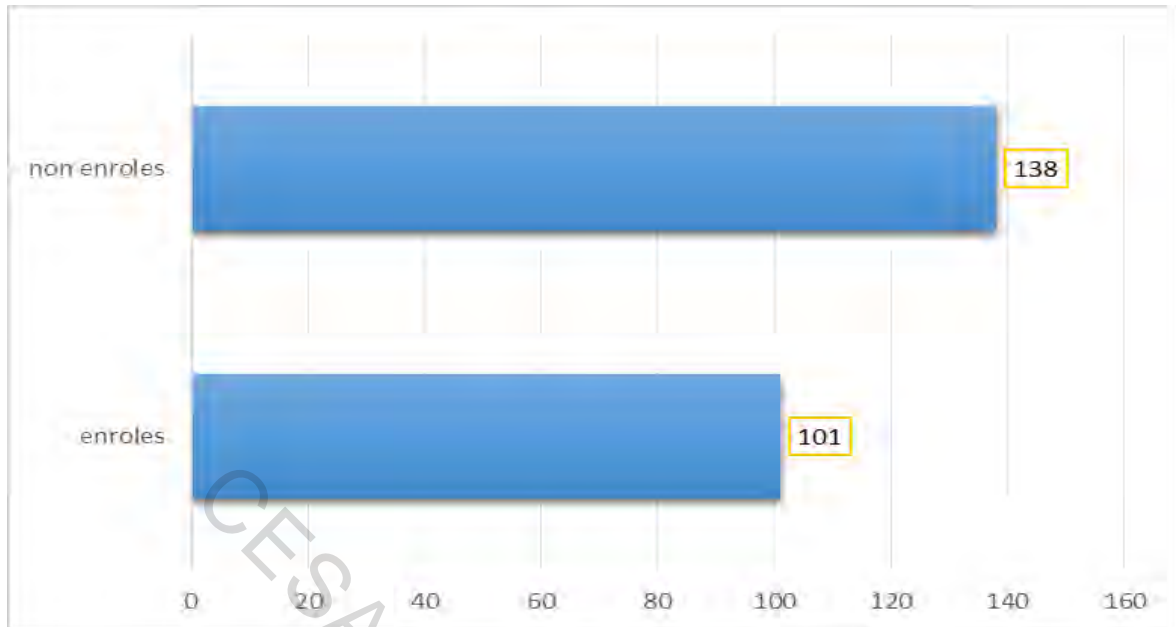


Figure 19: Histogramme de l' enrôlement des patients positifs dans le traitement ARV

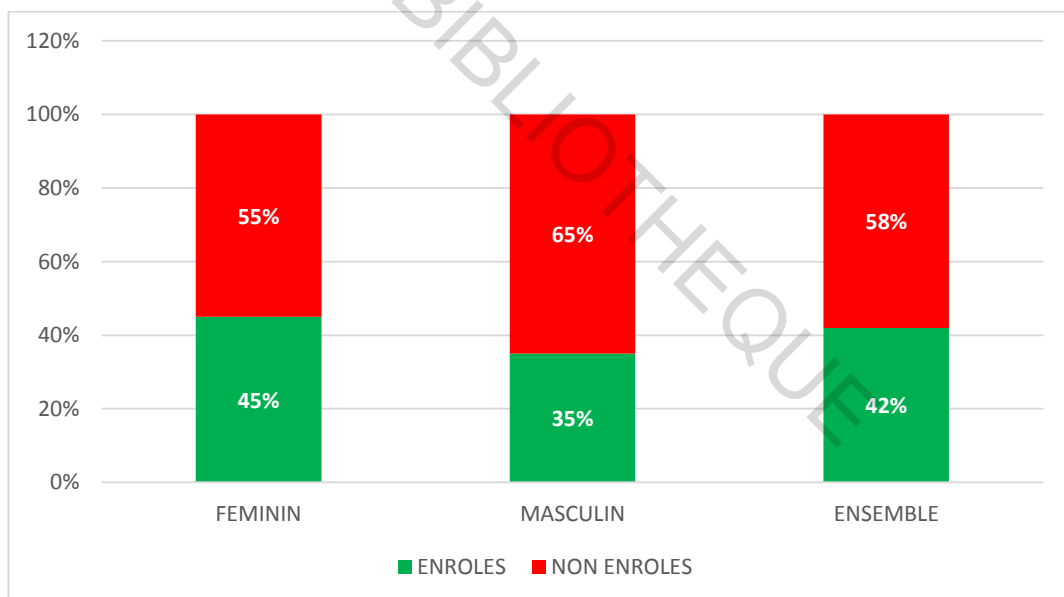


Figure 20: Histogramme du taux d' enrôlement selon le sexe

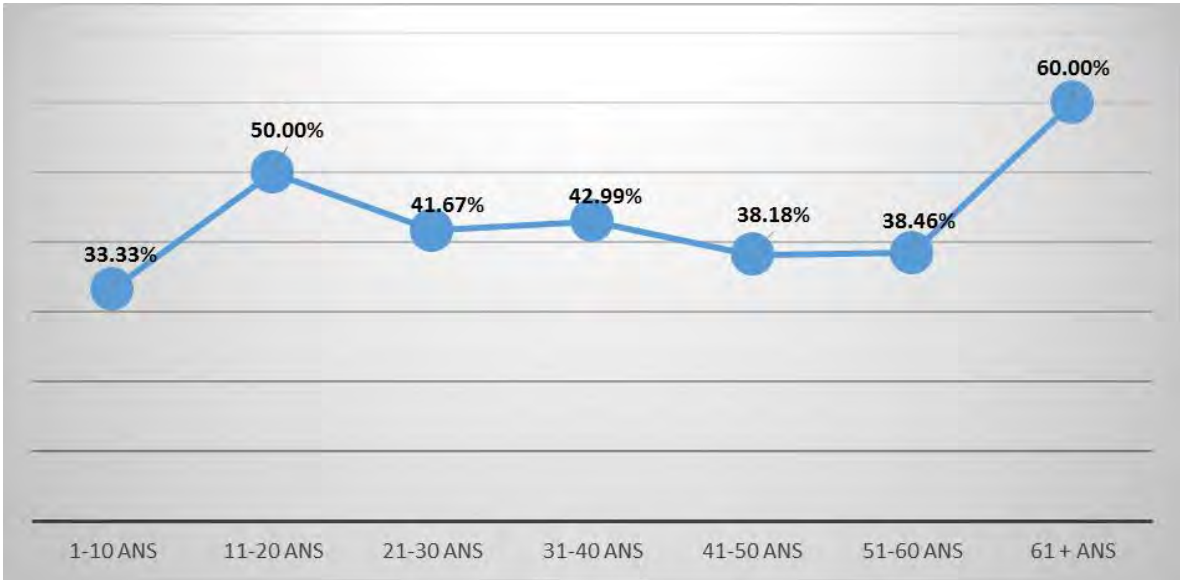


Figure 21: Proportion de la mise sous ARV par groupe d'âge

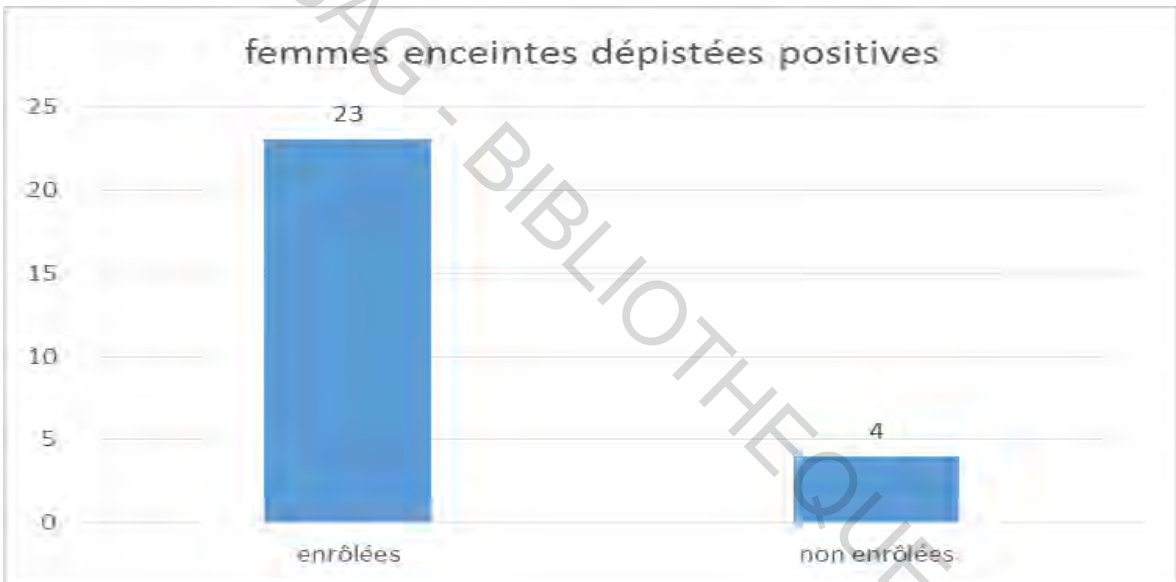


Figure 22: Histogramme de l'enrôlement des femmes enceintes dépistées positives

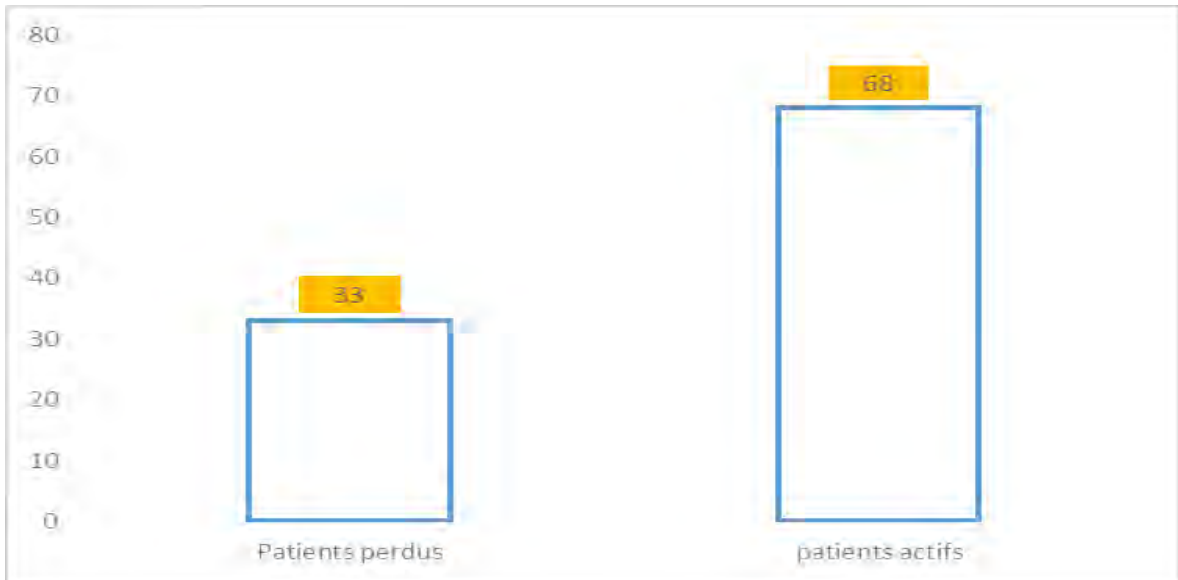


Figure 23: Histogramme du devenir des patients sous ARV

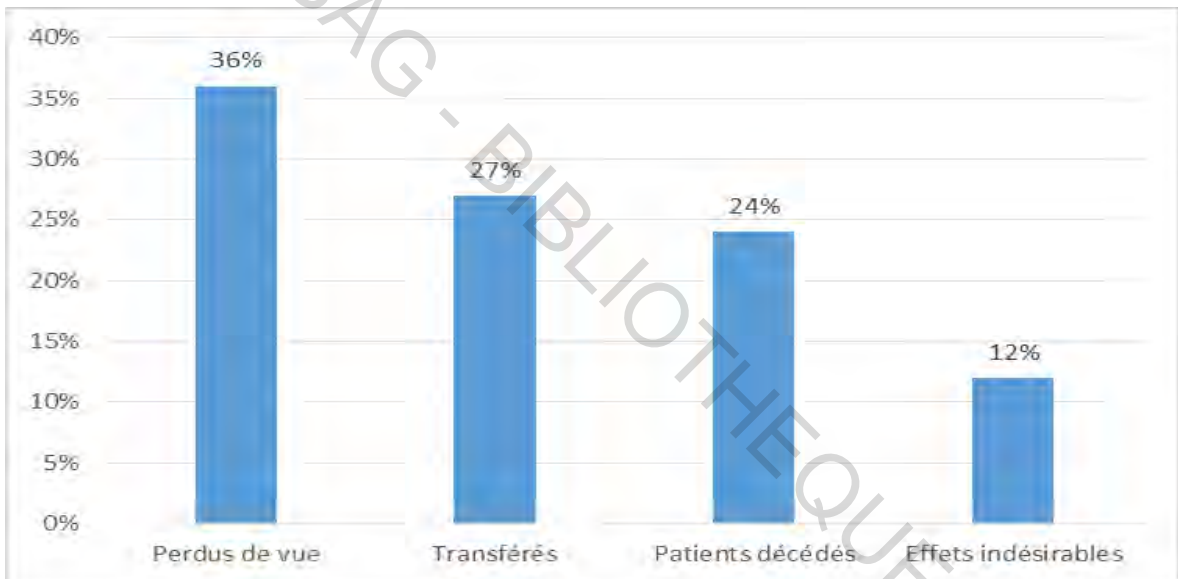


Figure 24: Histogramme des causes des patients perdus

➤ DISCUSSION SOINS ET TRAITEMENT ARV

Selon les figures ci-dessus (*figures 19-24*), au total, 239 patients ont été dépistés positifs au VIH au cours de cette période. Le taux d'enrôlement dans les soins est de 42% (101 patients) et 138 patients n'ont pu être enrôlés à cause d'un certain nombre de raisons. Il s'agit notamment des dépistages réalisés au laboratoire sans counseling adéquat, des patients décédés, de certains patients qui sont suivis dans d'autres structures qui réalisent à nouveau le test sans information préalable du prestataire. Ces raisons ont été évoquées par les prestataires. Cependant, le poids de chaque cause n'a pu être estimé en raison de l'insuffisance de traçabilité sur cette variable. L'analyse plus affinée des données montre une déférence de 10 points entre les femmes (45%) et les hommes (35%). Pour l'âge, les enfants âgés de moins de 10 ans enregistrent le taux le plus faible ; en effet, sur 3 enfants dépistés positifs, seulement un est enrôlé dans les soins. Et la moitié des adolescents (11-20 ans) sont enrôlés. De 21 ans à 60 ans, le taux d'enrôlement reste autour de 40% ; il atteint 60% pour les personnes du troisième âge. Aussi, 27 femmes enceintes ont été dépistées au cours de la même période, et 23 d'entre elles (85%) ont été enrôlées et mises sous ARV ; les 4 autres femmes non enrôlées étaient en salle d'accouchement, elles connaissaient leur statut et étaient suivies sur des sites du secteur publique.

Parmi les 101 patients enrôlés, 33 (le tiers) sont sortis de la cohorte des patients suivis. Ces patients se répartissent en quatre entités : Perdus de vue (36%), Transférés dans un autre site (27%), Décédés (24%), et Effets indésirables (12%).

4.2.5.2 Analyse des données de l'enquête

4.2.5.2.1 Caractéristiques des patients

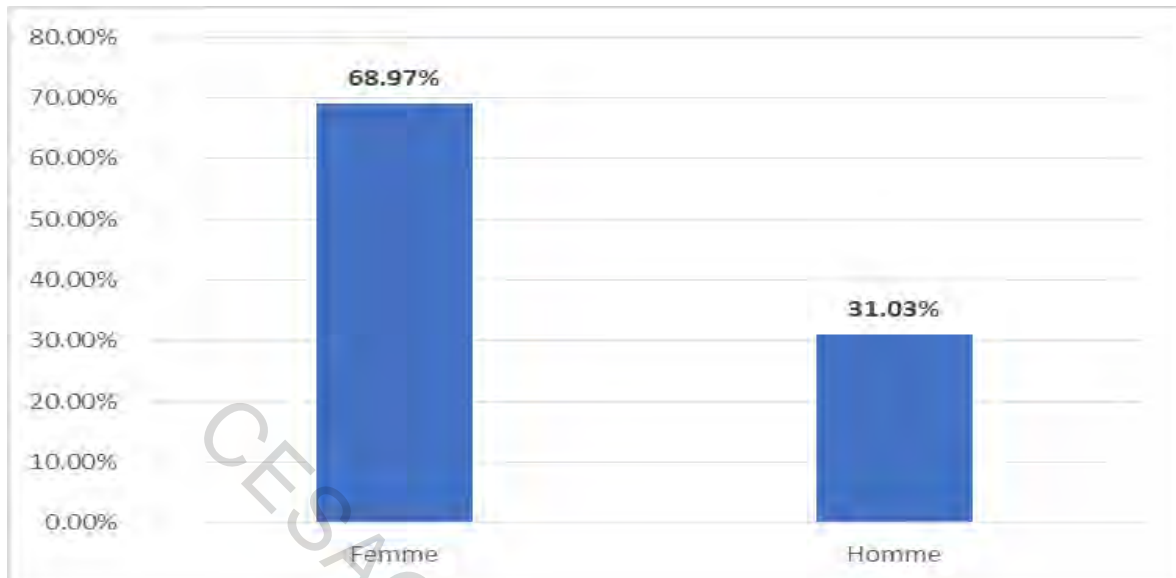
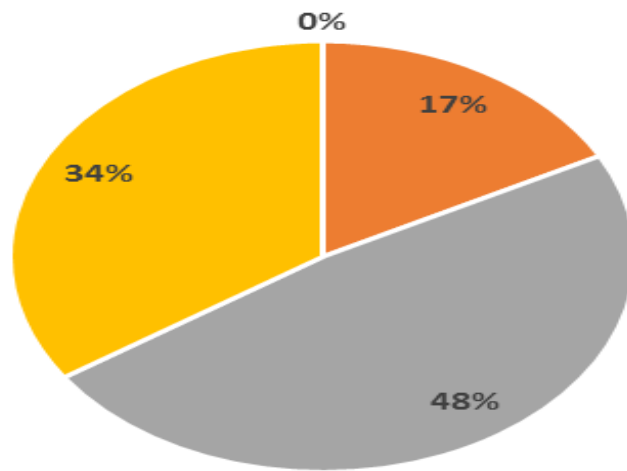


Figure 25: Répartition des enquêtés par sexe

| groupes d'âge | fréquences absolues | fréquences relative |
|---------------|---------------------|---------------------|
| 21-30 | 8 | 14% |
| 31-40 | 30 | 52% |
| 41-50 | 10 | 17% |
| 51-60 | 8 | 14% |
| 61-70 | 2 | 3% |
| Total général | 58 | 100% |

Figure 26 Répartition des enquêtés par groupe d'âge



■ Non scolaire ■ Primaire ■ Secondaire ■ Supérieur

Figure 27: Répartition des enquêtés par niveau d'instruction

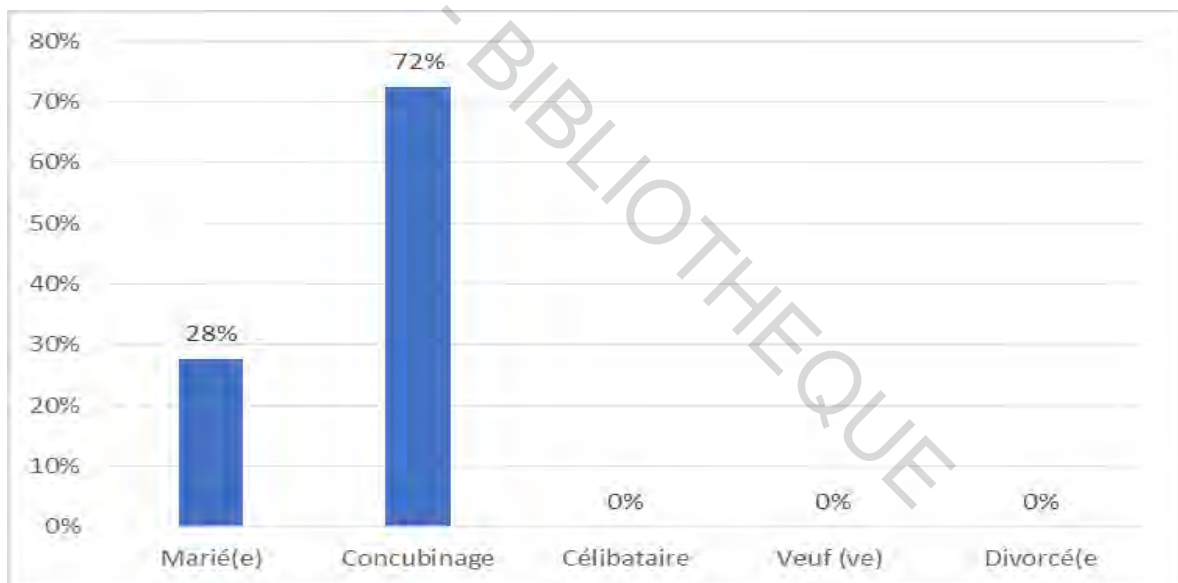


Figure 28: Répartition des enquêtés selon le statut matrimonial

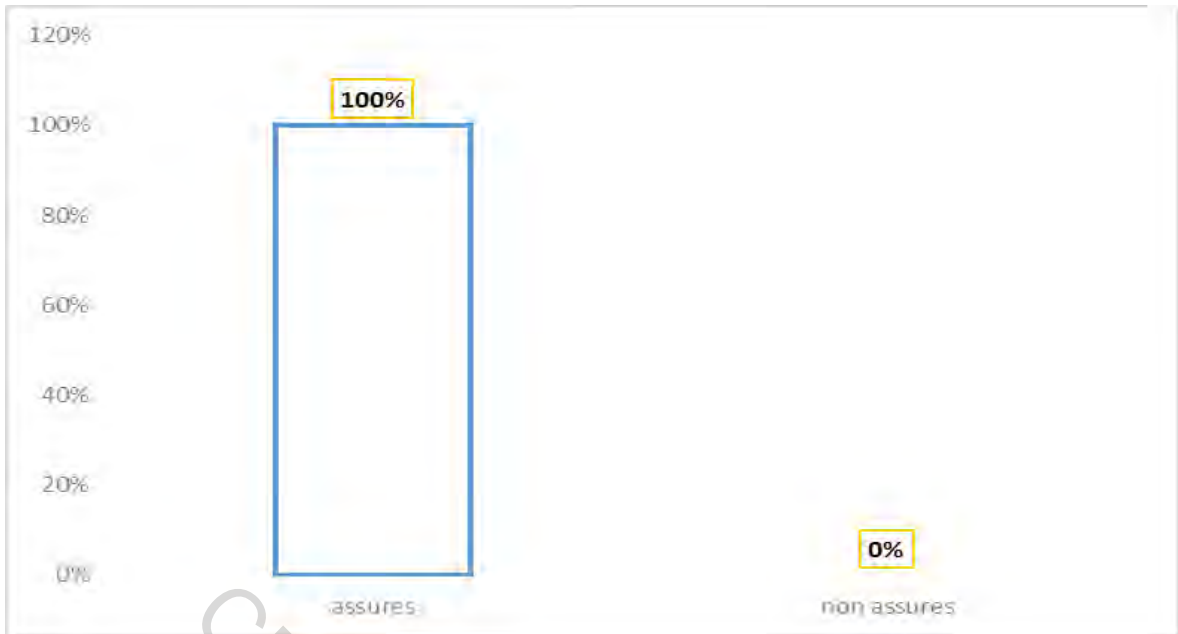


Figure 29: Répartition des enquêtés par assurés et non assurés

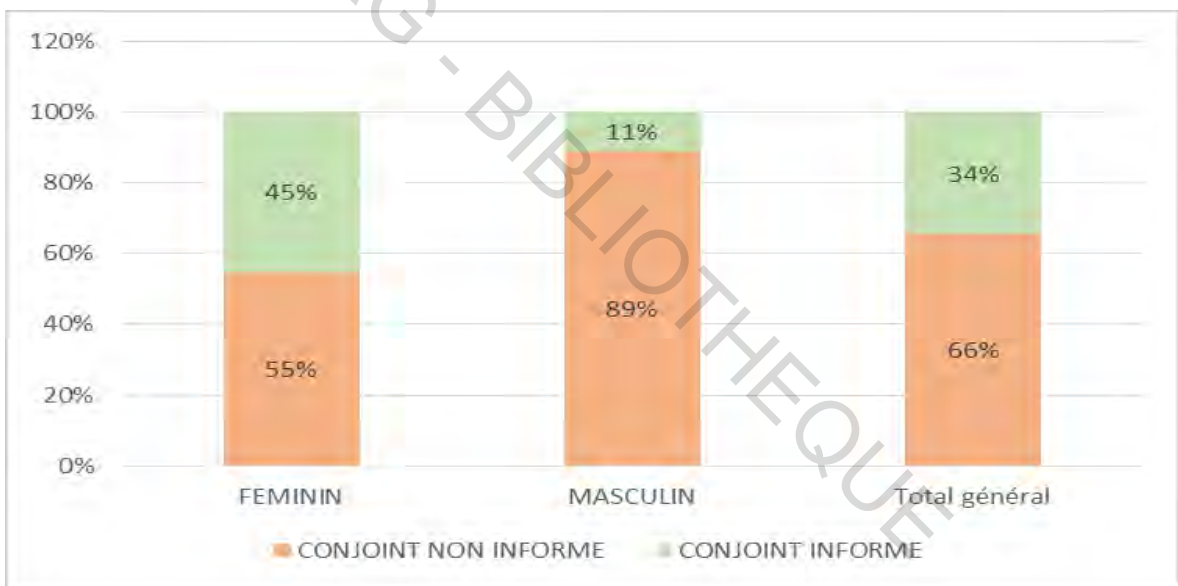


Figure 30: Répartition des patients selon qu'ils aient ou pas informés leur conjoint

4.2.5.2 Etat clinique des patients

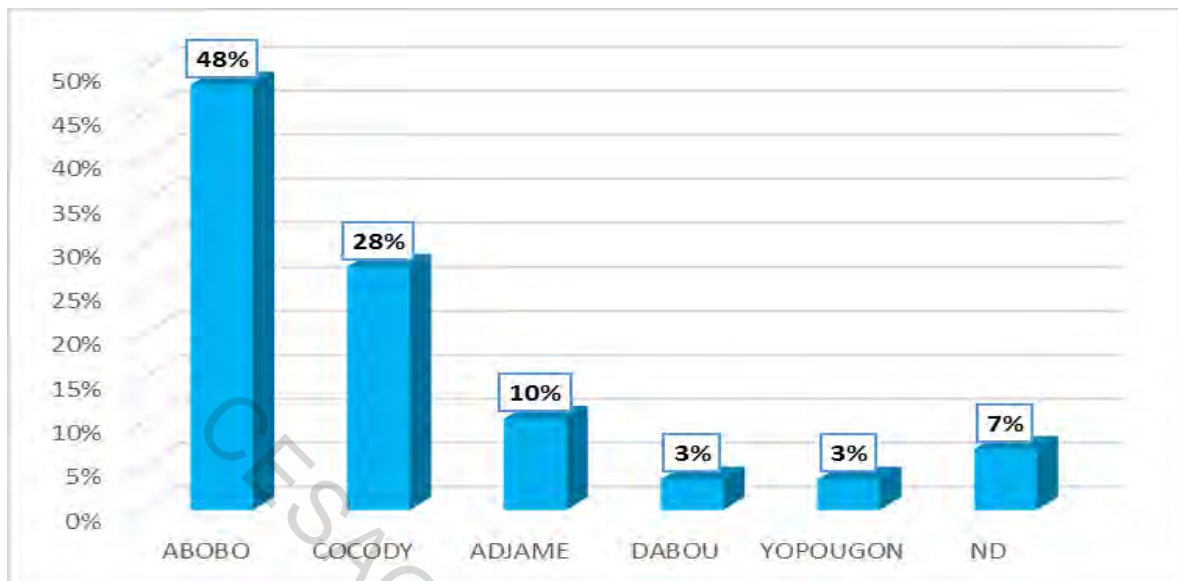


Figure 31: Répartition des enquêtés selon la commune de résidence

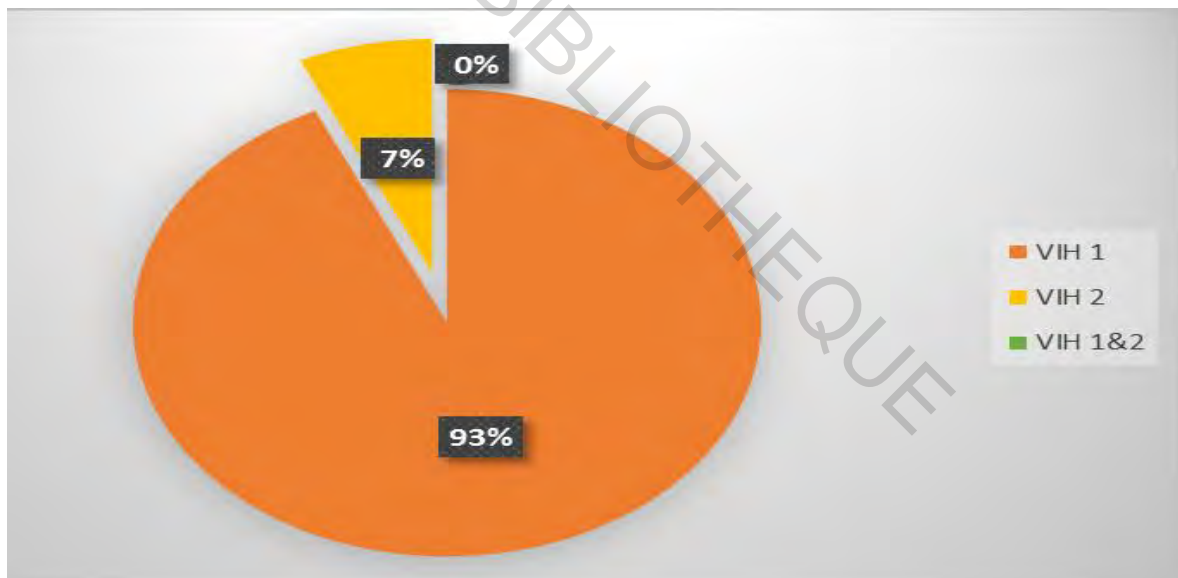


Figure 32: Répartition des enquêtés selon le type de VIH

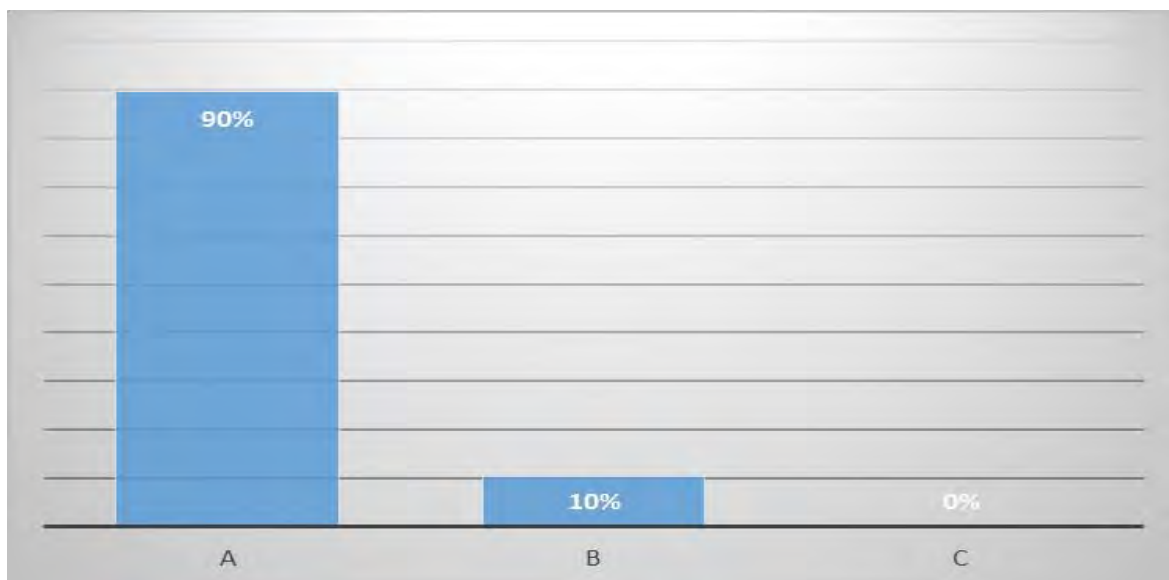


Figure 33: Répartition du VIH selon la catégorie OMS

➔ DISCUSSION DES CARACTÉRISTIQUES ET ÉTATS CLINIQUES DES PATIENTS

Les figures 25 à 33 nous ont permis de discuter les caractéristiques et les états cliniques des Patients.

Parmi les 68 patients vivant avec le VIH et suivis dans le site, 58 ont été interviewés : 40 femmes (69%) et 18 hommes (31%). Le mode qui représente presque la moitié des clients interviewés 52% est 31-40 ans. La moyenne d'âge est de 39 ans. Concernant le niveau d'étude de ces patients, tous les patients interviewés ont au moins fait des études primaires, 83% ont atteint le secondaire et le tiers (34%) ont fait des études supérieures. Tous les interviewés avaient une assurance maladie prenant en charge les frais complémentaires non couverts par le projet : consultation et examens complémentaires. En effet, ils vivaient tous en couple (mariage légale ou concubinage) et, au moins, un membre du couple avait un emploi dont l'employeur assurait médicalement la famille.

Par ailleurs, Le partage du statut sérologique pour le VIH avec le partenaire est encouragé par l'OMS, et les professionnels de santé sont censés, au cours du conseil post test, discuter avec les patients de la manière de partager, surtout si le statut VIH est positif, avec le partenaire ou un tiers, parce qu'un tiers informé peut apporter un soutien pour une personne atteinte notamment pour la prise régulière de son traitement. Pour les patients interviewés, c'est un sur trois qui a partagé son

statut avec son partenaire. On constate également que la proportion de femmes qui partagent l'information à leur partenaire (45%) est plus élevée que chez leurs homologues de sexe masculin (11%). La plus part des patients ont pour lieux d'habitations Abobo (48%) la commune d'implantation de la clinique, Cocody (28%) la commune voisine à l'est de la clinique, Adjamé (10%) la commune voisine au Sud. Certains malades viennent de communes lointaines comme la commune de Yopougon (3%), à au moins 10 km de la clinique et Dabou (3%), hors d'Abidjan à près de 40 km de la clinique. Pour des raisons de confidentialités, 7% ont choisi de ne pas donner leur commune de provenance.

Aussi, la figure 3 montre que les patients interrogés sont atteints en majorité de VIH 1 le plus important sur le continent africain et 7% souffrent de VIH 2 ; le VIH dual n'a pas été trouvé lors de cette étude. Pour un bon suivi et la surveillance de l'épidémie de VIH et pour fournir aux cliniciens et aux patients des informations importantes sur l'étape de la maladie du VIH et de prise en charge clinique, le CDC a classifié la gravité de la maladie du VIH par le nombre de cellules CD4 et par la présence de conditions spécifiques liées au VIH regroupe en 3 catégorie (A, B et C). Parmi les patients, 90% étaient classés, en catégorie A, au stade le moins grave du VIH ; 10% étaient au stade intermédiaire ; et 0% au stade SIDA maladie.

4.2.5.2.3 Perception de la qualité du service par les patients

L'analyse des fiches sur la perception de la qualité du service du client a permis de dresser le tableau 7 :

Tableau 7: Perception de la qualité du service par les patients

| AFFIRMATIONS | APPRECIATION | | | | |
|---|--------------|-----------|-----------|------------|------------|
| | TRES MAUVAIS | MAUVAIS | NEUTRE | BON | TRES BON |
| Les prestataires de VIH sont bien formés à la prise en charge | 0% | 3% | 7% | 14% | 76% |
| Les salles où on délivre les services sont adéquates | 0% | 4% | 6% | 14% | 76% |
| Les soins VIH offerts dans les cliniques sont sains et efficaces | 0% | 4% | 7% | 14% | 75% |
| Les ARV distribués dans les cliniques sont de bonne qualité | 0% | 4% | 7% | 14% | 75% |
| Les ARV distribués dans les hôpitaux publics sont de bonne qualité | 0% | 3% | 6% | 15% | 76% |
| Le personnel de santé à l'habitude de diffuser des informations confidentielles à d'autres personnes | 0% | 5% | 7% | 21% | 67% |
| Les prestataires mettent les PVVIH mal à l'aise lorsqu'elles vont consulter | 0% | 4% | 5% | 15% | 76% |
| On peut faire confiance aux prestataires VIH par rapport à la gestion confidentielle de l'information | 0% | 4% | 8% | 15% | 74% |
| Les prestataires de VIH donnent des conseils aux clients sur la gestion des effets secondaires liés à la consommation des ARV | 0% | 4% | 6% | 14% | 76% |
| Les services de VIH délivrés dans les structures sanitaires près de chez moi sont de bonne qualité | 0% | 3% | 4% | 19% | 74% |
| Les prestataires de services de santé donnent de bons conseils aux PVVIH pour mieux vivre | 0% | 4% | 6% | 14% | 76% |
| Je peux retourner à la clinique ou chez le prestataire à tout moment quand j'ai besoin d'informations ou j'ai des problèmes | 0% | 3% | 7% | 14% | 76% |
| SYNTHESE PERCEPTION DES SOINS PAR LES PATIENTS ACTIFS | 0% | 4% | 6% | 15% | 75% |

➤ DISCUSSION PERCEPTION DE LA QUALITÉ DU SERVICE PAR LES PATIENTS

Selon le *Tableau 7: Perception de la qualité du service par les patients*, la sécurité des patients et la qualité des soins vont de pair ; la sécurité des patients est liée aux événements indésirables. Selon l'OMS, la sécurité des patients se définit comme :

« La réduction, à un minimum acceptable, du risque de préjudice superflu associé aux soins de santé. Ce minimum acceptable est déterminé par les notions collectives ayant cours en vertu des connaissances, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués et comparativement au risque associé au non-traitement ou à un autre traitement».

La qualité des soins est un concept multidimensionnel. Les définitions de la qualité des soins sont nombreuses. Selon l'OMS, la qualité des soins est : « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Pour 90% des patients VIH suivis sur le site et interviewés, la clinique offre des services de qualité et ils s'y sentent en sécurité. Cette perception de la qualité couvre la bonne qualification du personnel, les locaux de prestations, l'efficacité des médicaments, la confidentialité et la non-stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, mais aussi la disponibilité des prestataires à être à l'écoute des patients. Cependant, environ 10% affirment ne pas partager la perception d'une bonne qualité des services et d'une sécurité satisfaisante.

4.2.5.2.3 Normes sociales des patients

Les croyances des PVVIH interviewés sont consignées dans le tableau 8.

Tableau 8: Normes sociales sur le Vih

| Affirmations | Très Mauvais | Mauvais | Neutre | Bon | Très bon |
|---|--------------|---------|--------|-----|----------|
| Dans notre communauté, avoir le VIH n'est pas acceptable. | 14% | 4% | 47% | 4% | 31% |
| Dans notre communauté, beaucoup de PVVIH consomment les ARV pour se soigner | 31% | 5% | 48% | 5% | 13% |
| Il est normal pour un couple de discuter de leur sérologie | 30% | 4% | 51% | 4% | 11% |
| Les femmes/ hommes parlent souvent de VIH SIDA avec leurs amies | 30% | 1% | 57% | 3% | 9% |
| Dans notre communauté, le sexe contraire n'aime que leurs conjoints fassent leur test ou consomme les ARV | 9% | 4% | 55% | 3% | 29% |
| Beaucoup de personnes utilisent les ARV pour maintenir la santé | 28% | 7% | 46% | 7% | 12% |
| Les religieux s'opposent à l'utilisation des services VIH dans notre communauté | 21% | 4% | 40% | 9% | 26% |
| Dans notre communauté, beaucoup de personnes utilisent les méthodes contraceptives sans que leur conjoint soit au courant (en secret) | 28% | 3% | 51% | 9% | 9% |
| Les personnes qui ont le VIH et consomment des ARV sont traitées d'infidèles | 16% | 4% | 54% | 3% | 24% |
| Les religieux s'opposent à la consommation des ARV dans notre communauté | 31% | 1% | 38% | 8% | 22% |
| SYNTHESE PERCEPTION DES SOINS PAR LES PATIENTS ACTIFS | 24% | 4% | 49% | 5% | 19% |

➔ DISCUSSION NORMES SOCIALES DES PATIENTS

La riposte contre le VIH ne saurait se faire sans tenir compte des réalités sociales. Ainsi, dans son document de « stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH 2016–2021 vers l'élimination du sida », la lutte contre l'exclusion, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH est l'objectif clé, car ces trois faits constituent des barrières à l'accès aux services VIH. Aussi selon le *Tableau 8: Normes sociales sur le Vih*, Un peu moins de la moitié (49%) des patients interviewés ont donné une position neutre. Ceux qui ont donné un avis entre l'accord et le désaccord penchent plus pour une exclusion, discrimination et stigmatisation des PVVIH dans leur communauté. En plus, 24% des patients soit un quart de tous les patients et un patient sur deux ayant une position non neutre affirme qu'il serait très mal vu par sa communauté, si celle-ci connaît sa sérologie. Et ce sont 77% des patients qui n'ont pas admis l'acceptation des PVVIH.

4.2.5.2.4 Attentes des patients pour une bonne rétention

Le patient a été interrogé à titre rétrospectif pour comprendre sa rétention dans les soins. Il a été question de savoir la raison du choix du centre, la raison de sa régularité au centre, puis, de façon prospective, pour anticiper sur les raisons éventuelles qui pourraient le faire quitter le centre ou le retenir.

Au titre de la raison du choix du centre, plusieurs facteurs ont été évoqués par les patients. En premier lieu, la confidentialité : certains ont affirmé que voyant le centre, on ne pourrait deviner le séropositifs dans la foule comparer aux hôpitaux publics où un lieu et un jour spécial est dédié pour recevoir les patients VIH. En plus, toujours selon les affirmations des patients, le circuit du patient VIH est le même que celui du patient ordinaire ce qui lui permet de se fondre dans la foule et d'éviter le regard indiscret et la stigmatisation.

Certains patients auraient été référés à la clinique par le biais de PVVIH, de prestataires de soins ou de proche. Pour d'autres, c'est le critère d'accessibilité géographique et du secteur fréquenté qui a prévalu. En effet, certains patients ne fréquentant que le secteur privé trouvent d'accès facile la clinique qui demeure la plus importante polyclinique de la commune d'Abobo fortement peuplée (1 600 000 habitants selon le RGPH 2014). Mais aussi certains ont dit avoir choisi le site parce

qu'il est éloigné de leur lieu d'habitation ; ce qui leur permet de plus conserver la confidentialité. D'autres évoquent qu'ils étaient venus au départ pour une visite de soins occasionnel, bien que la PCA n'était pas leur structure principale de consultation, et ont été dépistés VIH +.

Concernant leur fidélisation à la structure, plusieurs thèmes ont été cités par les PVVIH interviewés : sécurité et confort qu'offre la PCA, qualité du traitement médicamenteux, bon accueil et, pour certains, liens particuliers qu'ils entretiennent avec un ou des agents de la polyclinique.

A la question ouverte de savoir ce qui pourrait militer pour leur fréquentation régulière future, ils ont répondu que le bon suivi médical peut les fidéliser. C'est-à-dire que s'ils s'aperçoivent que leur état de santé s'améliore, et qu'ils sont régulièrement contactés de préférence par le médecin pour leur RDV. Par ailleurs, en plus des attentes suscitées, ils espèrent également que la structure conservera son sens de discrétion, et de confidentialités.

Il a été question également de les interroger sur les comportements à proscrire qui sont susceptibles de les faire abandonner la clinique. Ils ont parlé de la violation du secret médical par la divulgation d'informations cliniques, s'ils sentent des regards indiscrets à leur endroit ou la stigmatisation de la part du personnel soignant ou non soignant de la clinique. Aussi, si le patient déménage de son lieu actuel et se rend dans un lieu de sorte que la clinique soit difficile d'accès, il pourrait quitter la clinique pour une autre. Par ailleurs, les ruptures régulières, et tout autre changement négatif ont été énumérés comme pouvant être les causes des abandons futurs.

4.3 IDENTIFICATION ET CHOIX DE LA SOLUTION

4.3.1 IDENTIFICATION DE SOLUTIONS

Pour résoudre le problème, il a été question de lister toutes les solutions possibles aux causes retenues. La méthode retenue a été le Brainstorming. Ensuite les solutions jugées pertinentes ont été retenues par le groupe pour mener plus d'investigations. Ci-dessous les solutions citées pêle-mêle.

- Renforcer les capacités du personnel en confidentialité en milieu médicale, à la non-stigmatisation et à la non-discrimination ;
- Renforcer l'information des patients de leurs droits ;
- Renforcer l'implication de tous les médecins à la prise en charge ;
- Renforcer l'engagement politique de la clinique ;
- Améliorer le turn-over ;
- Améliorer le suivi des patients par les prestataires vacataires ;
- Renforcer le suivi des RDV des patients ;
- Renforcer les capacités des prestataires en counseling ;
- Initier les visites à domicile pour certains patients ;
- Réduire la durée d'attente des patients ;
- Formaliser la coordination interne des activités de la clinique.

4.3.2 CHOIX DES SOLUTIONS

Les solutions ont été retenues au cours d'une concertation avec l'équipe de consultation. Certaines solutions réalisables en une seule et même activité ont été fusionnées pour optimiser la résolution du problème. Des critères ont été fixés par le groupe et chacune des solutions a été évaluée sur la base de ses conditions. Il a été question de retenir les solutions les plus pertinentes. Les critères retenus étaient l'efficacité, le coût, la facilité à mettre en œuvre, et la durée. Tous les critères avaient la même pondération. Ensuite, trois modalités de scores d'importance croissante :

1 pour faible, 3 pour moyen, et 5 pour bon) ont été retenues à l'unanimité par le groupe de travail. Le tableau ci-dessous donne les détails des scores attendus.

Tableau 9: Norme de pondération des critères

| Critères | Score | | |
|---------------|---------------------------|------------------------------------|--|
| | 1 - faible | 3- moyen | 5- élevé |
| EFFICACITÉ | Faible rendement attendu | Moyen rendement attendu | Très bon rendement attendu et Immédiat |
| COUT SOLUTION | Plus de 50.000 francs CFA | Moins de 50.000 francs CFA | Pas de cout direct pour la structure |
| FACILITÉ | Difficile | Facile mais avec des complications | Facile sans difficulté majeur |
| DURÉE | Plus de 6 mois | Entre 3 et 6 mois | En un trimestre |

Après cet exercice, ont été obtenus les résultats ci-dessous.

Tableau 10: Pondération des solutions, matrice des critères

| SOLUTIONS | EFFI-CACITÉ | COUT | FACI-LITÉ | DURÉE | TOTAL |
|--|-------------|------|-----------|-------|-------|
| Renforcer les capacités du personnel (en counseling, en confidentialité en milieu médicale, à la non-stigmatisation et à la non-discrimination) | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| Renforcer l'information des patients sur leurs droits | 1 | 1 | 3 | 3 | 8 |
| Renforcer l'implication de tous les médecins à la prise en charge | 3 | 1 | 1 | 3 | 8 |
| Améliorer le turn-over | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Améliorer le suivi des patients des prestataires vacataires | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Initier les visites à domicile pour certains patients | 5 | 1 | 1 | 3 | 10 |
| Réduire la durée d'attente des patients | 1 | 1 | 1 | 5 | 8 |
| Mettre en place la coordination interne et le suivi des activités de la clinique | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |

Ainsi deux solutions ont été retenues :

- Renforcer les capacités du personnel en counseling, confidentialité en milieu médicale, non-stigmatisation et non-discrimination) ;
- Mettre en place la coordination interne et le suivi des activités de la clinique.

4.4 PLANIFICATION DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

L'opérationnalisation des solutions retenues traitera de la conversion des solutions en activités. Le plan de mise en œuvre prendra en compte le cadre logique du mini projet, et le calendrier d'exécution.

4.4.1 DEFINITION DES OBJECTIF

4.4.1.1 Objectif général

Contribuer à l'augmentation de la file active dans la clinique de 60 à 300 d'ici fin septembre 2020

4.4.1.2 Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

Enrôler chaque mois 95% des patients dépistés positifs

Retenir chaque année 90% des patients après 12 mois de suivi

4.4.2 STRATEGIES ET ACTIVITES

Selon le dictionnaire Larousse, la stratégie, c'est "l'art de combiner habilement des actions pour atteindre un but déterminé".

Il s'est agi de se baser sur les compétences locales et/ou disponibles pour les résolutions du problème. Les solutions viennent des acteurs eux même en connaissances des avantages de chacune. Ainsi, les stratégies ci-dessous ont été retenues et leurs modalités d'opérationnalisation ont été adoptées.

Stratégie 1 : Renforcer localement les capacités techniques du personnel

Activité 1 : Organisation de deux sessions de formation sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation des clients à l'endroit des 20 agents administratifs et financiers.

Activité 2 : Organisation de deux sessions de formation de 20 prestataires directs de soins sur le counseling, la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation des clients

Il s'agit de sessions de formations qui se tiendront dans la clinique sous la forme d'EPU. Le conseiller clinique d'ABT Associates sera sollicité pour la facilitation de cette formation. Quatre sessions de 10 participants seront organisées de préférence entre 13h et 15h, en deux jours. Ainsi, ces activités n'empièteront pas sur le fonctionnement correct de la clinique. Comme avantage, cette stratégie, non coûteuse et facile à mettre en œuvre en un laps de temps, favorise une connaissance accrue de soins VIH à un grand nombre d'agents directs ou indirects. Aucun inconvénient n'est à signaler dans la mise en œuvre de cette stratégie.

Stratégie 2 : Renforcer la coordination locale du projet.

Activité 1 : mise en place de l'équipe de suivi des activités

Activité 2 : organisation mensuelle des réunions de suivi des activités du projet

La mise en place de l'équipe de suivi des activités se fera au cours d'une réunion avec tout le staff susceptible ou intéressé par l'activité. Elle sera inclusive en associant tous les acteurs, et participative en prenant en comptes les observations de chacun. Elle va consister à informer les acteurs sur le projet, expliquer les objectifs de la mise en place de l'équipe, et discuter l'organisation et le fonctionnement de cette équipe.

Quant à la deuxième activité, elle va consister à faire un suivi régulier des performances. Elle devra contenir le point sur les recommandations de la réunion précédente, les informations sur le projet ou la clinique, la présentation des résultats du mois antérieur suivi de discussion pour ressortir le plan de résolution des faiblesses. La réunion devra s'achever par le point sur les divers.

4.4.3 DEFINITION DES INDICATEURS

Tableau 11: Définition des indicateurs

| Chaîne de résultats | Indicateurs | Définition | Mode de calcul | Méthode de collecte | Fréquence | Source de collecte | Partie prenante |
|--|--|--|--|---------------------|-----------|--------------------|-----------------|
| <p>Objectif général</p> <p>O : Contribuer à l'atteinte des objectifs de la clinique</p> | <p>Le taux de réalisation de l'objectif « <i>Nombre d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral</i> »</p> | <p>C'est la proportion de patients VIH qui prennent régulièrement les ARV dans le site par rapport au nombre attendus ou cible.</p> | <p>Pourcentage : $\frac{N}{D} \times 100$</p> <p>N: résultat du <i>Nombre d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral</i></p> <p>Dénominateur : <i>l'objectif du Nombre d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral</i></p> | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |
| <p>Objectif(s) spécifique(s) :</p> <p>R : Enrôler 95% des patients dépistés positifs et retenir 90% des patients après 12 mois de suivi clinique d'ici fin 2017</p> | <p>Le taux mensuel de rétention a 12 mois de suivi</p> | <p>C'est le Pourcentage de patients dont on sait qu'ils sont sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral</p> | <p>Pourcentage : $\frac{N}{D} \times 100$</p> <p>N : <i>Nombre d'adultes et d'enfants encore en vie et sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral</i></p> <p>D : <i>Nombre total d'adultes et d'enfants ayant débuté un traitement antirétroviral au cours des 12 mois précédant le début de la période de rapportage, y compris ceux qui sont décédés, ceux qui ont arrêté le traitement antirétroviral et ceux qui ont été perdus de vue</i></p> | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|---------|---------|-----------------|--------------|
| | Le taux mensuel d'enrôlement des dépistés positifs VIH dans les ARV | C'est le pourcentage de clients dépistés positifs et enrôlés systématiquement dans le traitement ARV au cours du même mois | <p>Pourcentage : $\frac{N}{D} \times 100$</p> <p>N : Nombre de clients dépistés VIH positifs et mis sous ARV au cours du mois</p> <p>D : Nombre clients dépistés VIH positifs au cours du mois</p> | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | |
| Extrants Extr. 1. Renforcer les capacités de 20 agents administratifs et financiers et 20 prestataires | Le nombre d'agents administratifs et financiers formés à la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH. | C'est l'ensemble des agents administratif et/ou financiers de la clinique ayant pris part à la formation | Comptage | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |
| | Le nombre prestataires de soins formés en counseling, à la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH. | C'est l'ensemble des prestataires de soins médecins, infirmiers, sagefemmes, aide-soignant ou biologiste de la clinique ayant pris part à la formation | Comptage | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |
| Extr. 2. Mettre en place et rendre fonctionnelle une équipe formelle de suivi des activités VIH dans la clinique | Le nombre d'équipe formelle mise en place ; | C'est le nombre d'équipe de suivi formalisée par des textes qui structure et donnent le mode de fonctionnement de cette entité | Comptage | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |
| | Le nombre de réunions mensuelles réalisées | Il s'agit du nombre de réunion mensuelle réalisée par l'équipe mise en place | Comptage | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |

| | | | | | | | |
|---|---|---|----------|---------|---------|-----------------|--------------|
| A 1.1. - « Organisation de deux sessions de formation à l'endroit d'au moins 20 agents administratifs et financier sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH » | Le nombre de sessions de formation pour les agents administratifs et financiers organisé sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH | C'est le nombre de sessions complètes contenant les modules sur la confidentialité VIH, la stigmatisation et la discrimination en matière de VIH réalisées | Comptage | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |
| A 1.2. – « Organisation de deux sessions de formation à l'endroit d'au moins 20 prestataires de soins sur le counseling, la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH» | Le nombre de sessions de formation pour les agents administratifs et financiers organisé sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH | C'est le nombre de sessions complètes contenant les modules sur le counseling, la confidentialité VIH, la stigmatisation et la discrimination en matière de VIH réalisées | Comptage | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |
| A 2.1. « Organisation d'une réunion pour la mise en place d'une équipe formelle de suivi des activités VIH dans la clinique » | Le nombre de réunion de mise en place organisé | Il s'agit de nombre de réunion pour constituer l'équipe de suivi. | Comptage | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |
| A 2.2. « Organisation de réunion mensuelle pour le suivi des activités VIH dans la clinique» | Le nombre de réunions de suivi organisé | Il s'agit du nombre de réunion pour le suivi des activités. | Comptage | Routine | Mensuel | Rapport mensuel | ABT ACPCI |

4.4.4 CADRE LOGIQUE

Le cadre de logique comprend les différentes logiques d'interventions, les indicateurs objectivement vérifiables, leurs valeurs de référence, les sources de vérification et les hypothèses de réussite des interventions. On note également les ressources nécessaires à la mise en œuvre. Tous ces éléments sont consignés dans le tableau du cadre logique ci-dessous.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 12: Cadre logique

| | Chaîne de résultats | Indicateurs objectivement vérifiable | Points de référence | Valeur actuelle | Cibles | Sources et moyens de vérification | Hypothèses |
|---|--|--|---------------------|-----------------|--------|--|--|
| Objectif général | O : Contribuer à la suppression virale des patients a 12 mois de traitement | Taux de suppression virale | Q4FY16- | 79% | 100% | Rapport annuel | |
| Objectif(s) spécifique(s): résultat(s) | R : Enrôler au moins 95% des patients dépistés positifs et retenir 90% des patients durant au moins 12 mois de suivi clinique d'ici fin 2017 | Le taux mensuel de rétention a 12 mois de suivi | 47% | 47% | 90% | Base de données, dossiers Patients et registre TARV Rapport mensuel | La disponibilité des intrants et ARV, la continuité de l'appui d'Abt Associates |
| | | Le taux mensuel d'enrôlement des dépistés positifs VIH dans les ARV | Q4FY16, | 46% | 95% | Base de données, V, Rapport mensuel | |
| Extrants | Extr. 1. Renforcer les capacités de 20 agents administratifs et financiers et 20 prestataires | Le nombre d'agents administratifs et financiers formés à la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH. | Q1FY17 | 0 | 20 | Rapport de formation, rapport mensuel d'activité VIH. | Disponibilité du facilitateur d'ABT Associates |
| | | Le nombre prestataires de soins formés en counseling, à la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH. | Q1FY17 | 2 | 20 | Rapport de formation, rapport mensuel d'activité VIH. | Disponibilité du facilitateur d'ABT Associates |
| | Extr. 2. Mettre en place une équipe fonctionnelle formelle de suivi des activités VIH dans la clinique | Le nombre d'équipes formelles mises en place ; Le nombre de réunions mensuelles réalisées | Q1FY17 | 0 | 12 | Rapports de réunion | la continuité de l'appui d'Abt Associates |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">Activités</p> | <p>A 1.1.- « Organisation de deux sessions de formation à l'endroit des agents administratifs et financier sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH »</p> <p>A 1.2. « Organisation de deux sessions de formation à l'endroit des prestataires de soins sur le counseling, la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH »</p> <p>A 2.1. « Organisation d'une réunion pour la mise en en place d'une équipe formelle de suivi des activités VIH dans la clinique »</p> <p>A 2.2. « Organisation de réunion mensuelle pour le suivi des activités VIH dans la clinique»</p> | <p>Moyens :</p> <p>Les intrants sont composés d'au moins 20 prestataires de soins (médecins, sagefemmes, infirmiers, aides-soignants et les techniciens de laboratoire) des facilitateurs de Abt Associates, pour la formation, les modules de formation, une salle de formation pouvant contenir au moins 10 personnes, un ordinateur, un vidéo projecteur.</p> <p>Coûts</p> <p>Les couts des actions s'élèvent à 280 000 fca</p> | <p><i>La continuité de l'appui d'Abt Associates</i></p> |
|---|--|--|---|

4.5 PLAN D'ACTION

Le plan d'action comprend les activités à exécuter pour atteindre les objectifs suscités, et le diagramme de Gantt pour présenter le calendrier d'exécution.

Tableau 13: Matrice d'action

| Stratégie | Activités | Indicateurs | Période | | Ressources humaines | Ressources matérielles | Personne(s) responsable(s) | Budget | Source de financement |
|---|---|--|-----------------|-----------------|--|---|----------------------------|----------|-----------------------|
| | | | Début | Fin | | | | | |
| Stratégie 1 : Renforcer localement les capacités techniques du personnel | Activité 1.1: organisation deux sessions de formation sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation des clients à l'endroit des 20 agents administratifs et financiers. | <ul style="list-style-type: none"> Le nombre de sessions de formation réalisées Le nombre d'agent administratifs formés | 21 février 2107 | 22 Février 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Facilitateur Abt Personnel clinique | <ul style="list-style-type: none"> Salle de formation Vidéo projecteur Ordinateur Module de formation | Point focal VIH | 100 000f | Abt Associates |
| | Activité 1.2: Organisation deux sessions de formation de 20 prestataires directs de soins sur la counseling, la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation des clients | <ul style="list-style-type: none"> Le nombre de sessions réalisées Le nombre d'agent administratifs formés | 21 février 2107 | 22 Février 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Facilitateur Abt Personnel clinique | <ul style="list-style-type: none"> Salle de formation Vidéo projecteur Ordinateur Module de formation | Point focal VIH | 100 000 | Abt Associates |
| Stratégie 2 : Renforcer la coordination locale du projet. | Activité 2.1: Organisation de réunion mise en place de l'équipe de suivi des activités | <ul style="list-style-type: none"> Le nombre de réunion de mise en place de l'équipe organisée Le nombre de participants | 6 mars 2017 | 6 mars 2017 | <ul style="list-style-type: none"> Personnel clinique Facilitateur Abt | <ul style="list-style-type: none"> Salle de réunion Vidéo projecteur Ordinateur Document de directive de mise en place de l'équipe de suivi | Point focal VIH | 40 000 | Abt Associates |
| | Activité 2.2: Organisation mensuelle des réunions de suivi des activités du projet | <ul style="list-style-type: none"> Le nombre de réunion de mise en place de l'équipe organisée Le nombre de participants | 4 avril 2017 | -> | <ul style="list-style-type: none"> Personnel clinique Facilitateur | <ul style="list-style-type: none"> Salle de réunion Vidéo projecteur Ordinateur Données du mois antérieur | Point focal VIH | 40 000 | Abt Associates |

Tableau 14: Budget détaillé

| ACTIVITÉS | UNITE | Qte | PU | FREQ | MONTANT |
|---|-----------|-----|------|------|----------------|
| Activité 1.1: organisation deux sessions de formation sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation des clients à l'endroit des 20 agents administratifs et financiers. | | | | | |
| collation | par agent | 20 | 5000 | 1 | 100000 |
| Activité 1.2: Organisation deux sessions de formation de 20 prestataires directs de soins sur la counseling, la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation des clients | | | | | |
| collation | par agent | 20 | 5000 | 1 | 100000 |
| Activité 2.1: Organisation de réunion mise en place de l'équipe de suivi des activités | | | | | |
| collation | par agent | 8 | 5000 | 1 | 40000 |
| Activité 2.2: Organisation mensuelle des réunions de suivi des activités du projet | | | | | |
| collation | par agent | 8 | 5000 | 1 | 40000 |
| TOTAL | | | | | 280 000 |

Tableau 15: Diagramme de Gantt

| ACTIVITÉS | Fév. 17 | Mars 17 | Avril 17 | Mai 17 | Juin 17 | Juil. 17 | Aout 17 | Sept 17 | 17-oct | 17-nov | 17-dec |
|---|---------|---------|----------|--------|---------|----------|---------|---------|--------|--------|--------|
| Activité 1.1: organisation deux sessions de formation sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation des clients à l'endroit des 20 agents administratifs et financiers. | X | | | | | | | | | | |
| Activité 1.2: Organisation deux sessions de formation de 20 prestataires directs de soins sur la counseling, la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation des clients | X | | | | | | | | | | |
| Activité 2.1: Organisation de réunion mise en place de l'équipe de suivi des activités | | X | | | | | | | | | |
| Activité 2.2: Organisation mensuelle des réunions de suivi des activités du projet | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

4.6 SUIVI ET EVALUATION DE LA SOLUTION

Le Responsable de la gestion des données a, en charge, le suivi mensuel de la mise en œuvre à travers un tableau de bord et de l'évaluation semestrielle de l'exécution du plan d'action. Les réunions mensuelles de suivi, seront le cadre idéal pour communiquer aux acteurs le niveau de réalisation des activités, les difficultés rencontrées et le plan de résolution pourrait en sortir pour adresser les insuffisances relevées.

L'évaluation devra concerner aussi bien le processus que les résultats. Car les résultats ne sont pas que des aspects tangibles ; il peut aussi s'agir d'apprentissage ou encore d'expériences acquises dans un certain domaine. Pour les enregistrer et les comprendre, il est nécessaire de procéder à l'évaluation du processus de planification et de gestion du projet dans lequel les individus se sont investis.

Tableau 16: Calendrier de suivi et évaluation du plan d'action

| Activités | Période en trimestre | | | | Responsable |
|---|----------------------|----|----|----|---------------------------------------|
| | T1 | T2 | T3 | T4 | |
| Suivi des activités (collecte et analyse) | x | x | x | x | Responsable de la gestion des données |
| Evaluation de la résolution | | x | | x | Responsable de la gestion des données |

- **Les indicateurs d'évaluation**

- Le taux mensuel de rétention a 12 mois de suivi
- Le taux mensuel d'enrôlement des dépistés positifs VIH dans les ARV
- Le taux mensuel de rétention a 12 mois de suivi
- Le taux mensuel d'enrôlement des dépistés positifs VIH dans les ARV
- Taux de satisfaction des clients
-

- **Les indicateurs de suivi**

- Le nombre d'agents administratifs et financiers formés à la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH.
- Le nombre prestataires de soins formés en counseling, à la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH.
- Le nombre d'équipe formelle mise en place ;

- Le nombre de réunions mensuelles réalisées
- Le nombre de sessions de formation pour les agents administratifs et financiers organisé sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH
- Le nombre de sessions de formation pour les agents administratifs et financiers organisé sur la confidentialité, la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH
- Le nombre de réunions de suivi organisé

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RECOMMANDATIONS

Au terme de nos investigations nous recommandons :

- **A la Polyclinique Centrale d'Abobo de :**

- Mettre en œuvre le plan de résolution
- Renforcer l'information des patients de leurs droits ;
- Renforcer l'implication de tous les médecins à la prise en charge ;
- Améliorer le suivi des patients par les prestataires vacataires ;
- Renforcer le suivi des RDV des patients ;
- Renforcer les capacités des prestataires en counseling ;
- Initier les visites à domicile pour certains patients ;
- Réduire la durée d'attente des patients ;
- Dédier un agent aux activités VIH
-

- **A Abt Associates**

- Financer le plan de résolution
- Renforcer le soutien technique à la clinique
- Renforcer le financement des activités de la clinique
- Reproduire régulièrement les outils pour la PCA

- **Au Ministère de la sante**

- Superviser chaque trimestre la PCA
- Affecter du personnel (fonctionnaire) à la clinique pour renforcer les activités VIH

CONCLUSION

En définitive, nous pouvons dire que l'exercice a été très enrichissant pour nous, en nous permettant de découvrir le secteur privé de la santé, de comprendre parfaitement le mode de fonctionnement des cliniques privées, de contribuer effectivement et concrètement à la mise en œuvre du projet de prise en charge VIH dans la clinique. Au travers d'une méthodologie rigoureuse nous avons pu aboutir à des solutions « optimales » aux problèmes des attritions des patients VIH. Il s'est agi à travers une approche participative incluant les prestataires de la clinique, d'analyser le problème des attritions en recherchant les causes possibles et puis de les valider par enquête. Ensuite, la résolution a consisté en la recherche de réponses et la sélection des solutions les plus pertinentes à l'aide des matrices.

Ainsi, le stage nous a permis de décrire les profils des attritions. Nous avons exploré toutes les causes persécutrices à ce phénomène et avons retenu d'agir au sein de la clinique pour plus d'impact.

Aussi, avec les acteurs, nous avons identifié et planifié les deux solutions qui sont la mise en place d'une équipe de coordination pour le suivi des activités et le renforcement des capacités du staff technique et administratif en counseling et confidentialité. La mise en œuvre de ces solutions pourra effectivement améliorer les réduire le problème des attritions et augmenter le taux d'enrôlement.

Enfin, pour une finalité positive, nous suggérons vivement à la clinique de se déployer pour l'exécution effective des activités identifiées et, à Abt Associates d'appuyer la clinique pour la mise en œuvre et sa duplication adaptée dans d'autres cliniques du projet.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----|
| LISTE DES FIGURES | iii |
| LISTE DES TABLEAUX | iv |
| DEDICACES | v |
| REMERCIEMENTS | vi |
| INTRODUCTION | 1 |
| RESUME | 3 |
| PARTIE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE | 4 |
| CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE | 5 |
| 1.1 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE | 5 |
| 1.2 ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT INTERNE | 13 |
| CHAP 2 : CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE | 17 |
| 2.1 CONTEXTE | 17 |
| 2.2 JUSTIFICATION | 19 |
| 2.3 CADRE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH | 22 |
| 2.4 DEFINITIONS | 29 |
| 2.5 PROBLEMATIQUE | 30 |
| 2.6 BUT ET OBJECTIFS | 31 |
| PARTIE 2 : METHODOLOGIE ET RESOLUTION DU PROBLEME | 32 |
| CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE | 33 |
| 3.1 ORGANISATION MISE EN ŒUVRE | 33 |
| 3.2 IDENTIFICATION ET ANALYSE DU PROBLEME | 34 |
| CHAPITRE 4 : RESOLUTION DU PROBLEME | 39 |
| 4.1 ANALYSE DU PROBLÈME | 39 |
| 4.2 ANALYSE DES CAUSES | 44 |
| 4.3 IDENTIFICATION ET CHOIX DE LA SOLUTION | 72 |
| 4.4 PLANIFICATION DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION | 74 |
| 4.5 PLAN D'ACTION | 82 |
| 4.6 SUIVI ET EVALUATION DE LA SOLUTION | 84 |
| RECOMMANDATIONS | 86 |
| CONCLUSION | 87 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | x |
| ANNEXE | xii |

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

DOCUMENTS ET ETUDES

1. ONUSIDA, journée mondiale de la lutte contre le SIDA, le SIDA en chiffre, 2015. en ligne, consulté le 20 janvier 2016
2. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSLS), Institut National de la Statistique, Ministère d'État, Ministère du Plan et du Développement(MEMPD) Abidjan, Côte d'Ivoire et MEASURE DHS, ICF International, Calverton, Maryland, USA ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS MULTIPLES (EDS-MICS)2011-2012, juin 2013, 589 pages
3. Institut National de la Statistique(INS), Recensement General de la Population et de l'Habitat 2014, résultats globaux, 29/11/2014 26 PAGES.
4. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Carte Sanitaire De La Cote D'ivoire, 2009,2010, 2011.
5. Conseil National De Lutte Contre Le Sida (CNLS), Ministère De La Sante Et De La Lutte Contre Le Sida (MSLS), Estimation des flux de ressources et de dépenses nationales de lutte contre le sida (EF/REDES), 2012-2013, 59 PAGES
6. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Direction de la Prospective, de la Planification de l'Evaluation et de l'information Sanitaire, Rapport National sur la situation Sanitaire en Côte d'Ivoire (RASS) 2013, 2014, 2015
7. Measure Evaluation CI, Rapport d'analyse de l'efficacité des programmes de prise en charge 2016 (PTME, ARV, OEV), 2016, 32 Pages
8. Abt Associates Cote d'Ivoire, Note explicative du projet SHOPS, 2014, 45 PAGES
9. Polyclinique Centrale d'Abobo, Présentation de la PCA, 2015, 30 pages
10. Organisation des Nations Unies, Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, 3 pages
11. Organisation de l'Unité Africaine, Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, Juin 1981, 14 pages
12. MSLS RCI , Facteurs Influençant la Sortie des Patients Vivant avec le VIH du Circuit de Traitement en Côte d'Ivoire, JANVIER 2014, 42 Pages
13. MSLS/PNLS, directives 2015 de mise sous antirétroviraux a vie des femmes enceintes infectées par le VIH/SIDA dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) en CÔTE D'IVOIRE, 2015, 16 pages
14. MSLS, Directives 2015 de prise en charge des personnes vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, 2015, 32pages
15. REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE, loi portant régime de prévention, de protection et de répression en matière de lutte contre le VIH et le SIDA, 2014,14 pages.
16. Matthew P. Fox and Sydney, "Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009:systematic review", Tropical Medicine and International Health, volume 15 suppl. 1 pp 1–15 june 2010

17. Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, « Evaluation des indicateurs d'alerte précoce de la résistance du VIH aux ARV en Côte d'Ivoire », 2014, 53 pages
18. Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida, « Facteurs Influençant la Sortie des Patients Vivant avec le VIH du Circuit de Traitement en Côte d'Ivoire » 2014, 42 pages.
19. Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, « Facteurs Influençant la Sortie des Patients Vivant avec le VIH du Circuit de Traitement en Côte d'Ivoire », 2014, 42 pages
20. GREGOIRE LUPTON, mémoire de Master Affaires Internationales « les perdus de vue dans la file active de la région de Ségou », 2008, 61 pages
1. Philippe Morlat, Groupe d'Epidémiologie Clinique du Sida en Aquitaine (GECSA) « Cohorte Aquitaine - ANRS CO3 , 2006, 29 pages

SITE WEB

2. Banque Mondiale, Données des comptes nationaux de la Banque mondiale et fichiers de données des comptes nationaux de l'OCDE, en ligne <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=CJ>, consulté le 22/01/16
3. ONUSIDA, une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida, en ligne (<http://www.unaids.org/fr/resources/909090>), consulté le 27 février 2016
4. Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, Personnel de Santé, <http://www.sante.gouv.ci/assets/fichiers/RHS.pdf> , consulté le 2 février 2016
5. B.Bathelot, Définitions Marketing, EN LIGNE <http://www.definitions-marketing.com/definition/attrition/> , consulté le 22 /2/216
6. ONUSIDA, « le sida en chiffre en 2015 » trend of AIDS-related deaths, en ligne, <http://aidsinfo.unaids.org/> consulté le 20 février 2016
7. Institut National de la santé et de la recherche médicale de France, « La fréquence et les facteurs de risques de perte de vue dans les pays du nord pays du nord et dans les pays du sud, 2005, en ligne http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/JourneesNationales/2008/pdf/1_E-Lanoy-Perdus-de-vue.pdf, 21 pages, consulté le 22/02/2016
8. Lori S. Ashford, « L'impact Du Vih Et Du Sida Sur Les Populations » en ligne, <https://assets.prb.org/pdf06/HowHIVAIDSAffectPop-FR.pdf>, consulté le 10/02/16
9. Mamadou Dakouo, « Arrêt de fréquentation du CHU du point G de Bamako par les patients sous thérapie antirétrovirale : analyse longitudinale des facteurs de risques », 2013, en ligne, https://www.researchgate.net/profile/Mamadou_Dakouo2/publication/286778221_Arret_de_frequentation_du_Centre_Hospitalier_Universitaire_du_Point_G_de_Bamako_par_des_patients_sous_therapie_antiretrovirale_Analyse_longitudinale_des_facteurs_de_risques/links/566db2ea08ae62b05f0b447f/Arret-de-frequentation-du-Centre-Hospitalier-Universitaire-

ANNEXE QUESTIONNAIRE

CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DE LA RÉTENTION DES PATIENTS DANS LE CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE

Questionnaire : Patients ayant effectués plus de 6 mois dans la structure

Consentement Éclairé et Volontaire de l'enquêté

Abt Associates a entrepris la prise en charge du VIH dans le secteur privé à travers le projet SHOPS. Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge pour une longue rétention du patient VIH, SHOPS entreprend une étude pour explorer les causes de la déperdition et trouver des solutions adéquates pour diminuer ce fléau.

Les informations que vous communiquerez sont entièrement confidentielles et leurs divulgations seront protégées sans votre nom. Ces informations seront utilisées uniquement dans un but de recherche. Votre participation est volontaire. Mais nous souhaitons vivement que vous participiez à cette étude car la performance du projet en dépend.

Date et Signature du responsable de la collecte :

Date

(Indique que le consentement du répondant a été demandé)

Région sanitaire de/...../

District sanitaire de :/...../

Etablissement de :/...../

Code patient :/...../

Date du dépistage positif : / / / 201.....

Code Patient...../...../

| CODE | QUESTIONS/VARIABLES | MODALITÉS | RÉPONSES |
|---|---|--|-----------------|
| I. CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT | | | |
| 1. | Code patient | | |
| 2. | Date d'admission | | /___/___/201... |
| 3. | Sexe | M = masculin ; F = féminin | |
| 4. | Date de naissance | | /___/___/..... |
| 5. | Religion | 1=Chrétien ; 2=Musulman 3=Animiste ; 8=Sans religion ; 9 =Autre religion | |
| 6. | Profession | 1=En activité 2=chômage 3=A la retraite | |
| 7. | Niveau d'instruction | 1=Non scolarisé(e) ; 2=Primaire ; 3=Secondaire ; 4=Supérieur. | |
| 8. | Situation matrimoniale | 1=Marié(e) 2=Concubinage 3=Célibataire 4=Veuf (ve) 5= Divorcé(e) | |
| 9. | Si Marié(e)/Concubinage, conjoint(e) informé(e) ? | 0=non ; 1 =oui | |
| 10. | Conjoint(e) infecté (e) | 0=non ; 1 =oui | |
| 11. | Lieu d'habitation (commune) | | |
| 12. | Type de VIH | 1=VIH1 ; 2=VIH2, 3=VIH dual | |
| II. ETAT PHYSIQUE | | | |
| Etat à l'inclusion dans le traitement BI | | | |
| 1. | Poids à l'entrée | | |
| 2. | TA en mm hg | | |
| 3. | Pouls bat/mn | | |
| 4. | Etat fonctionnel | 1=Valide ; 2=Ambulatoire ; 3=Alité | |
| 5. | Score de Karnofsky | | |
| 6. | Catégorie CDC | | |
| 7. | Valeur CD4 | | |
| Bilan de suivi | | | |
| 8. | Bilan de suivi réalisé ? | oui | |
| 9. | Poids à l'entrée | | |
| 10. | TA en mm hg | | |
| 11. | Pouls bat/mn | | |
| 12. | Etat fonctionnel | 1=Valide ; 2=Ambulatoire ; 3=Alité | |
| 13. | Score de Karnofsky | | |
| 14. | Catégorie CDC | | |
| 15. | Valeur CD4 | | |
| 16. | | | |

| CODE | QUESTIONS/VARIABLES | MODALITÉS | RÉPONSES |
|----------------------------------|--|--|----------|
| III. ANTECEDENTS MORBIDES | | | |
| 1. | Patient sous ARV | 0=non ; 1 =oui | |
| 2. | Régime | | |
| 3. | Si interruption, date | /___/___/201... | |
| 4. | Cotrimoxazole | 0=non ; 1 =oui | |
| 5. | Tuberculose | 0=non ; 1 =oui | |
| 6. | Zona | 0=non ; 1 =oui | |
| 7. | Maladie de Kaposi | 0=non ; 1 =oui | |
| 8. | Transfusion sanguine | 0=non ; 1 =oui | |
| IV. SUIVI DU TRAITEMENT | | | |
| 1. | Patient sous Cotrimoxazole | 0=non ; 1 =oui | |
| 2. | Patient sous ARV | 0=non ; 1 =oui | |
| 3. | Si ARV, Régime | | |
| 4. | Changement de régime | 0=non ; 1 =oui | |
| 5. | Nombre de changement | | |
| 6. | Dernier régime du Patient | | |
| 7. | Causes du changement | | |
| 8. | Observance du Traitement | 1=Jamais de RDV manqué 2=Rupture d'une semaine 3=Rupture de plus d'une semaine | |
| V. QUALITE DU SERVICE | | | |
| 1. | Les prestataires de santé dans ma communauté sont gentils et accueillants quand les patients viennent solliciter un service de VIH | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 2. | Les services de VIH délivrés dans les structures sanitaires près de chez moi sont de bonne qualité | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 3. | Les prestataires de services de santé donnent de bons conseils aux PVVIH pour mieux vivre | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 4. | Je peux retourner à la clinique ou chez le prestataire à tout moment quand j'ai besoin d'informations ou j'ai des problèmes | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 5. | Les prestataires de VIH donnent des conseils aux clients sur la gestion des effets secondaires liés à la consommation des ARV | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |

| CODE | QUESTIONS/VARIABLES | MODALITÉS | RÉPONSES |
|----------------------------|---|--|----------|
| 6. | On peut faire confiance aux prestataires VIH par rapport à la gestion confidentielle de l'information | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 7. | Les prestataires mettent les PVVIH mal à l'aise lorsqu'elles vont consulter | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 8. | Le personnel de santé à l'habitude de diffuser des informations confidentielles à d'autres personnes | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 9. | Les ARV distribués dans les hôpitaux publics sont de bonne qualité | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 10. | Les ARV distribués dans les cliniques sont de bonne qualité | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 11. | Les soins VIH offerts dans les cliniques sont sains et efficaces | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 12. | Les cliniques ou structures où on délivre les services sont adéquats | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 13. | Les prestataires de VIH sont bien formés à la prise en charge | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 14. | Quand je suis en retard mon prestataire me relance par appel téléphonique | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| VI. NORMES SOCIALES | | | |
| 1. | Dans notre communauté, avoir le VIH n'est pas acceptable. | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 2. | Dans notre communauté, beaucoup de PVVIH consomment les ARV pour se soigner | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 3. | Il est normal pour un couple de discuter de leur sérologie | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 4. | Les femmes/ hommes parlent souvent de VIH SIDA avec leurs amies | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 5. | Dans notre communauté, le sexe contraire n'aime que leurs conjoints fassent leur test ou consomment les ARV | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 6. | Les religieux s'opposent à la consommation des ARV dans notre communauté | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |

| CODE | QUESTIONS/VARIABLES | MODALITÉS | RÉPONSES |
|------------------------------|---|--|----------|
| 7. | Les personnes qui ont le VIH et consomment des ARV sont traitées d'infidèles | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 8. | Dans notre communauté, beaucoup de personnes utilisent les méthodes contraceptives sans que leur conjoint soit au courant (en secret) | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 9. | Les religieux s'opposent à l'utilisation des services VIH dans notre communauté | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 10. | Dans notre communauté, une personne qu'on surprend en train d'utiliser une méthode contraceptive peut être punie, battue ou divorcée | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| 11. | Beaucoup de personnes utilisent les ARV pour maintenir la santé | 4=Totallement d'accord 3=Un peu d'accord 2=Un peu en désaccord 1=Totallement en désaccord | |
| VII. BONNES PRATIQUES | | | |
| 1. | Qu'est-ce qui vous a fait passer ce temps dans le traitement | | |
| 2. | Que faut-il faire pour que vous restiez dans le traitement encore plus longtemps | | |
| 3. | Qu'est ce qui peut vous faire sortir du traitement | | |