MINISTERE DE LA SANTE ET
DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION DES RESSOURCES
HUMAINES

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union-Discipline-Travail

RAPPORT

EVALUATION DE L'IMPACT DE LA FORMATION PRATIQUESUR LES SOINS ET TRAITEMENT DES PVVIH AU PROFIT DES INFIRMIERS ET SAGES-FEMMES AFFECTES EN 2016 DANS 8 DISTRICTS SANITAIRES A FORTE MORBIDITE LIEE AU VIH/SIDA

KORHOGO, BOUAKE (Nord-Ouest et Sud), DALOA, MAN, SAN-PEDRO, ISSIA, GAGNOA ET BOUAFLE

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Health Finance & Governance
Expanding Access. Improving Health.

Tables des matières

Sigles et abréviations 3
Résumé exécutif 4
Tableau et graphique 7
I. Contexte et justification 8
II- Objectifs 8
II-1. Objectif général 8
II-2. Objectifs spécifiques 8
II-3. Résultats attendus 9
III. – Méthodologie 9
III.1 – Type d'évaluation 9
III.2- Zones cibles 9
III.3 Population cible 9
III.4 Approche méthodologique 9
III.4-1 – Différents niveaux de collecte de données et informations 10
III.4-2 – Stratégies de collecte données et informations 10
III.4-3 – Taille de l'échantillon 10
III.4-4 Outils de collecte de données 12
III.4- 4 Méthodes de traitement et d'analyse des données 12
III.4- 5 Limites de l'étude 12
III.4- 6 Plan d'analyse des données de l'étude 13
IV. Rappel de la politique de la délégation des tâches 13
V. Présentation des résultats 14
V.1- File active des patients VIH+ 15
V.2- Patients VIH+ ayant reçu des soins VIH dans l'établissement sanitaire 17
V.3- Prévention de la Transmission Mère-Enfant (incluant dépistage) 19
V.4- Recherche des signes de la tuberculose chez les patients VIH 20
V.5- Dépistage des patients 21
VI- Difficultés rencontrées par les infirmiers et sages-femmes nouvellement affectés dans la mise en pratique de la délégation des tâches 22
VI.1 - Perception des encadreurs cliniques 23
V.I.2 Application de la mesure de la délégation des tâches 23
V.1.3 Connaissance de la formation des infirmiers et sages-femmes sur la délégation des activités VIH 23
V.I.4 Contribution des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge ARV des malades 24
VII- Conclusion 24
ANNEXES 26

Sigles et abréviations

ARV	Anti Retro Viraux
CAT	Centre Anti Tuberculeux
CDC	Centers of Disease Control and Prevention
CDIP	Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSR	Centre de Santé Rural
CSU	Centre de Santé Urbain
DGS	Direction Générale de la Santé
DIIS	Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
DRH	Direction des Ressources Humaines
EDS	Enquête Démographique Santé
EPN	Etablissement Public National
ESPC	Etablissement de Premier Contact
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INFAS	Institut National de Formation des Agents de Santé
MAC	Maison d'Arrêt et de Correction
MSLS	Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEPFAR	Plan Présidentiel d'Urgence contre le Sida
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNLS.	Programme de Lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RDV	Rendez-Vous
SFDE	Sages-Femmes Diplômé d'Etat
Sida	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSSU	Service de Santé Scolaire et Universitaire
TARV	Traitement Antirétroviral
USAID	United State Agency for International Development
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Résumé exécutif

Pour le renforcement de la réponse nationale face au VIH/Sida vis-à-vis des objectifs 90/90/90 a emmené le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, à travers l'Institut National de Formation des Agents de la Santé (INFAS), à prendre l'engagement d'adhérer et de s'approprier la problématique de la délégation des tâches des activités VIH. Pour ce faire, des modules de formation sur la délégation des tâches ont été introduits dans les curricula de formation des infirmiers et sages-femmes au niveau de la formation de base. Au rythme de plusieurs sessions de plaidoyers qui ont été auprès de la Direction des Ressources Humaines (DRH), 408 infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation théorique ont été affectés dans les 16 Districts Sanitaires à forte morbidité liée au VIH/Sida en 2016. De ces 16 Districts Sanitaires, 8 Districts Sanitaires que sont Korhogo, Bouaké-Nord-Ouest et Bouaké sud, Man, Daloa, San-Pedro, Gagnoa, Issia et Bouaflé ont été priorisés pour organiser leur formation pratique.

Un système d'échantillonnage suffisamment représentatif et rigoureux a permis de cibler 80 infirmiers et sages-femmes parmi les 218 qui menaient réellement les activités de délégation de tâches. Notre population d'enquêtés est constituée de 63.7% (51) femmes et de 36.3% (29) hommes. Au niveau des emplois, nous avons 41 (51.3%) Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et 39 Sages-femmes Diplômées d'Etat (SFDE). En termes de répartition au sein des structures sanitaires, 35% (28/80) se retrouvent au niveau des Centres de Santé Urbain (CSU), 21.25% (17/80) qui sont dans les Centres Hospitalier Régionaux (CHR) et 18.75% (15/80) sont dans les Centres de Santé Ruraux (CSR).

Dans les hôpitaux généraux, les patients présents dans la file active sont les plus nombreux (11,444) alors qu'ils ont moins d'infirmiers et sages-femmes affectés (23) qui y sont affectés. Cela se justifie par le fait qu'ils sont non seulement des centres de référence mais ils disposent aussi de plusieurs services qui sont tenus par des médecins et ces derniers ont une grande expérience dans la prise en charge des PVVIH. Cependant, les informations de l'enquête nous montrent que c'est 52% de ces infirmiers et sages-femmes qui sont impliqués dans la prescription d'ARV première ligne et 39% dans le renouvellement des ordonnances premières ligne. Pour l'évaluation à l'observance et l'adhésion du au traitement ARV, ils ne sont que 9 à intervenir.

Dans les établissements de premier contact par contre, ils sont respectivement 48, 38 et 41 qui ont donné une opinion favorable sur les 3 thématiques qui leurs ont été proposées. A leur niveau, le nombre compilé (de 2016 à 2017) de patient VIH dans leur file active est de 5,773. En termes d'implication dans les activités de «Prescription d'ARV première ligne, nous avons 92.31% d'entre eux qui ont affirmé être intervenu dans le domaine. Mais au niveau du renouvellement des ordonnances premières lignes de traitement de ARV pour les patients, c'est 73.08% qui ont confirmé faire cette activité. Quant à l'activité d'évaluation de l'observance et de l'adhésion du patient au traitement ARV, c'est 78.85% de nos enquêtés qui ont dit avoir participé à cela. Au niveau du CHU où nous avons 5 agents dont 1 infirmier et 4 sages-femmes avec un nombre de patients dans la file active de 2,187, il y'a seulement 2 agents de santé soit 40% de l'ensemble des prescripteurs qui ont répondu avoir participé à cette activité. Quant au renouvellement des ordonnances premières lignes de traitement de ARV pour les patients, aucun des infirmiers et sages-femmes affectés dans cette institution de santé n'est dans cette tâche.

Pour les suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH ainsi que le remplissage des outils de recueil de données cliniques des patients et leurs références en cas de complication vers un centre de référence ont été analysés de façon stratégique à cause de la corrélation qui pourrait exister entre ces deux tâches. Ils constituent des éléments importants dans la prise en charge des malades et leur maintien dans soins. Le nombre total de patients VIH+ ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire est de 39,491 dans l'ensemble des 8 districts sanitaire de notre étude. Globalement, nous avons une croissance de 11.21%. Les Districts sanitaires de Daloa et de Bouaké Nord-Est avec respectivement 43.08% et 39.25% de taux de croissance sont les zones où nous avons un nombre élevé de patients VIH+ qui ont fait l'objet d'un suivi clinique et biologique. De tous les districts de notre échantillon, au niveau des suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH, c'est le district sanitaire de Gagnoa qui a un taux de croissance négatif avec environ -10.64% (passer de 4,314 en 2015 à 3,885 en 2017). Cependant pour la période 2016 et 2017 qui sont nos années de référence puisque nous infirmiers et sages-femmes ont pris fonction dans leur centre de santé en 2016, nous constatons que le nombre de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire a légèrement baissé passant de 39,685 à 39,491.

Dans les hôpitaux généraux, c'est un total de 3,602 patients VIH+ en 2017 qui ont reçu des soins VIH dans les hôpitaux de référence et cela a pu se faire avec la contribution de 13 infirmiers et sages-femmes sur les 23. Au

niveau des suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et le remplissage des outils de recueil des données cliniques des patients, ce sont les mêmes personnes (13) qui sont impliquées dans cette activité. Cependant, pour la référence des malades en cas de complication vers d'autres centres de référence, c'est 10 infirmiers et sages-femmes qui affirment se charger de cela. Dans les établissements de premier contact, ils sont 3,888 patients VIH positif qui y été reçu pour des soins VIH en 2017. En termes d'opinion, ils sont 36 à avoir affirmé qu'ils ont été impliqués dans le suivi clinique et biologique des patients infectés par le VIH ainsi que le remplissage des outils de recueil des données cliniques des patients. Concernant la référence, c'est 21 personnes qui ont dit être avoir été déjà confronté à cette activité. Quant au CHU, c'est 1,009 patients VIH+ qui ont été reçu pour des soins VIH. Selon les déclarations des infirmiers et sages-femmes enquêtés, ils sont 2 sur 5 à avoir participé à cette activité et aucun d'entre eux n'est intervenu dans les cas de référence des malades en cas de complication vers d'autres de références.

Sur le volet de la prévention de la transmission mère-enfant, pour apprécier la contribution des sages-femmes, nous avons pris en compte le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH. Les données en provenance de la DIIS nous montrent que sur la période de 2015 à 2017, le nombre de femmes enceintes testées VIH+ est passé de 2,116 à 1,717 avec un taux de croissance négatif global de -18.86%. Les districts sanitaires de Korhogo, Bouaflé et Bouaké-Nord-Est avec respectivement -48.36% ; -34.66% et -25.45% sont des zones où les résultats de la PTME ont le plus baissé pendant la période. Sur les 5,865 femmes enceintes dépistées positive pour le VIH dans les 8 districts sanitaires de notre étude, 682 proviennent des ESPC, hôpitaux de référence et CHU. Cela représente un taux de 11.62%. Il faut remarquer que la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (incluant le dépistage) est une activité qui se déroule dans les services de maternité, donc presque exclusivement pratiquée par les sages-femmes. L'analyse de nos données montre que c'est 32 sages-femmes sur les 39 de notre échantillon soit 82.05% qui ont pratiqué cette activité. Au niveau des ESPC, elles sont 44.23%, 34.7% au niveau des hôpitaux de référence et seulement 20.00% au niveau du CHU.

Dans le cadre de la recherche de la tuberculose des signes de la tuberculose chez les patients VIH+, le nombre a augmenté pensant de 13,588 en 2015 à 33,475 en 2017 soit un taux de croissance générale de 146.90%, faisant un total cumulé de 74,683. Dans l'ensemble à l'exception du District sanitaire de San-Pedro qui a vu le nombre de ces patients VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite qui a drastiquement (passant de 2002 à 212) baissé en 2016, tous les autres districts sanitaires ont connu évolution une croissante du nombre de leur patient. Dans l'ensemble c'est 52.5% (42) des infirmiers et sages-femmes qui ont recherché de manière systématique les signes de la tuberculose chez les patients VIH+. Au niveau des ESPC, ce taux est de 63.46% (33/52), 34.78% (8/23) au niveau des hôpitaux de référence et 20% (1/5) au niveau du CHU. Il faut savoir que par type d'établissement sanitaire, c'est un total de 11,109 patients VIH+ qui ont bénéficié d'une recherche systématique de signes de la tuberculose lors de leur dernière visite et c'est 42 de nos infirmiers et sages-femmes qui ont aussi contribué à cela.

Pour atteindre une plus grande cible en matière de dépistage et être à même les objectifs du premier 90 (90% des personnes testées VIH+ doivent connaitre leur statut), la stratégie du dépistage à l'initiative du prestataire a été initiée en Côte d'Ivoire. Ce qui veut dire qu'un soignant/un prestataire de soin recommande le dépistage du VIH à son patient: De 2015 à 2017, nous constatons une baisse des activités de dépistage au niveau des 8 districts sanitaires de notre étude. Cette baisse part jusqu'à 40.32% (passant de 10,267 à 7,317). L'une des tâches déléguée aux infirmiers et sages-femmes est aussi le Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP). C'est un nombre total de 13,359 clients qui ont été dépistés positifs sur 27,132 dans l'ensemble de tous les 8 districts sanitaires de notre étude. Ils sont 61.25% (49/80) à faire le CDIP. Cette activité est beaucoup développée au niveau des infirmiers et sages-femmes dans hôpitaux de référence (69.57%) et dans les ESPC (61.54%).

Néanmoins, il va s'en dire que les infirmiers et sages-femmes nouvellement affectés dans la mise en pratique de la délégation des tâches ont rencontré quelques difficultés liées pour la plupart à l'environnement de travail et la communication faite autour de la nouvelle stratégie de la délégation des tâches. Que se soient les difficultés où les satisfactions, du fait de la configuration de notre échantillonnage, ses sentiments se sont plus ressentis dans les ESPC (respectivement 67.86% et 65.22%) que dans les Hôpitaux de Référence (25% et 27.54%) et le CHU (7.14% et 7.25%).

C'est 56 infirmiers et sages-femmes soit 70% de nos effectifs qui ont rapportés avoir eus des difficultés dans la mise en pratique de la délégation des tâches sinon 30% n'ont pas rencontré de difficultés. Aussi, faut-il noter que 86.25% (69/80) de notre cible est satisfaite des activités de délégation des tâches des activités VIH/Sida. Dans la plupart des cas, ils ont été confronté dans l'exercice de leur profession au (i) refus des patients de

prendre les médicaments et suivre le traitement, (ii) au déni (refus du résultat), au le non-respect des RDV et à l'insuffisance de matériel de travail.

Cependant des motifs de satisfaction nous encourage à persévérer dans l'application et la vulgarisation de cette politique de délégation des tâche car il existe de (i) de bonnes relations entre patients et traitant, (ii) de bonnes observance au traitement, (iii) le fait d'arriver à faire accepter le statut au patient (et à son conjoint), ce qui contribue à la vulgarisation de la stratégie de l'index testing même si cette dernière n'est pas encore vulgarisée et (iv) la formation reçu sur la délégation des tâches

Dans les ESPC les sentiments qui dominent au niveau des difficultés sont le refus des patients de prendre les médicaments et suivre le traitement. Sur le volet satisfaction, nous avons les bonnes relations entre patients et traitant. Au niveau des Hôpitaux de Référence, les difficultés tournent autour du remplissage des outils (rapports, dossiers patients,…) et activités connexes et les satisfactions sont les formations qu'ils ont reçues sur la délégation des tâches des activités VIH/Sida. En ce qui concerne le CHU, comme principale difficulté c'est le déni des patients (refus du résultat) et comme satisfaction, la naissance d'un bébé saint de parent VIH+.

Les sentiments et perceptions des encadreurs cliniques vis-à-vis de la politique de la délégation de tâches sont très encourageants quand bien même des zones d'ombres pourraient exister. En termes de mesure de la contribution des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge des patients infectés par le VIH, sur les 41 personnes qui se sont exprimées sur ce sujet, ils sont à 41.46% (17) *entièrement satisfaits*, quand 53.66% (22) qui sont *satisfaits* et 4.88% (2) sont *partiellement satisfaits*. Au niveau des contributions des infirmiers et sages-femmes dans les activités VIH de manière globale et sur la prise en charge ARV de manière spécifique, ils sont 38.46% (15) qui sont « *très satisfaits la contribution de ces derniers sur les activités VIH de manière globale et sur la prise en charge ARV de manière spécifique* » et 61.54% (24) qui sont « *satisfaits ».*

Pour mesurer l'effectivité des activités de délégation des tâches sur le terrain, nous avons voulu savoir si les encadreurs cliniques avaient une connaissance de l'application de cette politique. C'est 75.61% des encadreurs cliniques qui ont affirmé qu'ils le font. Pour ceux qui ne le faisaient pas (24,39%) nous avons voulu savoir le pourquoi et il est ressorti de nos analyse que pour 20%, les infirmiers et sages-femmes « *n'étaient pas formés*, *n'avaient aucun intérêt ou travaillaient au bloc opérateur »*.

Nous avons aussi essayé de savoir si les encadreurs cliniques étaient au courant de la formation que les infirmiers et sages-femmes avaient reçu sur la délégation des tâches. C'est 63.40% d'entre eux qui l'ont positivement confirmé quand pour 36.60%, ils n'étaient pas au courant. Nous avons donc voulu avoir leur opinion sur la nécessité « *de former les infirmiers et sages depuis l'école sur les activités VIH* ? ». A 97.56%, ils ont trouvé qu'ils étaient nécessaires et important d'inscrire la formation sur la délégation des tâches au niveau de la formation initiale. Quelles sont les raisons qui pouvaient militer en faveur de cela ? Pour 40% des encadreurs cliniques, la prise en compte de la délégation des tâches dans la formation initiale pourrait se traduire par *« une effectivité de la délégation des tâches (le VIH faisant partie de leurs paquet minimum d'activité) », leur efficacité sur le terrain (*exprimé par 35% des encadreurs cliniques)

Nous avons aussi voulu savoir l'apport de la formation sur la délégation des tâches dans les activités des infirmiers et sages-femmes. Aux encadreurs qui ont affirmé que « *les infirmiers et sages-femmes affectés dans votre district en 2016 ont tous reçu une formation sur le VIH avant leur affectation »* nous leur avons demandé s'ils pensaient que « *cette formation a apporté quelque dans le travail de ces derniers* ? ». C'est 96.15% (25/26) de ces derniers qui pensent que cette formation a beaucoup apporté aux infirmiers et sages-femmes. A la question de savoir « *Qu'est-ce que cette formation a apporté dans le travail de ces derniers* ? », 61.54% des encadreurs cliniques pensent qu'il y a plus « *efficacité dans les activités VIH* », quand pour 26.92% des encadreurs, ils situent cela à une « *motivation et appropriation des activités VIH* » et 11.54% ont évoqué d' « *autres raisons »*

Tableau et graphique

Tableau N°1 *: Estimation de l'échantillon de la population cible de l'étude*

Tableau N°2 : Plan d'analyse des données de l'étude

Graphique N°1 : Répartitions par sexes et par emploi des infirmiers et sages-femmes de l'étude

Tableau et graphique N°1 : Répartition des infirmiers et sages-femmes en fonction des types d'établissements sanitaires

Tableau N°3: Répartition des infirmiers et sages-femmes en fonction des d'établissements sanitaires

Tableau N°4 : Services s'affection des infirmiers et sages-femmes dans les établissements sanitaires

Tableau et graphique N°2 : Evolution de la file active dans les 8 Districts sanitaires de l'étude

Tableau N°5 : Evolution de la file active par type d'établissement sanitaire des Districts Sanitaire de l'étude de 2015 à 2017 et Expressions des infirmiers et sages-femmes sur les activités de prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication », « Prescription des première ligne pour «Renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication » et « Evaluation de l'observance et de l'adhésion du patient au traitement ARV » au niveau établissements sanitaires

Tableau et graphique N°3 : Evolution des patients ayant reçu des soins VIH dans un établissement sanitaire de 2015 à 2017

Tableau N°6 : Evolution des patients VIH+ ayant reçu des soins VIH dans les établissements sanitaires et expression des infirmiers et sages-femmes à propos Suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et remplir les outils de recueil de données cliniques des patients et de la Référence des malades en cas de complication vers un centre de référence

Tableau et graphique N°4 : Evolution du nombre des femmes enceintes dépistées positives des 2015 à 2017

Tableau N°7: Evolution des femmes enceintes dépistées séropositives en PTME de 2015 à 2017par type d'établissement sanitaire

Tableau et graphique N°5 : Evolution du nombre de patients VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite de 2015 à 2017

Tableau et graphique N°6 : Evolution du nombre de clients dépistés positifs de 2015 à 2017

Tableau N°9: Evolution du nombre de clients dépistés positifs de 2015 à 2017par type d'établissement sanitaire

Graphique N°2 : Expressions des difficultés des infirmiers et sages-femmes de l'étude

I. Contexte et justification

Malgré les efforts fournis pour rendre le traitement antirétroviral (TARV) accessible aux patients vivant avec le VIH, la couverture en TARV demeure faible. Avec une séroprévalence au VIH de 3,7%[1] même si la couverture nationale des services qui offrent des activités de traitement et de prise en charge du VIH est passée de 4,2% en 2011 à 13.2% en 2013[2], il n'en demeure pas moins qu'environ 50% des enfants et des adultes ne sont toujours pas atteints par ces différentes interventions, la PTME n'est toujours pas disponible dans 49% des formations sanitaires et nous enregistrons un taux de perdu de vue estimé à 45%[3]. L'une des stratégies pour pallier cette difficulté est la délégation des tâches des soins et traitement de l'infection à VIH du personnel médical au personnel paramédical. La délégation de tâches de soins et traitement de l'infection à VIH est faisable en Côte d'Ivoire et permet de rendre le traitement ARV accessible pour tous. Cette vision dans laquelle s'inscrit le projet HFG financé par USAID/PEPFAR vise à renforcer le développement des compétences au cours de la formation initiale des infirmiers et sages-femmes en vue de promouvoir des soins de qualité y compris l'offre du paquet complet de soins du VIH intégrant la PTME option B+ et l'accès au traitement ARV.

Dans le cadre du renforcement de la réponse nationale face au VIH/Sida ont été prises dans un cadre globale de délégation des tâches des activités VIH. Pour ce faire, des modules de formation sur la délégation des tâches sont en cours d'introduction dans les curricula de formation des infirmiers et sages-femmes au niveau de la formation de base. Cela a permis de faire une formation théorique sur la délégation des tâches des activités VIH à 1618 infirmiers et sages-femmes en instance d'affectation (du 16 au 27 novembre 2015).

Des sessions de plaidoyers ont été organisées auprès de la DRH, ce qui a permis d'affecter 408 infirmiers et sages-femmes dans les 16 Districts Sanitaires à forte morbidité liée au VIH/Sida en 2016. De ces 16 Districts Sanitaires, 8 Districts Sanitaires que sont Korhogo, Bouaké-Nord-Ouest et Bouaké sud, Man, Daloa, San-Pedro, Gagnoa, Issia et Bouaflé qui ont été priorisés pour organiser la formation pratique sur la délégation des tâches. C'est ainsi 74 formateurs et 34 coaches-formateurs qui ont été mobilisés pour encadrer 229 infirmiers et sages-femmes sur les 408 qui ont été affectés dans les 16 Districts Sanitaires à forte morbidité liée au VIH/Sida en 2016.

Après presque 2 ans d'exercice de la profession d'infirmiers et sages-femmes et fort des acquis de la formation pratique sur la délégation des tâches, il est maintenant question de savoir l'apport de ces derniers dans le cadre des activités de lutte contre le Sida au regard des objectifs des 3x90 ?

Ce présent rapport, présente les résultats des investigations qui nous permettent de tenter de mesurer l'impact de la formation pratique sur les soins et traitement des PVVIH reçu par les infirmiers et sages-femmes affectés en 2016 dans 8 Districts Sanitaires à forte morbidité liée au VIH/Sida.

II- Objectifs

II-1. Objectif général

Apprécier la contribution des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches dans l'atteinte des objectifs 3x90 au niveau des Districts sanitaires de Korhogo, Bouaké-Nord-Ouest et Bouaké sud, Man, Daloa, San-Pedro, Gagnoa, Issia et Bouaflé

II-2. Objectifs spécifiques

- Collecter et analyser les données de prise en charge des PVVIH de la période de 2014 à 2017 provenant des centres de santé où ont été affectés les infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches
- Recueillir des informations sur la prise en charge du VIH/Sida auprès des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé qui font la prise en charge des PVVIH

[1] EDS 2012
[2] Rapport VIH 2014_Couverture Nationale en Offre de service de la PTME
[3] Rapport de la recherche et évaluation : Facteurs influençant la sortie des PVVIH du circuit de traitement en Côte d'Ivoire_2014

- Recueillir auprès des responsables des informations sur la contribution des infirmiers et sages-femmes formés à la délégation des taches sur la mise en œuvre des activités de prise en charge des PVVIH

II-3. Résultats attendus

- Les données de prise en charge des PVVIH de la période de 2014 à 2017 provenant des centres de santé où ont été affectés les infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches ont été collectées et analysées
- Des informations sur la prise en charge du VIH/Sida ont été recueillies auprès des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé qui font la prise en charge des PVVIH
- Des informations sur les activités de prise en charge des PVVIH ont été recueillies auprès des responsables des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé qui font la prise en charge des PVVIH

III. – Méthodologie

III.1 – Type d'évaluation

C'est une évaluation de type diagnostic dont le but a été de comparer et analyser les données et informations sur les activités VIH/Sida des centres de santé qui font la prise en charge des PVVIH. Cette évaluation aura pour rôle d'apprécier l'apport des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches, dans les résultats de prise en charge des PVVIH au niveau des centres de santé où ils ont été affectés.

III.2- Zones cibles

L'évaluation a eu lieu dans les centres de santé des 8 Districts Sanitaires (Korhogo, Bouaké-Nord-Ouest et Bouaké sud, Man, Daloa, San-Pedro, Gagnoa, Issia et Bouaflé) où les infirmiers et sages-femmes après leur formation pratique sur la délégation des tâches ont été affectés

III.3 Population cible

Les infirmiers et sages-femmes qui pratiquent des activités de lutte contre le VIH/Sida après leur formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé de prise en charge des PVVIH dans 8 Districts Sanitaires prioritaires.

III.4 Approche méthodologique

Il y a eu 3 niveaux de collecte de données et informations sur les activités de lutte contre le VIH/Sida des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé de prise en charge des PVVIH dans 8 Districts Sanitaires prioritaires. Du fait de certaines contraintes liées à la disponibilité des acteurs, au niveau du troisième niveau de collecte, c'est seulement les médecins encadreurs qui ont été interrogés.

III.4-1 – Différents niveaux de collecte de données et informations

<u>Première niveau:</u> Collecte de données à travers la DIIS (Direction de l'Informatique et de l'information Sanitaire)

Il a été collecté auprès de cette direction les données statistiques sur les activités VIH/Sida des centres de santé où les infirmiers et sages-femmes ont été affectés. Ses statistiques concerneront les données 2014 et 2015 qui représentent les 2 années avant leur affectation dans les centres de santé et les années 2016 et 2017 qui elles représentent, les années durant lesquelles, ils étaient en fonction dans ces centres de santé.

<u>Deuxième niveau</u> : Collecte de données et informations auprès des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé qui font la prise en charge des PVVIH

Pour apprécier l'implication des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches dans les activités de lutte contre le VIH/Sida au niveau de leur centre d'affectation, des données et informations ont été collectées à leur niveau.

<u>Troisième niveau</u> : Collecte de données et informations auprès des responsables des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé qui font la prise en charge des PVVIH des informations sur leurs activités de prise en charge des PVVIH

C'est seulement auprès des médecins responsables des centres de santé où les infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches ont été affectés, que des données et informations ont été collectées. L'indisponibilité des Directeurs Départementaux de la santé pendant la période de collecte de données n'a pas permis d'avoir leur opinion sur l'objet de l'étude.

III.4-2 – Stratégies de collecte données et informations

C'est au total 229 infirmiers et sages-femmes sur 408 qui ont été affectés dans les 16 Districts Sanitaires prioritaires, qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé de 8 Districts Sanitaires prioritaires.

En collaboration avec la DRH, une localisation des 229 infirmiers et sages-femmes a été faite. Un premier niveau de stratification, nous a permis de savoir si dans les centres de santé où ces derniers ont été affectés, les activités de lutte contre le VIH/Sida sont effectivement menées. Pour ce faire, nous avons travaillé en étroite collaboration avec la DIIS et le PNLS. Au niveau de ces centres de santé, un autre niveau d'analyse nous a permis de savoir quels sont les infirmiers et sages-femmes de notre étude qui ont été réellement impliqués et qui pratiquent les activités de lutte contre le VIH/Sida. Ce sont les données et informations de ces centres de santé qui ont fait l'objet d'une autre analyse sur la période allant de 2014 à 2017. Les données de 2017 reste encore des données des informations approximatives (partielles) puisque le PNLS peut donner de nouveaux chiffres et cela a été me cas en 2016.

III.4-3 – Taille de l'échantillon

Pour l'estimation de la taille de notre échantillon, nous avons utilisé la formule suivante

- <u>Taille initiale</u> $N_1 = \frac{z^2 P(1-P)}{E^2}$

Avec le paramètre ci-après : Seuil de confiance = 95%
Marge d'erreur = 10%
P = 50%
N1 = 90
R = 90%

➲ Ajustement pour la taille de la population

Un ajustement pour la taille de la population a été faite à l'aide de l'équation suivante (le résultat aura des répercussions seulement pour les populations de petite taille ou de taille moyenne) :

$$N_2 = N_1 \frac{N}{N + N_1}$$

$$N_2 = 65$$

➲ Ajustement pour le taux de réponse

En bout de ligne, un autre ajustement a été fait pour le taux de réponse afin de déterminer la taille finale de l'échantillon. La formule utilisée est la suivante

$$N = \frac{N_2}{R}$$
$$N = 80$$

N : Taille initiale de l'échantillon
Z : Constante de la loi normale pour un seuil de confiance donné
P : Probabilité de l'évènement étudié
E : Marge d'erreur
R : Taux de réponse

➲ Répartition proportionnelle à N

Pour une répartition proportionnelle à N en prenant en compte la clé de répartition est le nombre de PVVIH, nous avons utilisé l'arrondi à l'entier supérieur. Ce qui nous donne un total de 80 infirmiers et sages-femmes à interroger.

Une analyse au premier niveau de nos données nous apprend que 89,52 % (205) des infirmiers et sages-femmes qui ont été formé sur la délégation des tâches mènent effectivement les activités de VIH depuis la fin de leur formation pratique sur cette thématique. 5,68% (13) ont été affectés dans d'autres unités de soins et 5,24% (12) sont restés dans les Districts Sanitaires. Les résultats des estimations de notre échantillonnage se trouvent dans le tableau ci-joint.

Tableau N°1 : Estimation de l'échantillon de la population cible de l'étude

Districts Sanitaires	Non Déterminé	Nombre d'infirmiers et sages-femmes ne faisant pas les activités de délégation des tâches	Nombre d'infirmiers et sages-femmes faisant les activités de délégation des tâches	Estimation des PVVIH	Estimation du taux de prévalence du VIH	Estimation de l'échantillon à enquêter
DS BOUAFLE	0	0	20	4,903	8%	**7**
DS BOUAKE NORD-EST	0	4	35	6,083	10%	**8**
DS BOUAKE-SUD	2	0	16	4,441	8%	**6**
DS DALOA	3	2	19	8,143	14%	**11**
DS GAGNOA	4	2	40	7,218	12%	**10**
DS ISSIA	1	0	13	4,063	7%	**6**
DS KORHOGO	1	0	24	8,049	14%	**11**
DS MAN	0	0	13	5,453	9%	**7**
DS SAN-PEDRO	1	5	23	10,032	17%	**13**
Total général	**12**	**13**	**205**	**58 385**	**100%**	**80**
En %	**5.24%**	**5.68%**	**89.52%**			

Pour faire cas de certaines absences sur le terrain, le nombre de personnes à interroger par centre de santé a été un peu majoré.

III.4-4 Outils de collecte de données

Il a été conçu trois (3) outils de collecte de données mais c'est seulement 2 outils qui ont été utilisés pour la collecte des données :

- sur la base d'indicateurs liés à la délégation des tâches, un outil a été adressé à la DIIS/PNLS pour collecter les données des années 2014, 2015 et 2016. Pour les données 2017, ce sont les données des 3 premiers trimestres qui ont été collectées.
- un outil de collecte de données a été élaboré à l'intention des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé qui font la prise en charge des PVVIH
- un outil d'entretien direct a été élaboré à l'intention des responsables des centres de santé où infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation pratique sur la délégation des tâches et qui ont été affectés dans les centres de santé qui font la prise en charge des PVVIH

Ces différents outils ont permis de collecter les données et informations relatives à la délégation des taches dans le cadre de l'offre de service VIH.

III.4- 4 Méthodes de traitement et d'analyse des données

- **<u>Méthodes de collectes de données</u>**

La collecte de données s'est faite par entretien téléphonique. A cet effet 4 opérateurs téléphoniques ont été recrutés. Le centre des appels a été logé dans les locaux de Abt où une salle a été mise à la disposition des opérateurs pour effectuer les appels qui ont eu lieu sur 3 jours et nous avons eu ;

- 1 jour pour la formation sur les questionnaires et les prises de rendez-vous avec les enquêtés
- 2 jours pour appeler les enquêtés

- **<u>Analyse des données</u>**

Les questionnaires remplis par les opérateurs téléphoniques ont été saisis sous SPHINX et transférés sur le logiciel Excel pour traitement. Le processus d'assurance de la qualité des données a inclus le contrôle des outils pour ;

- la cohérence interne
- l'examen des erreurs de réponse,
- les informations manquantes,
- le contrôle de limites,
- les contrôles logiques…

Les données sont présentées dans un format rectangulaire dans lequel un enregistrement correspond soit à un répondant soit à un centre de santé de prise en charge du VIH/Sida.

L'analyse des données et informations nous a permis de mettre en évidence les liens entre les activités des prestataires et la performance réalisée par chaque centre dans le cadre de la lutte contre la VIH. Les entretiens individuels ont permis de corroborés les analyses et de prendre en compte certains aspects qualitatifs qui sont sortis des différents entretiens.

III.4- 5 Limites de l'étude

Le passage d'une stratégie de collecte de données physique sur le terrain à la stratégie d'appel téléphonique peut avoir un impact sur la qualité des données. Les informations étant obtenues par téléphone, la vérification de certaines d'entre elles posent problèmes. La mesure du poids de l'intervention des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge du VIH n'est pas basée sur du factuelle. Il aurait été intéressant de faire une étude de cohorte avec des outils appropriés qui allait nous permettre de bien apprécier le poids des interventions des infirmiers et sages-femmes à travers les activités de délégation des tâches.

III.4- 6 Plan d'analyse des données de l'étude

Eu égard au fait qu'une étude de cohorte n'a pas été faite avec des outils spécifiques qui permettraient de mesurer les poids des interventions des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation théorique et la formation pratique, nous avons essayé d'approcher les données collectées par la DIIS à l'expression des sentiments des infirmiers et des sages-femmes vis-à-vis des tâchés à leur concéder dans le cadre de la délégation des tâches.

Ainsi, pour certaines analyses, il a été extrait les données des types d'établissements sanitaires (ESPC, HG et CHU) des données globales des districts sanitaires. Cette stratégie nous a permis de mesurer un tant soit peu le poids des interventions des structures de santé dans lesquelles nos cibles ont été affectées et surtout juger l'apport de ces derniers dans ces interventions.

Une autre méthode de calcul de l'effet des interventions des populations que nous avons enquêtées a été le taux de croissance. Nous avons voulu savoir de 2015 à 2017, quel a pu être la plus-value des infirmiers et sages-femmes que nous avons formés et affectés dans ces districts sanitaires en termes de données. La formule utilisée a été :

$$T = \frac{\text{valeur finale-valeur initiale}}{\text{Valeur initiale}}$$

Pour démontrer les effets significatifs des interventions des infirmiers et sages-femmes de notre étude, une analyse comparative a été faite entre les données des ESPC, HG/HR et CHU et les données globales des Districts sanitaires échantillonnées (dans le cadre de notre étude).

Tableau N°2 : Plan d'analyse des données de l'étude

Données collectées au niveau de la DIIS	Expressions des infirmiers et sages-femmes sur les tâches à déléguer
Nombre de clients dépistés positifs	Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire
Total de file active	Prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication
	Renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication
	Evaluer l'observance et l'adhésion du patient au traitement ARV
Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives	Prévention de la Transmission Mère-Enfant (incluant dépistage)
Nombre de patient VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite	Recherche des signes de la tuberculose chez les patient VIH
Nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire	Suivi cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et remplir les outils de recueil de données cliniques des patients
	Référer le malade en cas de complication vers un centre de référence

IV. Rappel de la politique de la délégation des tâches

La note circulaire en date du 03 septembre 2015 ; N°0016/2015/MSLS/DGS/PNLS/DPEC/Ln dont l'objet était : Délégation des Caches de soins et de traitement du VIH au personnel paramédical. Le Ministère de la Sante et de la Lutte contre le Sida à travers l'Attestation du Gouvernement N°1238 du 1' octobre 2014 a adopté la délégation des taches de soins et de traitement du VIH au personnel paramédical en Côte d'Ivoire. Les directives pour la délégation des taches de soins et de traitement du VIH/sida au personnel paramédical préconise (i) Une délégation des taches de soins et du traitement VIH aux infirmiers et Sages-Femmes est applicable en Côte-d'Ivoire ; (ii) Cette délégation de taches doit "être encadrée par le personnel médical afin de s'assurer que les soins sont prodigues dans le cadre strictement réservé à cet effet ; (iii) Le paquet de tâches à déléguer est le suivant :

- Examiner tout patient infecte par le VIH en vue de déterminer le stade clinique de la maladie (Classification OMS et CDC) ;
- Interpréter les résultats du bilan biologique du patient ;
- Rechercher systématiquement les signes de tuberculose chez tout patient infecte par le VIH ;
- Déterminer l'éligibilité du patient a la prophylaxie au Cotrimoxazole et le prescrire selon les directives nationales ;
- Déterminer l'éligibilité du patient au traitement ARV, selon les directives nationales ;
- Prescrire et initier le traitement ARV de Première ligne a tout patient éligible ne présentant aucune complication ;

- Renouveler les ordonnances de 1ere ligne de traitement ARV des patients qui ne présentent aucune complication ;
- Evaluer l'observance et l'adhésion du patient au traitement ARV ;
- Assurer le suivi clinique et biologique des patients infectes par le VIH et remplir les outils de recueil de données clinique des patients ;
- Référer les patients en cas de complication vers le centre de référence.
- Référer les patients en cas de complication vers le centre de référence.

La délégation des taches de soins et de traitement du VIH concerne tout infirmier(ière) ou sage-femme, forme ou mis à niveau, exerçant dans un centre de sante offrant des services de prise en charge par les ARV et de prévention de ['infection par le VIH, a tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

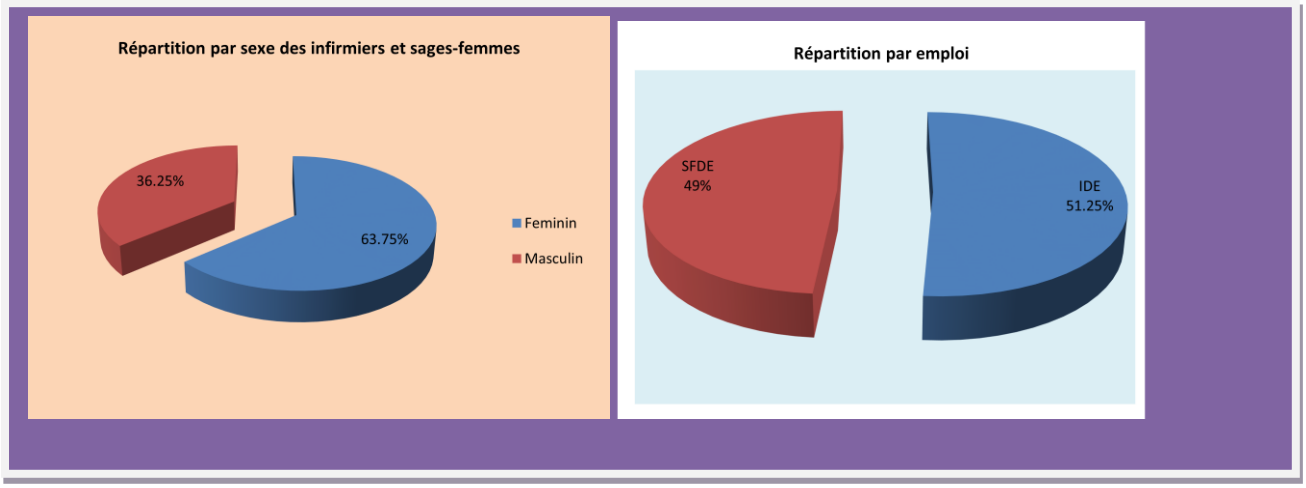
A cet effet des séances de mise à niveau des prestataires formes et de formation des autres prestataires de soins seront effectuées pour soutenir ['application de cette mesure.

Les Directeurs Régionaux, les Directeurs Départementaux de la Sante et de la Lutte contre le Sida, ainsi que les Directeurs et les Médecins chefs des établissements sanitaires sont responsabilises, chacun en ce qui to concerne, du suivi et de ['exécution effective de la présente circulaire.

V. Présentation des résultats

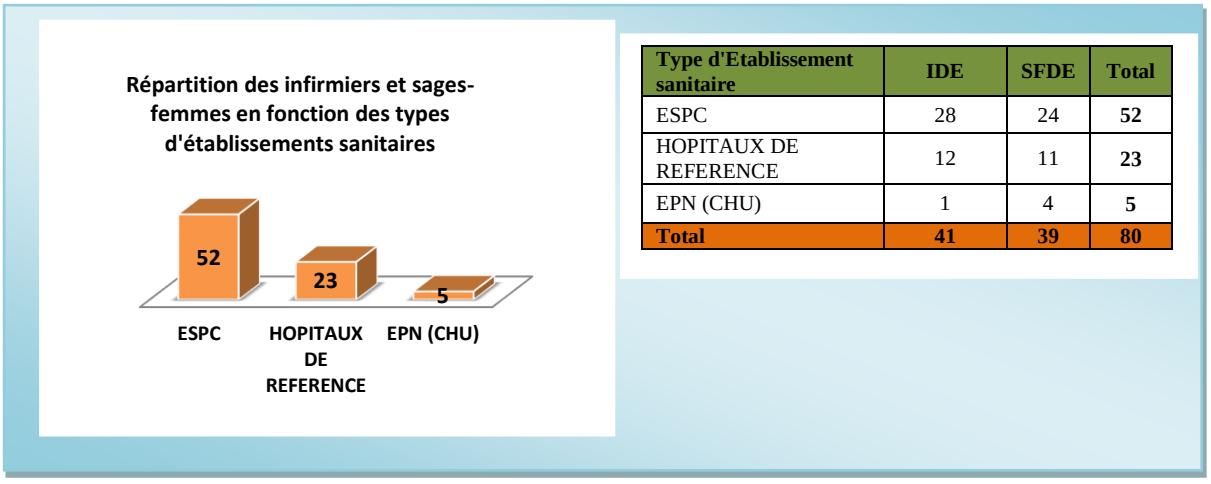
En termes d'informations générales au niveau des infirmiers et sages-femmes, notre population d'enquêtés est de constituée de 63.7% (51) femmes et de 36.3% (29) hommes. Au niveau des emplois, nous avons 41 (51.3%) Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et 39 Sages-femmes Diplômées d'Etat (SFDE).

Graphique N°1 : Répartitions par sexes et par emploi des infirmiers et sages-femmes de l'étude



Leur répartition par type d'établissements sanitaires, 65% (52/80) des infirmiers et sages-femmes de notre échantillon proviennent des ESPC quand 28.75% (23/80) sont dans les hôpitaux de référence et 6.25% (5/80) sont dans les hôpitaux du niveau tertiaire (CHU)

Tableau et graphique N°1 : Répartition des infirmiers et sages-femmes en fonction des types d'établissements sanitaires échantillonné par l'étude



Type d'Etablissement sanitaire	IDE	SFDE	Total
ESPC	28	24	**52**
HOPITAUX DE REFERENCE	12	11	**23**
EPN (CHU)	1	4	**5**
Total	**41**	**39**	**80**

En termes de répartition au sein des structures sanitaires, 35% (28/80) se retrouvent au niveau des Centres de Santé Urbain (CSU), 21.25% (17/80) qui sont dans les Centres Hospitalier Régionaux (CHR) et 18.75% (15/80) sont dans les Centres de Santé Ruraux (CSR).

Tableau N°3: Répartition des infirmiers et sages-femmes en fonction des d'établissements sanitaires échantillonné par l'étude

Type d'Etablissements Sanitaires	Infirmier Diplômé d'Etat	Sage-Femme Diplômé d'Etat	Total	%
Centre Anti Tuberculeux (CAT)	1	0	1	1.25%
Centre Hospitalier Régional (CHR)	9	8	17	21.25%
Centre Hopitalier et Univertaire (CHU)	1	4	5	6.25%
Centre de Santé Rural (CSR)	10	5	15	18.75%
Centre de Santé Urbain (CSU)	11	17	28	35.00%
Formation Sanitaire Urbaine (FSU)	1	0	1	1.25%
Hôpital Général (HG)	3	3	6	7.50%
Maison d'Arrêt et de Correction (MAC)	1	0	1	1.25%
Maternité	0	2	2	2.50%
Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI)	3	0	3	3.75%
Service de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU)	1	0	1	1.25%
Total	**41**	**39**	**80**	100.00%

Concernant les répartitions dans les services d'affectation, c'est un total de 13 services qui ont reçu les infirmiers et sages-femmes qui ont été affectés. Ils sont respectivement 31 (38.8%) en Maternité, 22 au Dispensaire (27.5%), 7 en Pédiatrie (8.8%), 6 en Gynéco-obstétrique (7.5%), 4 en Chirurgie (5%), 2 en salle d'accouchement et en consultation (2.5%) et 1 en Hospitalisation, Infirmerie, Néonatalogie, Urgence chirurgie et Urgences pédiatrie. Nous avons aussi une personne (1) qui se retrouve comme point focal VIH.

Tableau N°4 : Services s'affection des infirmiers et sages-femmes dans les établissements sanitaires échantillonné par l'étude

Service d'affectation	Effectif	Proportion (%)
Chirurgie	4	5.0
Consultation	2	2.5
Dispensaire	22	27.5
Gynéco Obstétrique	6	7.5
Hospitalisation	1	1.3
Infirmérie	1	1.3
Maternité	31	38.8
Néonatalogie	1	1.3
Pédiatrie	7	8.8
Point Focal VIH	1	1.3
Salle d'accouchement	2	2.5
Urgence chirurgie	1	1.3
Urgences pédiatrie	1	1.3
Total	**80**	**100.0**

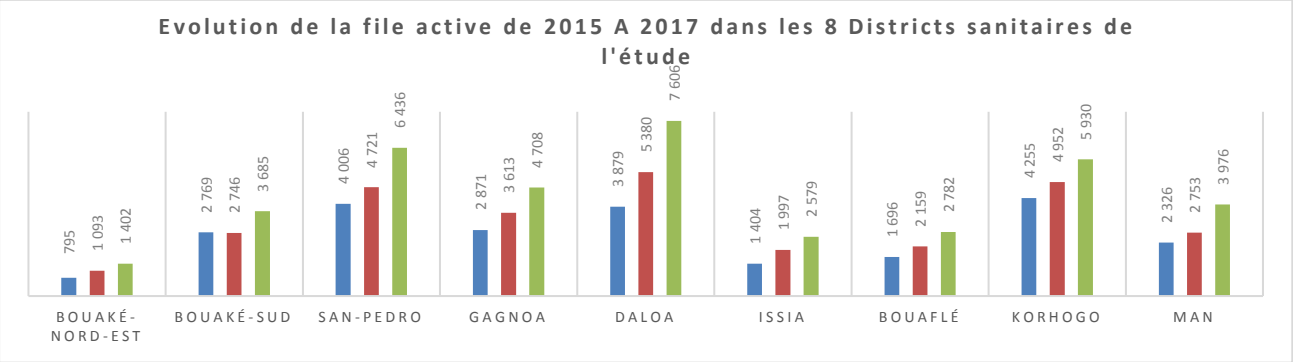
V.1- File active des patients VIH+

La file active est un indicateur de mesure concrète du troisième 90 (90% des patients sous ARV ont une charge virale indétectable). Il traduit le nombre de patient qui ont consommé le traitement ARV et qui continue d'être vue dans les soins. Ainsi, dans la délégation des tâches des infirmiers et sages-femmes, nous avons la prescription, nous des interventions comme « Prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication, le renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication ainsi que l'évaluation de l'observance et l'adhésion du patient au traitement ARV » qui représentent des éléments importants dans la file active des patients PVIH. Ces différentes activités contribuent énormément au maintien de la file active.

Au niveau des Districts sanitaires de 2015 à 2017, nous constatons que la file active a augmenté de 62.93% passant de 24,001 patients dans la file active à 39,104 patients. Aussi faut-il constaté que de 2016 à 2017, la file active s'est accrue de 32.94. Le District sanitaire de Daloa avec 96.08% de taux de croissance représente la zone où nous avons le plus fort taux de croissance au niveau des patients PVVIH dans la file active.

En général par type d'intervention, nous remarquons que 77.50% des infirmiers te sages-femmes sont impliqués dans la prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication, 58.8% dans le renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication et 63.8% dans l'évaluation de l'observance et l'adhésion du patient au traitement ARV

Tableau et graphique N°2 : Evolution de la file active dans les 8 Districts sanitaires échantillonné par l'étude



Districts Sanitaires	2015	2016	2017	Proportion des files active	Taux de croissance
	Total de file active	Total de file active	Total de file active		
Bouaké-Nord-Est	795	1,093	1,402	3.59%	76.35%
Bouaké-Sud	2,769	2,746	3,685	9.42%	33.08%
San-Pedro	4,006	4,721	6,436	16.46%	60.66%
Gagnoa	2,871	3,613	4,708	12.04%	63.98%
Daloa	3,879	5,380	7,606	19.45%	96.08%
Issia	1,404	1,997	2,579	6.60%	83.69%
Bouaflé	1,696	2,159	2,782	7.11%	64.03%
Korhogo	4,255	4,952	5,930	15.16%	39.37%
Man	2,326	2,753	3,976	10.17%	70.94%
Total	**24,001**	**29,414**	**39,104**	100.00%	62.93%

Dans les établissements de premier contact, c'est 65% soit 52 des infirmes et sages-femmes nouvellement affectés qui ont fait l'objet de notre étude. Ils sont respectivement 48, 38 et 41 qui ont donné une opinion favorable sur les 3 thématiques qui leurs ont été proposées. A leur niveau, le nombre de patient VIH dans leur file active était 5,773 en 2017. En termes d'implication dans les activités de «Prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication », nous avons 92.31% (48/52) d'entre eux qui ont affirmé être intervenu dans le domaine. Mais au niveau du renouvellement des ordonnances premières lignes de traitement de ARV pour les patients, c'est 73.08% (38/52) qui ont confirmé faire cette activité. Quant à l'activité d'évaluation de l'observance et de l'adhésion du patient au traitement ARV, c'est 78.85% de nos enquêtés qui ont dit avoir participé à cela

L'analyse des données dans les hôpitaux généraux nous fait remarquer que les patients présents dans la file active sont les plus nombreux (11,444) alors qu'ils ont moins d'infirmiers et sages-femmes affectés (23). Cela se justifie par le fait qu'ils sont non seulement des centres de référence mais ils disposent aussi de plusieurs services qui sont tenus par des médecins et ces derniers ont une grande expérience dans la prise en charge des PVVIH. Cependant, les informations de l'enquête nous montrent que c'est seulement 52.17% de ces infirmiers et sages-femmes qui sont impliqués dans la prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication et 39% dans le renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication. Quant à l'évaluation de l'observance et l'adhésion du patient au traitement ARV, ils ne sont que 9 à intervenir dans ces hôpitaux-là.

L'effectif de notre cible présent dans le CHU est de 5 agents dont 1 infirmier et 4 sages-femmes avec 2,187 de patients (2017) dans la file active. En termes de niveau d'intervention dans la «Prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication », il y'a seulement 2 agents de santé (infirmiers et sages-femmes nouvellement affectés) soit 40% de l'ensemble des prescripteurs au CHU qui ont répondu avoir participé à cette activité. Quant au renouvellement des ordonnances premières lignes de traitement de ARV pour les patients, aucun des infirmiers et sages-femmes affectés dans cette institution de santé n'est dans cette tâche.

Tableau N°5 : Evolution de la file active par type d'établissement sanitaire des Districts Sanitaire *échantillonné par l'étude* de 2015 à 2017 et Expressions des infirmiers et sages-femmes sur les activités de prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication », « Prescription des première ligne pour «Renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication » et « Evaluation de l'observance et de l'adhésion du patient au traitement ARV » au niveau établissements sanitaires *échantillonné par l'étude*

Types d'Etablissements	Total de file active 2015	Total de file active 2016	Total de file active 2017
Chu	1,545	1,893	2,187
Hôpitaux de référence (HG-CHR)	8,086	9,910	11,444
ESPC	4,079	4,999	5,773
Total	13,710	16,802	19,403

Prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication					
Type d'Etablissements sanitaire	Non	%[4] -	Oui	%	**Total**
ESPC	4	7.69%	48	92.31%	**52**
HOPITAUX DE REFERENCE	11	47.83%	12	52.17%	23
EPN (CHU)	3	60.00%	2	40.00%	5
Total	**18**	22.50%	**62**	77.50%	**80**
Renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication					
Type d'Etablissement sanitaire	Nombre de non	**%**	Nombre de oui	**%**	**Total**
ESPC	14	26.92%	38	73.08%	52
HOPITAUX DE REFERENCE	14	60.87%	9	39.13%	23
EPN (CHU)	5	100.00%	0	0.00%	5
Total	**33**	41.25%	**47**	58.75%	**80**
Évaluer l'observance et l'adhésion du patient au traitement ARV					
Type d'Etablissements sanitaire	**Non**	**%**	**Oui**	%	**Total**
ESPC	11	21.15%	41	78.85%	52
HOPITAUX DE REFERENCE	14	60.87%	9	39.13%	23
EPN (CHU)	4	80.00%	1	20.00%	5
Total	**29**	36.25%	**51**	63.75%	**80**

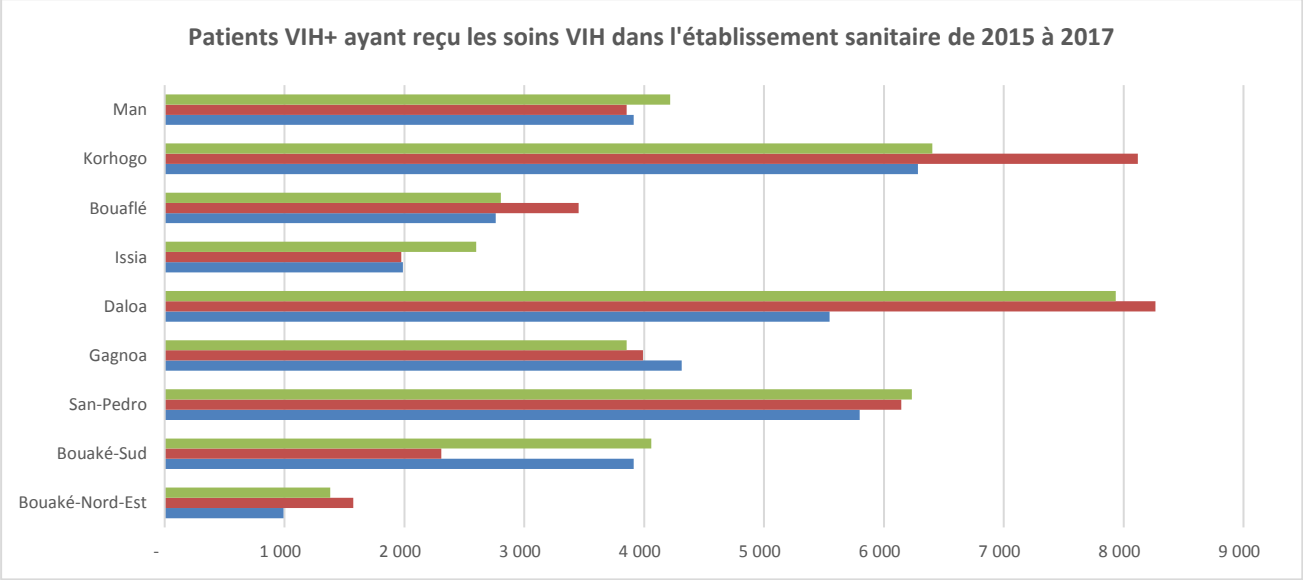
V.2- Patients VIH+ ayant reçu des soins VIH dans l'établissement sanitaire

Le suivi cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH ainsi que le remplissage des outils de recueil de données cliniques des patients et leurs références en cas de complication vers un centre de référence ont été analysés de façon stratégique à cause de la corrélation qui pourrait exister entre ces deux tâches. Ils constituent des éléments importants dans la prise en charge des malades et leur maintien dans soins. En général, ils sont 63.8% qui sont impliqués dans les Suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et remplir les outils de recueil de données cliniques des patients et 40% qui font de la référence le malade en cas de complication vers un centre de référence.

Les données de 2017 montrent que le nombre total de patients VIH+ ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire est de 19,403 dans l'ensemble des 8 districts sanitaire de notre étude. Globalement, nous avons une croissance de 41.52%. Les districts sanitaires de Daloa et de Bouaké Nord-Est avec respectivement 43.08% et 39.25% de taux de croissance sont les zones où nous avons un nombre élevé de patients VIH+ qui ont fait l'objet d'un suivi clinique et biologique. De tous les districts de notre échantillon, au niveau des suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH, c'est le district sanitaire de Gagnoa qui a un taux de croissance négatif avec environ -10.64% (passer de 4,314 en 2015 à 3,885 en 2017). Cependant pour la période 2016 et 2017 qui sont nos années de référence puisque nous infirmiers et sages-femmes ont pris fonction dans leur centre de santé en 2016, nous constatons que le nombre de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire a légèrement baissé passant de 39,685 à 39,491.

[4] Les pourcentages de ces colonnes sont obtenus en divisant les chiffres de la colonne par le total de cette colonne

Tableau et graphique N°3 : Evolution des patients ayant reçu des soins VIH dans un établissement sanitaire échantillonné par l'étude de 2015 à 2017



Sources : DIIS

Districts Sanitaires	2015	2016	2017	Taux de croissance
	Nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire	Nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire	Nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire	
Bouaké-Nord-Est	991	1,574	1,380	39.25%
Bouaké-Sud	3,913	2,307	4,060	3.76%
San-Pedro	5,798	6,144	6,233	7.50%
Gagnoa	4,314	3,991	3,855	-10.64%
Daloa	5,546	8,267	7,935	43.08%
Issia	1,987	1,974	2,600	30.85%
Bouaflé	2,763	3,454	2,805	1.52%
Korhogo	6,285	8,120	6,405	1.91%
Man	3,914	3,854	4,218	7.77%
Total	**35,511**	**39,685**	**39,491**	**11.21%**

Le nombre de patients VIH+ ayant reçu des soins VIH dans les établissements sanitaires où notre échantillon a été tiré est de 22,767 sur un nombre cumulés de 114,687 soit 19.87%. Les ESPC sont les structures sanitaires qui ont reçu le plus grand nombre de patients VIH+ ayant reçu des soins VIH dans leurs établissements avec 3,888 en 2017. En termes d'opinion, ils sont 36 à avoir affirmé qu'ils ont été impliqués dans le suivi clinique et biologique des patients infectés par le VIH ainsi que le remplissage des outils de recueil des données cliniques des patients. Concernant la référence, c'est 21 personnes qui ont dit être avoir été déjà confronté à cette activité.

Dans les hôpitaux généraux, c'est un total de 3,602 patients VIH+ qui ont reçu des soins VIH dans les hôpitaux de référence en 2017 et cela a pu se faire avec la contribution de 13 infirmiers et sages-femmes sur les 23. Au niveau des suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et le remplissage des outils de recueil des données cliniques des patients, ce sont les mêmes personnes (13) qui sont impliquées dans cette activité. Cependant, pour la référence des malades en cas de complication vers d'autres centres de référence, c'est 10 infirmiers et sages-femmes qui affirment se charger de cela.

Quant au CHU, c'est 1,009 patients VIH+ qui ont été reçu pour des soins VIH en 2017. Selon les déclarations des infirmiers et sages-femmes enquêtés, sont 2 sur 5 à avoir participé à cette activité et aucun d'entre eux n'est intervenu dans les cas de référence des malades en cas de complication vers d'autres de références.

Tableau N°6 : Evolution des patients VIH+ ayant reçu des soins VIH dans les établissements sanitaires *échantillonné par l'étude* et expression des infirmiers et sages-femmes à propos Suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et remplir les outils de recueil de données cliniques des patients et de la Référence des malades en cas de complication vers un centre de référence

Type d'Etablissements sanitaires	Nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire en 2015	Nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire en 2016	Nombre total de patients VIH positif ayant reçu les soins VIH dans l'établissement sanitaire en 2017	Taux de croissance
CHU	798	892	1 ,009	26.44%
Hôpitaux de référence (HG-CHR)	2,857	3,183	3,602	26.08%
ESPC	3,103	3,435	3,888	25.30%
Total	**6,758**	**7,510**	**8,499**	**25.76%**

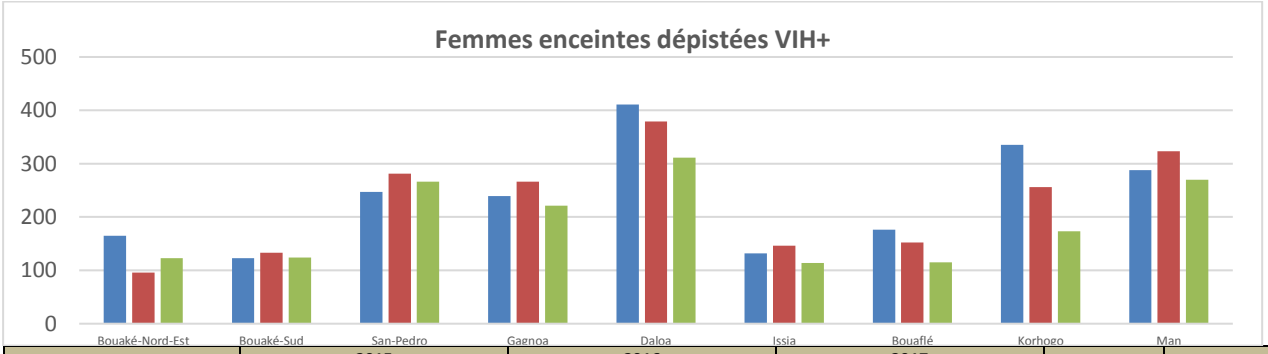
Suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et remplir les outils de recueil de données cliniques des patients					
Type d'Etablissements Sanitaires	**Non**	**%**	**Oui**	**%**	**Total**
ESPC	16	30.77%	36	69.23%	52
HOPITAUX DE REFERENCE	10	43.48%	13	56.52%	23
EPN (CHU)	3	60.00%	2	40.00%	5
Total	**29**	36.25%	**51**	63.75%	**80**

Référer le malade en cas de complication vers un centre de référence					
Type d'Etablissement sanitaire	**Non**	**%**	**Oui**	**%**	**Total**
ESPC	31	59.62%	21	40.38%	52
HOPITAUX DE REFERENCE	13	56.52%	10	43.48%	23
EPN (CHU)	5	100.00%	0	0.00%	5
Total	**48**	60.00%	**32**	40.00%	80

V.3- Prévention de la Transmission Mère-Enfant (incluant dépistage)

Pour apprécier la contribution des sages-femmes dans les activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH, nous avons pris en compte le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH. Les données en provenance de la DIIS nous montrent sur la période de 2015 à 2017, le nombre de femmes enceintes testées VIH+ est passé de 2,116 à 1,717 avec un taux de croissance négatif global de -18.86%. Les districts sanitaires de Korhogo, Bouaflé et Bouaké-Nord-Est avec respectivement --48.36% ; --34.66% et -25.45% où les résultats de la PTME ont le plus baissé pendant la période. Pour l'ensemble de notre cible, c'est 40% des sages-femmes qui soutiennent être impliquées dans les activités de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH y compris de le dépistage.

Tableau et graphique N°4 : Evolution du nombre des femmes enceintes dépistées positives des 2015 à 2017



Districts sanitaire	2015	2016	2017	Total	Taux de croissance
	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives		
Bouaké-Nord-Est	165	96	123	384	-25.45%
Bouaké-Sud	123	133	124	380	0.81%
San-Pedro	247	281	266	794	7.69%
Gagnoa	239	266	221	726	-7.53%
Daloa	411	379	311	1,101	-24.33%
Issia	132	146	114	392	-13.64%
Bouaflé	176	152	115	443	-34.66%
Korhogo	335	256	173	764	-48.36%
Man	288	323	270	881	-6.25%
Total	**2, 116**	**2 ,032**	**1, 717**	**5,865**	-18.86%

Sur les 5,865 femmes enceintes dépistées positive pour le VIH dans les 8 districts sanitaire de notre étude, 682 proviennent des ESPC, hôpitaux de référence et CHU où ont été affectés les infirmiers te sages-femmes de notre enquête. Cela représente un taux de 11.62%. Il faut remarquer que la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (incluant le dépistage) est une activité qui se déroule dans les services de maternité.

Elle est donc presque exclusivement pratiquée par les sages-femmes. L'analyse de nos données montre que c'est 32 sages-femmes sur les 39 de notre échantillon soit 82.05% qui pratiquent les activités de PTME. Au niveau des ESPC, elles sont 44.23%, 34.78% au niveau des hôpitaux de référence et seulement 20.00% au niveau du CHU.

Tableau N°7: Evolution des femmes enceintes dépistées séropositives en PTME de 2015 à 2017par type d'établissement sanitaire échantillonné par l'étude

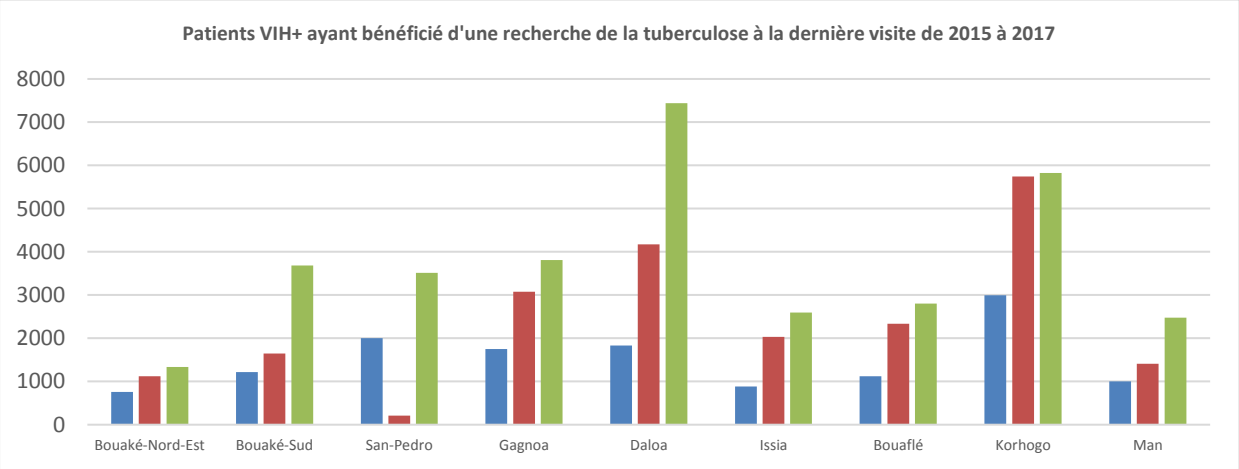
Type d'établissements sanitaires	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives en 2015	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives en 2016	Nombre de femmes enceintes dépistées séropositives en 2017	Total
CHU	**8**	**6**	**9**	**23**
HÔPITAUX DE REFERENCE (HG-CHR)	**80**	**77**	**82**	**239**
ESPC	**142**	**134**	**144**	**420**
Total	**230**	**217**	**235**	**682**

Type d'Etablissements sanitaires	PTME (incluant dépistage)				Total
	Non	%	Oui	%	
ESPC	29	55.77%	23	44.23%	**52**
HOPITAUX DE REFERENCE	15	65.22%	8	34.78%	**23**
EPN (CHU)	4	80.00%	1	20.00%	**5**
Total	**48**	60.00%	**32**	40.00%	**80**

V.4- Recherche des signes de la tuberculose chez les patients VIH

Dans le cadre de la recherche de la tuberculose des signes de la tuberculose chez les patients VIH+, le nombre a augmenté pensant de 13,588 en 2015 à 33,475 en 2017 soit un taux de croissance générale de 59.49%. Dans l'ensemble à l'exception du District sanitaire de San-Pedro qui a vu le nombre de ces patients VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite qui a drastiquement baissé en 2016 (passant de 2002 à 212), tous les autres districts sanitaires ont connu évolution croissante du nombre de leur patient. En termes d'implication dans les activités de recherche de la tuberculose chez les patients VIH+, cette tâche est faite par 52.5% des infirmiers et sages-femmes de notre étude.

Tableau et graphique N°5 : Evolution du nombre de patients VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite de 2015 à 2017



Districts Sanitaires	2015	2016	2017	Taux de croissance
	Nombre de patient VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite	Nombre de patient VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite	Nombre de patient VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite	
Bouaké-Nord-Est	761	1,119	1,336	75.56%
Bouaké-Sud	1,215	1,647	3,682	203.05%%
San-Pedro	2,002	212	3,510	75.32%
Gagnoa	1,748	3,080	3,807	117.79%
Daloa	1,835	4,171	7,439	305.40%
Issia	882	2,029	2,596	194.33%
Bouaflé	1,121	2,338	2,805	150.22%
Korhogo	2,995	5,740	5,821	94.36%
Man	999	1,409	2,479	148.15%
TOTAL	**13,558**	**21,745**	**33,475**	**146.90%**

Dans l'ensemble c'est 52.5% (42) des infirmiers et sages-femmes qui recherchent de manière systématique les signes de la tuberculose chez les patients VIH. Au niveau des ESPC, ce taux est de 63.46% (33/52), 34.78% (8/23)

au niveau des hôpitaux de référence et 20% (1/5) au niveau du CHU. En terme de taux de croissance, nous avons dans l'ensemble 146.90% ce qui dénote de la mise en œuvre des nouvelles directives de prise en charge des PVVIH qui stipule la recherche systématique de la tuberculose chez tous les patients infectés par le VIH.

Il faut noter que cette étude ne nous pas permis de mesurer l'apport véritable des infirmiers et sages-femmes de notre étude dans le traitement de la tuberculose. L'une des premières explications réside dans le fait dans le cadre de la délégation des tâches, le rôle confié aux infirmiers et sages-femmes est seulement la recherche de signes de la tuberculose et la référence à un centre antituberculeux pour la confirmation du cas. Ce qui fait qu'on ne peut pas réellement mesurer l'intervention de ces derniers dans le traitement de la tuberculose.

Tableau N°8: Evolution du nombre de patient VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite de 2015 à 2017par type d'établissement sanitaire échantillonné par l'étude

Type d'Etablissements sanitaires	2015	2016	2017	Total
	Nombre de patient VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite	Nombre de patient VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite	Nombre de patient VIH+ ayant bénéficié d'une recherche de la tuberculose à la dernière visite	
CHU	863	1 082	484	**2 429**
HÔPITAUX DE REFERENCE (HG-CHR)	5 942	7 450	5 875	**19 267**
ESPC	3 223	4 041	3 845	**11 109**
Total	**10 028**	**12 573**	**10 204**	**32 805**

Type d'Etablissement sanitaire	Recherche des signes de la tuberculose chez les patients VIH				Total
	Non	%	Oui	%	
ESPC	19	36.54%	33	63.46%	52
HOPITAUX DE REFERENCE	15	65.22%	8	34.78%	23
EPN (CHU)	4	80.00%	1	20.00%	5
Total	**38**	47.50%	**42**	52.50%	**80**

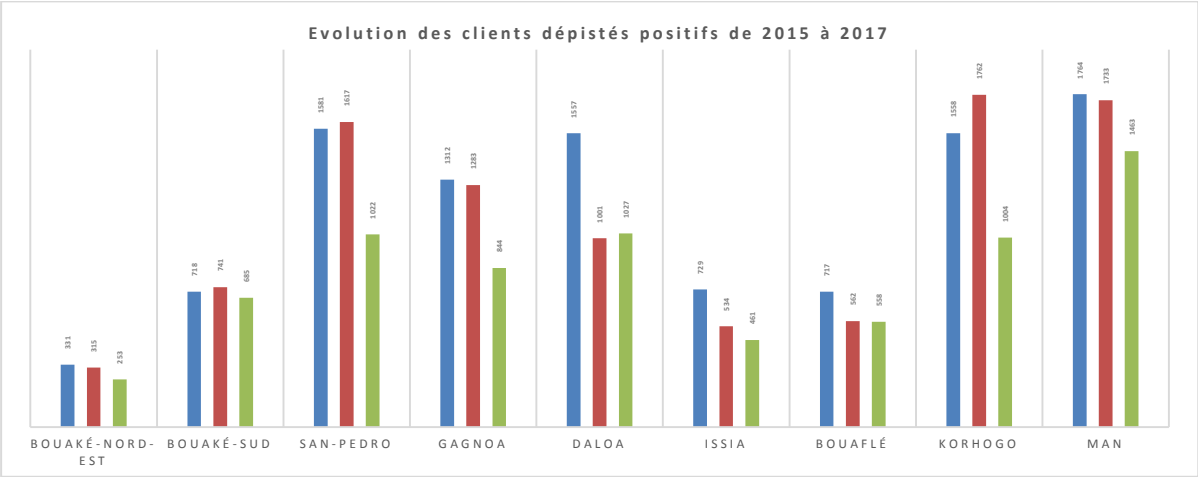
V.5- Dépistage des patients

Pour atteindre une plus grande cible en matière de dépistage et être à même les objectifs du premier 90 (90% des personnes testées VIH+ doivent connaitre leur statut), la stratégie du dépistage à l'initiative du prestataire a été initiée en Côte d'Ivoire. Ce qui veut dire qu'un soignant/un prestataire de soin recommande le dépistage du VIH à son patient:

- En routine: le dépistage est offert à tous les patients
- Sur signe clinique: le dépistage est offert à tous les patients susceptibles d'être infectés par le VIH
- Sur appartenance à un groupe à risque

De 2015 à 2017, nous constatons une baisse des activités de dépistage au niveau des 8 districts sanitaires de notre étude. Cette baisse part jusqu'à -28.73% (passant de 10,267 à 7,317). Du fait de la réduction des budgets de sensibilisation de masse couplée au dépistage de masse, nous sommes passés de la stratégie du Conseil et Dépistage Volontaire (CDV) à la stratégie du Conseil et Dépistage à Initiative du Prestataire (CDIP) avec la mise en œuvre du dépistage ciblé. Désormais, il est recommandé de ne pas dépister tous les patients mais de cibler uniquement que les clients qui présenteraient des signes ou susceptibles d'avoir le VIH. Cette nouvelle stratégie pourrait avoir un impact sur le volume de dépistage. Une des raisons de la baisse du dépistage peut aussi s'expliquer par le fait que les prestataires de soins estiment que les activités de counseling leur prennent beaucoup de temps alors que les clients sont souvent nombreux. Une autre raison peut être la non multiplicité des postes de dépistages au niveau des formations sanitaires.

Tableau et graphique N°6 : Evolution du nombre de clients dépistés positifs de 2015 à 2017



Districts Sanitaires	2015	2016	2017	Taux de croissance
	Nombre de clients dépistés positifs	Nombre de clients dépistés positifs	Nombre de clients dépistés positifs	
Bouaké-Nord-Est	331	315	253	**- 23.56%**
Bouaké-Sud	718	741	685	**- 4.60%**
San-Pedro	1,581	1,617	1,022	**- 35.36%**
Gagnoa	1,312	1,283	844	**- 35.67%**
Daloa	1,557	1,001	1,027	**- 34.04%**
Issia	729	534	461	**- 36.76%**
Bouaflé	717	562	558	**- 22.18%**
Korhogo	1,558	1,762	1,004	**- 35.56%**
Man	1,764	1,733	1,463	**- 17.06%**
Total	**10,267**	**9,548**	**7,317**	**- 28.73%**

L'une des tâches déléguée aux infirmiers et sages-femmes est aussi le Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP). C'est un nombre total de 13,359 clients qui ont été dépistés positifs sur 27,132 personnes dépistées dans l'ensemble de tous les 8 districts sanitaires de notre étude. Ils sont 61.25% (49/80) d'infirmiers et sages-femmes à faire le CDIP. Cette activité est beaucoup développée au niveau des infirmiers et sages-femmes des hôpitaux de référence (69.57%) et des ESPC (61.54%).

Tableau N°9: Evolution du nombre de clients dépistés positifs de 2015 à 2017par type d'établissement sanitaire échantillonné par l'étude

Types d'établissement	2015	2016	2017	Total
	Nombre de clients dépistés positifs	Nombre de clients dépistés positifs	Nombre de clients dépistés positifs	
CHU	205	191	206	602
HÔPITAUX DE REFERENCE (HG-CHR)	2 914	2 710	2 931	8 555
ESPC	1 431	1 331	1 440	4 201
Total	4 550	4 231	4 577	13 359

Type d'Etablissements Sanitaires	Conseil Dépistage à l 'initiative du Prestataire				Total	
	Nombre de Non	%	Nombre de Oui	%		
ESPC	20	38.46%	32	61.54%		52
HOPITAUX DE REFERENCE	7	30.43%	16	69.57%	23	
EPN (CHU)	4	80.00%	1	20.00%	5	
Total	**31**	38.75%	**49**	61.25%	**80**	

VI- Difficultés rencontrées par les infirmiers et sages-femmes nouvellement affectés dans la mise en pratique de la délégation des tâches

Sur le total de notre échantillon, c'est 56 infirmiers et sages-femmes soit 70% de nos effectifs qui ont rapportés avoir eus des difficultés dans la mise en pratique de la délégation des tâches sinon 30% n'ont pas rencontré de difficultés. Aussi, faut-il noter que 86.25% (69/80) de notre cible est satisfaite des activités de délégation des tâches des activités VIH/Sida.

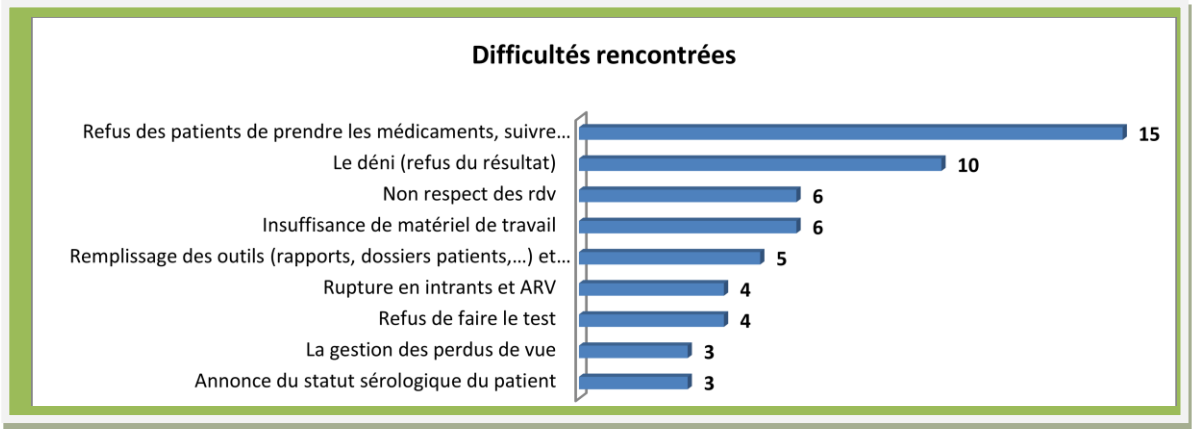
Cependant, il faut noter que les difficultés demeurent et les quatre (4) les plus récurrentes ont a été

- le refus des patients de prendre les médicaments et suivre le traitement,
- le déni (refus du résultat),
- le non-respect des RDV et
- l'insuffisance de matériel de travail.

Néanmoins, force est de constater que côté satisfaction, il ressort aussi quatre (4) niveau que sont ;

- les bonnes relations entre patients et traitant,
- Observance du traitement,
- le fait d'arriver à faire accepter le statut au patient (et à son conjoint) et
- la formation reçue sur la délégation des tâches des activités VIH

Graphique N°2 : Expressions des difficultés des infirmiers et sages-femmes de l'étude



Que se soient les difficultés où les satisfactions, du fait de la configuration de notre échantillonnage, ses sentiments plus ressentis dans les ESPC (respectivement 67.86% et 65.22%) que dans les Hôpitaux de Référence (25% et 27.54%) et le CHU (7.14% et 7.25%).

Dans les ESPC les sentiments qui dominent au niveau des difficultés sont le refus des patients de prendre les médicaments et suivre le traitement. Sur le volet satisfaction, nous avons les bonnes relations entre patients et traitant.

Au niveau des Hôpitaux de Référence, les difficultés tournent autour du remplissage des outils (rapports, dossiers patients, etc.) et activités connexes et les satisfactions sont les formations qu'ils ont reçues sur la délégation des tâches des activités VIH/Sida

En ce qui concerne le CHU, comme principale difficulté c'est le déni des patients (refus du résultat) et comme satisfaction, la naissance d'un bébé saint de parent VIH+.

VI.1 - Perception des encadreurs cliniques

C'est un total de 41 encadreurs cliniques avec une forte proportion d'hommes (37) et une faible proportion de femmes (4) qui ont bien voulu donner leur sentiment et opinion sur le travail des infirmiers et sages-femmes qui étaient sous leur responsabilité dans le cadre de la délégation des tâches des activités VIH/Sida.

V.I.2 Application de la mesure de la délégation des tâches

Pour mesurer l'effectivité des activités de délégation des tâches sur le terrain, nous avons voulu savoir si les encadreurs cliniques avaient une connaissance de l'application de cette politique. A la question de savoir si « *tous les infirmiers et sage-femme que vous avez dans votre centre de santé mènent-ils des activités VIH ?* **»,** c'est 75.61% des encadreurs cliniques qui ont affirmé qu'ils le font. Nous avons voulu savoir pourquoi, 24.39% des encadreurs avaient répondu par la négative. Nous leur avons alors posé la question « *pourquoi ils ne mènent pas les activités VIH ?* **».** Il est ressorti de nos analyse que pour 20%, les infirmiers et sages-femmes « *n'étaient formés, n'avaient aucun intérêt ou travaillaient au bloc opérateur »*. Pour 40%, ils ont évoqué *« d'autres causes* ».

V.1.3 Connaissance de la formation des infirmiers et sages-femmes sur la délégation des activités VIH

Nous avons essayé de savoir si les encadreurs cliniques étaient au courant de la formation que les infirmiers et sages-femmes avaient reçu sur la délégation des tâches. Alors à la question « *Savez-vous que les infirmiers et sages-femmes affectés dans votre district en 2016 ont tous reçu une formation sur le VIH avant leur affectation* **? »,** c'est 63.40% d'entre eux qui l'ont positivement confirmé quand pour 36.60%, ils n'étaient pas au courant. Nous avons donc voulu avoir leur opinion sur la nécessité « *de former les infirmiers et sages depuis*

l'école sur les activités VIH ? ». A 97.56%, ils ont trouvé qu'ils étaient nécessaires et important d'inscrire la formation sur la délégation des tâches au niveau de la formation initiale. Quelles sont les raisons qui pouvaient militer en faveur de cela ? Pour approcher cet indicateur, nous leur avons posé la question « *pourquoi il est nécessaire de former les infirmiers et sages depuis l'école sur les activités VIH* ? ». Pour 40% des encadreurs cliniques, la prise en compte de la délégation des tâches dans la formation initiale pourrait se traduire par *« une effectivité de la délégation des tâches (le VIH faisant partie de leurs paquet minimum d'activité) », leur efficacité sur le terrain (*exprimé par 35% des encadreurs cliniques)

Nous avons aussi voulu savoir l'apport de la formation sur la délégation des tâches dans les activités des infirmiers et sages-femmes. Aux encadreurs qui ont affirmé que « *les infirmiers et sages-femmes affectés dans votre district en 2016 ont tous reçu une formation sur le VIH avant leur affectation »* nous leur avons demandé s'ils pensaient que « *cette formation a apporté quelque dans le travail de ces derniers* ? ». C'est 96.15% (25/26) de ces derniers qui pensent que cette formation a beaucoup apporté aux infirmiers et sages-femmes. A la question de savoir « *Qu'est-ce que cette formation a apporté dans le travail de ces derniers* ? », 61.54% des encadreurs cliniques pensent qu'il y a plus « *efficacité dans les activités VIH* », quand pour 26.92% des encadreurs, ils situent cela à une « *motivation et appropriation des activités VIH* » et 11.54% ont évoqué d' « *autres raisons »*

V.I.4 Contribution des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge ARV des malades

Nous avons essayé de mesurer la contribution des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge des patients infectés par le VIH à travers l'avis et l'opinion de leurs encadreurs cliniques. Selon la politique nationale sur la délégation des tâches, les infirmiers et sages-femmes devraient être capable de « *prescrire des ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication* **».** Pour apprécier la contribution des infirmiers et sages-femmes, nous avons demandé à leurs encadreurs « *Comment jugez-vous la contribution des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge ARV des malades ?* ». Il y a 41.46% (17) d'encadreurs qui sont *entièrement satisfaits*, 53.66% (22) qui sont *satisfaits* quand 4.88% (2) sont *partiellement satisfaits*. Au niveau des contributions des infirmiers et sages-femmes dans les activités VIH de manière globale et sur la prise en charge ARV de manière spécifique, nous avons posé aux encadreurs cliniques la question de savoir « *Comment jugez-vous la contribution de ces derniers sur les activités VIH de manière globale et sur la prise en charge ARV de manière spécifique* ». Pour les encadreurs (39) qui étaient « *entièrement satisfaits et satisfaits la contribution des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge ARV des malade*», ils sont 38.46% (15) qui sont « *très satisfaits la contribution de ces derniers sur les activités VIH de manière globale et sur la prise en charge ARV de manière spécifique* » et 61.54% (24) qui sont « *satisfaits ».*

VII- Conclusion

Selon la première conférence mondiale sur la délégation des tâches, la pénurie de ressources humaines dans les services de santé est largement reconnue comme une menace pesant sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Toute tentative visant à optimiser le potentiel du personnel de santé revêt par conséquent une importance cruciale. Une répartition plus rationnelle des tâches et des responsabilités entre les différentes catégories d'agents de santé est perçue comme une stratégie prometteuse pour améliorer l'accès et le rapport coût-efficacité au sein des systèmes de santé. A l'instar de la Côte d'Ivoire, plusieurs pays appliquent déjà la délégation des tâches pour renforcer leurs systèmes de santé et élargir l'accès au traitement et à la prise en charge du VIH/sida. La note circulaire en date du 03 septembre 2015; N°0016/2015/MSLS/DGS/PNLS/DPEC/Ln vient confirmer l'obtient politique pris par la Côte d'Ivoire et rentre en droite ligne avec les directives de l'OMS qui dans le cadre du Plan de lutte contre le sida du Président des États-Unis (PEPFAR) et en collaboration avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont élaboré des directives pour la délégation des tâches.

En Côte d'Ivoire, la délégation des tâches est effective mais elle diffère en fonction du niveau de la pyramide sanitaire. Pour les établissements de premiers contact qui sont presqu'exclusivement tenu par les infirmiers et les sages-femmes, ils exécutent les 10 tâches délégués par la circulaire du Ministère de la santé. Pour les autres centres de santé comme les hôpitaux de référence, les CHR, les CHU et les institutions spécialisées, les tâches sont reparties.

Aussi, la décentralisation de la prise en charge du VIH/SIDA dans les pays à ressources limitées doit-il s'appuyer sur la délégation de tâches aux paramédicaux. Cela passe par un engagement politique fort, une réorganisation du système de santé et la formation du personnel paramédical ciblé. Pour l'étude menée, en général par type

d'intervention, nous remarquons que 77.50% des infirmiers et sages-femmes sont impliqués dans la prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication, 58.8% dans le renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication et 63.8% dans l'évaluation de l'observance et l'adhésion du patient au traitement ARV. Ils sont aussi 63.8% à être impliqués dans les Suivis cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et remplir les outils de recueil de données cliniques des patients et 40% qui font de la référence Référer le malade en cas de complication vers un centre de référence. Concernant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH y compris de le dépistage, c'est 40% des sages-femmes de notre étude qui ont affirmé avoir réellement été impliquées dans ces différentes interventions. Pour la recherche de la tuberculose chez les patients VIH+, cette tâche est faite par 52.5% des infirmiers et sages-femmes de notre étude. Ils sont aussi 61,3% à avoir participé au Conseil Dépistage à I 'initiative du Prestataire.

Il est vrai que la perception des encadreurs clinique est dans l'ensemble satisfaisante quant à la prestation des infirmiers et sages-femmes qui ont reçu la formation sur la délégation des tâches. Néanmoins, il existe encore des encadreurs qui n'ont pas connaissance de l'existence de cette directive (24.39%). Des préjugés demeurent encore quant à la formation reçue par les infirmiers et sages-femmes pour mener correctement les activités VIH/Sida parce que pour la plupart, ils n'ont pas l'information qu'une vaste campagne de formation a été faite. Cependant, ils ont trouvé louable et important d'inscrire la formation sur la délégation des tâches au niveau de la formation initiale. Cela se traduirait par une effectivité de la délégation des tâches dans tous les centres de santé et démonterait en même temps leur efficacité sur le terrain. Ils sont pour la plupart unanime sur la fait que la formation sur la délégation des tâches a apporté quelque chose de plus dans le travail de ces derniers et leur contribution est très apprécié dans le dispositif d'accès aux soins VIH/Sida.

Finalement, Il faut noter le contexte global du programme VIH pendant la période de cette étude. La directive de la délégation des taches était signée en septembre 2015, et les activites etaient lancer sur le terrain en 2016. En février 2017, la note circulaire concernant l'approche « Tester et Traiter Tous » était signée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. De suite, la stratégie de « l'index testing » ainsi que le dépistage ciblé sont un certain nombre d'action qui ont été mis en œuvre après notre étude. Il faudra alors que les curricula de formation des infirmiers et sages-femmes soient révisés afin de les y inclure pour permettre aux futures générations d'infirmiers et sages-femmes d'être en phase avec la politique nationale dès leur sortie de l'école.

La présente étude s'avère être une tentative d'approche par rapport à l'apport des infirmiers et sages-femmes dans les activités VIH du fait de la politique de délégation des tâches. C'est une étude de cohorte avec des outils bien spécifiques qui nous permettrait de mesurer l'impact réel des interventions des infirmiers et sages-femmes dans les activités VIH et trouver des corrélations entre leur travail et le traitement.

ANNEXES

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
Union – Discipline - Travail

EVALUATION DE L'IMPACT DE LA FORMATION PRATIQUE SUR LES SOINS ET TRAITEMENT DES PVVIH AU PROFIT DES INFIRMIERS ET SAGES-FEMMES AFFECTES EN 2016 DANS 8 DISTRICTS SANITAIRES A FORTE MORBIDITE LIEE AU VIH/SIDA

QUESTIONNAIRE

CONFIDENTIALITE :
Ce questionnaire est adressé exclusivement aux agents de santé intervenant dans un centre de santé.

Les renseignements contenus dans ce questionnaire sont confidentiels. Ils sont couverts par le secret statistique et ne peuvent être publiés que forme anonyme conformément à la loi du 7 juin 1961 sur l'obligation de répondre et le secret statistique.

A001	**Date (jour/mois/année)**	_____/_____/_____

I-SECTION 0 : IDENTIFICATION

A001	**Nom de la région sanitaire**	
A002	**Nom du District Sanitaire**	
A003	**Nom du Centre de Santé**	
A004	**Nom et prénoms**	
A005	**Sexe**	☐ Masculin ☐ Féminin
A006	**Contacts**	***A008.1*** **Téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __** ***A008.2*** **Mobile : __ __ __ __ __ __ __ __** ***A008.3*** **Email** ……
A007	**Emploi**	☐ IDE ☐ SFDE
A008	**Service d'affectation**	……
A009	**Date de démarrage des activités dans le service/centre de santé**	_____/_____/_____

II-SECTION 3 : ACTIVITES AYANT UN LIEN AVEC LES SOINS ET TRAITEMENT VIH

	Activités	Estimation du nombre
A302	□ *A302.1* Prescription d'ARV première ligne pour tout patient éligible ne présentant aucune complication	
	□ *A302.2* Suivi cliniques et biologiques des patients infectés par le VIH et remplir les outils de recueil de données cliniques des patients	
	□ *A302.3* PTME (incluant dépistage)	
	□ *A302.4* Renouvellement des ordonnances premières ligne de traitement ARV pour les patients qui ne présentent aucune complication	
	□ *A302.5* Recherche des signes de la tuberculose chez les patient VIH	
	□ *A302.6* CDIP	
	□ *A302.7* Référer le malade en cas de complication vers un centre de référence	
	□ *A302.8* Evaluer l'observance et l'adhésion du patient au traitement ARV	
	□ *A302.9 autres à préciser* ……..	

Difficultés rencontrées dans la mise en pratique de la délégation des tâches	
A401	

Sentiment de satisfaction et meilleure expérience dans la mise en pratique de la délégation des tâches	
A402	

1. Pouvez-vous estimer le temps que vous consacrez par jour aux activités VIH sur l'ensemble de votre temps de travail ?

2. Avez –vous reçut une autre formation en rapport avec le VIH depuis son affectation autre que celle reçu à l'INFAS

   ☐ OUI ☐ NON si oui précisez……

3. Comment juger vous la formation reçue à l'INFAS sur le VIH ? est-elle nécessaire dans l'exercice de vos fonctions quotidiennes ?

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

Annexe N°2

Guide d'entretien avec les Directeurs départementaux de la santé

1. Tous les centres de santé de votre district mènent-ils des activités VIH ? ☐ OUI ☐ NON

2. Si non pourquoi :……

   ……

   ……

   ……

   ……

3. Tous les infirmiers/sages-femmes de votre district sont-ils impliqués dans les activités de VIH

   ☐ OUI ☐ NON

4. Si non pourquoi :……

   ……

   ……

   ……

   ……

5. Comment jugez-vous la contribution des infirmiers et sages-femmes dans la prise en charge ARV des malades

5.1 : Entièrement satisfait,
5.2 : Satisfait…,
5.3 : Partiellement satisfait …,
5.4 : Pas dit tout satisfait
5.5 : Je ne sais pas.

6. Pensez-vous qu'il est nécessaire de former les infirmiers et sages depuis l'école sur les activités VIH ? pourquoi ?

   ☐ OUI ☐ NON

7. Si oui/ si non pourquoi :……

   ……

   ……

   ……

……

8. Savez-vous que les infirmiers et sages-femmes affectés dans votre district en 2016 ont tous reçu une formation sur le VIH avant leur affectation ?

   ☐ OUI ☐ NON

9. Pensez-vous que cette formation a apporté quelque dans le travail de ces derniers ?

   ☐ OUI ☐ NON

10. Si oui, de quelle manière :……

    ……

    ……

    ……

    ……

11. Comment jugez-vous la contribution de ces derniers sur les activités VIH de manière globale et sur la prise en charge ARV de manière spécifique :……

    ……

    ……

    ……

    ……