



# Renforcement de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies chez le nouveau-né et l'enfant (PCIME) en Ouganda

Séance simultanée ID C35

Groupes de travail sur la santé des enfants, juin 2023

# Vue d'ensemble

---

- **Accueil et introduction** Professeur associé Peter Waiswa
- **Déploiement de la PCIME en Ouganda** Mme Agnes Namagembe
- **Discussion / Q&R** Dr. Jesca Nsungwa (MS), Dr. Bodo Bongomin (OMS), Dr. Emma Mugisa (USAID)
- **Observations finales** Professeur associé Peter Waiswa



**Dr. Peter Waiswa,  
Modérateur**

Professeur associé à l'école de santé publique de l'université de Makerere, et directeur du Centre d'excellence pour la santé maternelle, néonatale et infantile.



**Mme Agnes  
Namagembe,  
Intervenante**

Spécialiste de la santé maternelle et infantile à FHI 360 et directeur des activités de santé maternelle et infantile et de nutrition de l'USAID en Ouganda.



**Dr. Jesca Nsungwa  
Panéliste**

Commissaire à la santé reproductive et infantile, Ministère de la Santé, Ouganda



**Dr. Bodo Bongomin,  
Panéliste**

Administrateur national de la santé de l'enfant et de l'adolescent, OMS Ouganda.



**Dr. Emmanuel Mugisa,  
Panéliste**

Spécialiste de la gestion de projet pour la santé et la nutrition des enfants à la Mission de l'USAID en Ouganda.



# Le parcours de l'Ouganda dans le déploiement de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies chez le nouveau-né et l'enfant (PCIME)

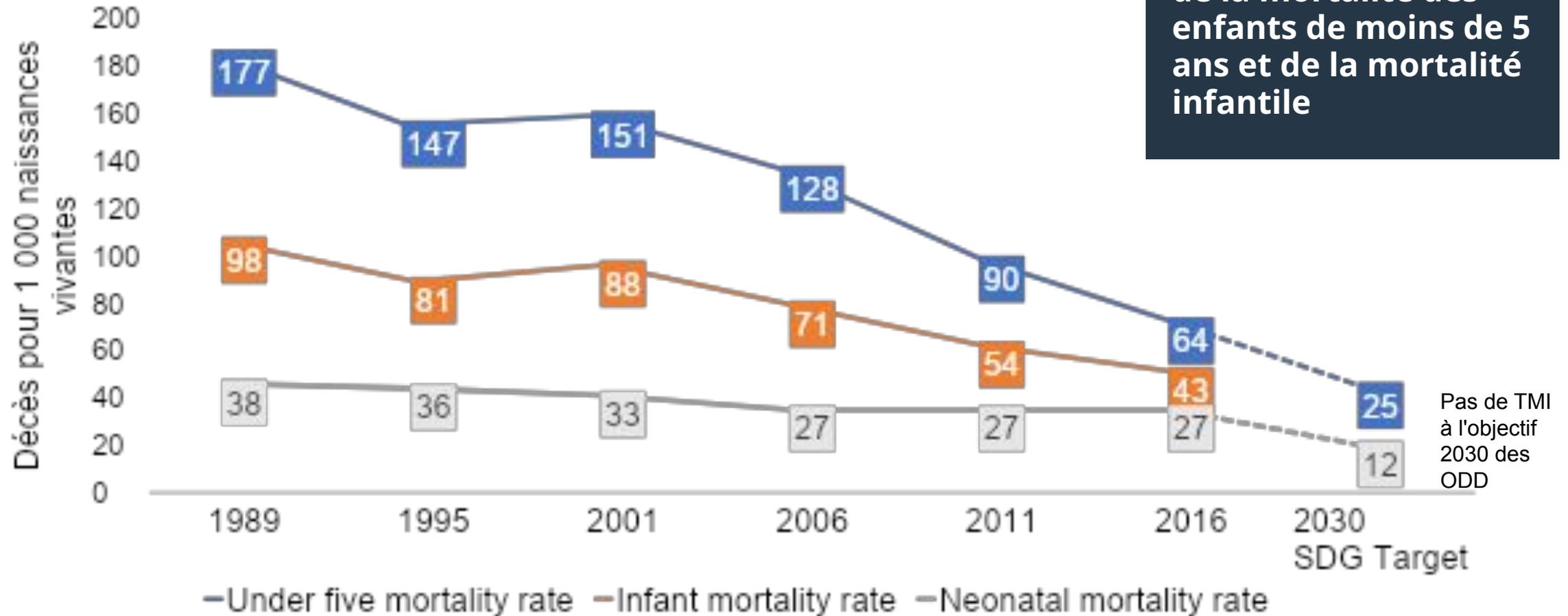
Agnes Namagembe, spécialiste en santé maternelle et infantile

Activité de l'USAID sur la santé maternelle et infantile et la nutrition

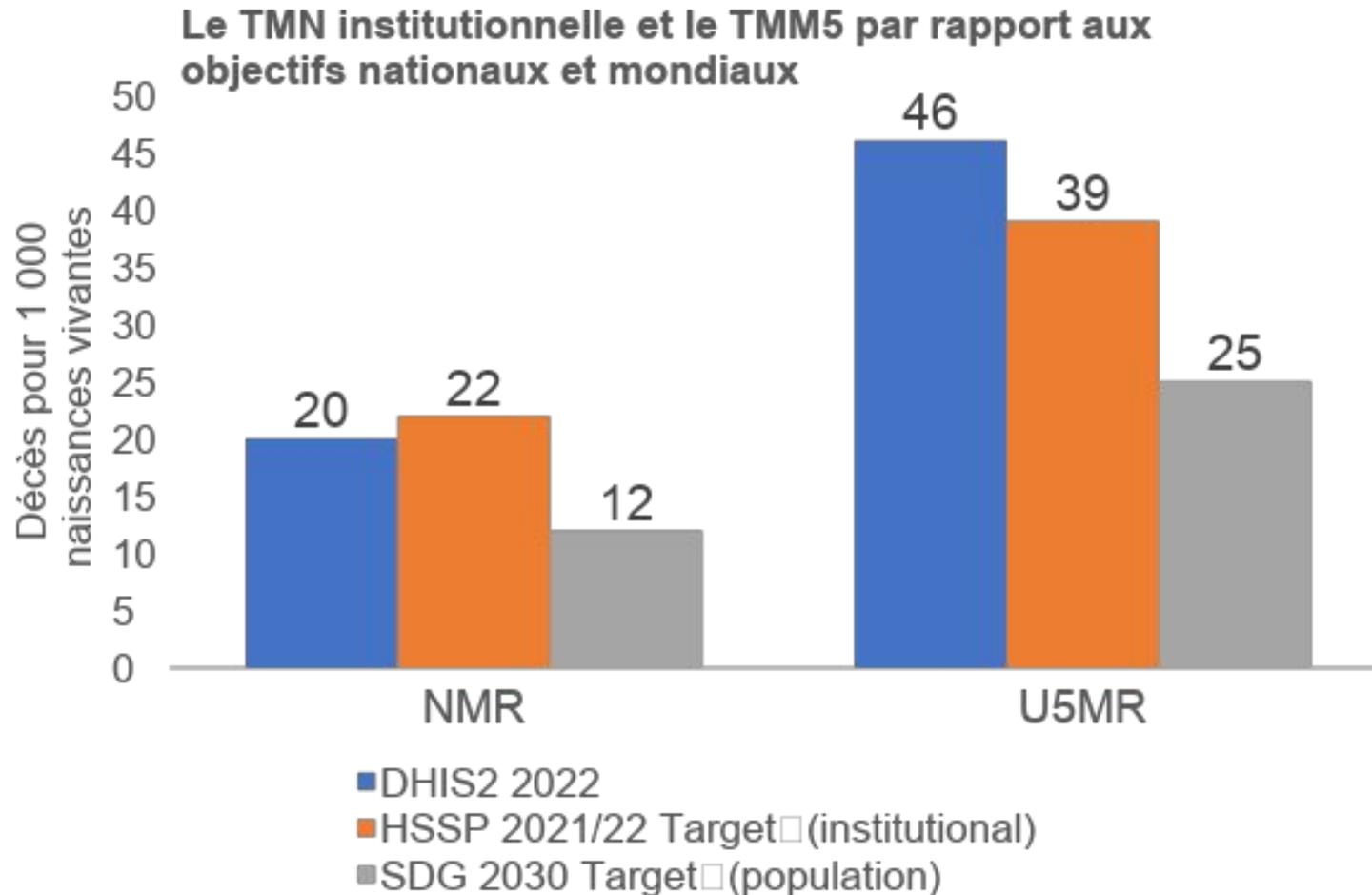
# Tendances de la mortalité infantile de 1989 à 2016

(Uganda Demographic and Health Survey)

Réduction constante de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de la mortalité infantile



# Le taux de mortalité reste élevé\*



- Le paludisme et la pneumonie sont les principales causes de décès chez les moins de 5 ans.
- Baisse de la diarrhée, de la malnutrition sévère et du VIH pédiatrique

\*Limitation : les données institutionnelles ne tiennent pas compte des décès dans la communauté

# Déploiement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

---

- 
- A vertical timeline diagram with a downward-pointing arrow on the left side. The years are listed on the left, and the corresponding events are listed on the right.
- 1995 PCIME choisie comme stratégie clé
  - 2002 Traitement intégré de la **fièvre** à domicile
  - 2003 Prise en charge intégrée du **VIH/SIDA**
  - 2018 Mise à jour du volet " **soins aux nouveau-nés**
  - 2021 Prise en charge intégrée des **infections bactérienne sévère (PSBI)** lorsque qu'il n'est pas possible de référer le patient.

# Déployer la PCIME en modifiant le modèle de formation

Leçon 1



# Les défis pour une mise à échelle proportionnelle

---

- **1996 : Formation initiale à la PCIME**
  - Les agents de santé ont été réunis dans un lieu centralisé pour **11 jours de formation hors site** .
- **Défis**
  - **Coûteux** (indemnité journalière de safari par agent de santé, lieu de la réunion, frais de formation)
  - **Une forte perturbation des soins de santé de routine**
  - **Il est difficile de maintenir la capacité en** raison des nombreux transferts et rotations de personnel.

# Stratégies pour relever les défis de la formation

---

- **2008 : L'OMS a publié le premier outil informatique d'adaptation et de formation à la PCIME (ICATT).**
  - Trois approches ont été testées : en classe avec des ordinateurs individuels, un projecteur et l'apprentissage à distance.
- **2015–2017: L'Ouganda a mis en place la PCIME ICATT**
  - **L'étude d'impact de la PCIME et l'évaluation de la PCIME ICATT** par l'OMS et l'UNICEF ont jeté les bases de l'adoption de modèles de formation abrégés par les pays.
  - 2017 : L'Ouganda évalue la mise en œuvre de l'apprentissage à distance de la PCIME en Tanzanie
- **2018 : Le ministère de la santé a élaboré et piloté deux approches modifiées** pour le renforcement des capacités en matière de PCIME avec l'aide de partenaires.
  - **Cours interrompu de courte durée (SIC)**
  - **Cours à distance (DL)**

***Cadres ciblés pour la formation :***  
Pédiatres, médecins, cliniciens, infirmières et sages-femmes

# Évolution de la formation sur la PCIME en Ouganda

1996	<b>Stratégie de formation de 11 jours sur la PCIME</b> élaborée et pilotée dans 2 districts
1998	Mise en place de formations nationales sur la PCIME - formations de 11 jours dispensées par les pédiatres de Makerere.
1999	Intégration de la PCIME dans la <b>formation initiale des étudiants en médecine</b>
2000	Intégration de la PCIME dans le <b>système de supervision</b> et dans la <b>formation initiale des étudiants en soins infirmiers</b>
2015–2017	Déploiement de l'outil informatique d'adaptation et de formation sur la PCIME (ICATT)
2018	<b>Cours interrompus de courte durée (SIC)</b> de la PCIME et <b>cours d'apprentissage à distance (DL)</b> pilotés dans deux districts chacun
2019-date	Mise à l'échelle à l'aide de cours modifiés

# Outil informatique d'adaptation et de formation sur la PCIME

## Outil informatique d'adaptation et de formation sur la PCIME (ICATT)



La personne de soutien installe des ordinateurs dans les formations sanitaires et oriente les apprenants sur comment accéder aux modules ICATT sur l'ordinateur.



Les apprenants suivent 2 semaines d'auto-apprentissage à l'aide de l'ordinateur.

**Lieu:** sur place dans les formations sanitaires

**Nombre de jours:** 14 jours

**Formateur :** non, auto-apprentissage

**Intrants clés :** ordinateur, électricité

### Cible

- ✓ 123 agents de santé
- ✓ 15 / 146 districts

### Avantages :

- Moins cher (pas d'indemnité de journée de safari, pas de lieu de réunion, pas de formateurs nécessaires)
- Ne perturbe pas la prestation de services (auto-formation, en dehors des heures d'ouverture de la clinique)

### Inconvénients :

- Connaissances informatiques limitées
- La plupart des sites ne disposaient que d'un seul ordinateur par site (accès limité)
- Manque de fiabilité de l'approvisionnement en électricité
- Matériel de soutien inadéquat

# Cours de formation à distance

## Cible

- ✓ 235 agents de santé
- ✓ 2 /146 districts

## Cours de formation à distance (DL)



Une journée d'orientation hors site sur les lignes directrices de la PCIME



3-4 semaines d'auto-apprentissage et d'exercices pratiques



Réunion de révision et de pratique hors site d'une journée



8-9 semaines d'auto-apprentissage et d'exercices pratiques



1 journée d'examen hors site et de synthèse finale

## Lieu: hybride

- Le formateur convoque les apprenants dans un lieu centralisé, hors site
- L'apprenant pratique également l'auto-apprentissage et les cas pratiques supervisés sur site et les interactions via WhatsApp.

**Nombre de jours:** 84 jours (12 semaines) au total ; 3/84 jours hors site

**Intrants clés :** documents imprimés et formateurs

## Avantages :

- Moins cher (3 jours de safari contre 11 jours dans le modèle original de l'IMCI)
- Minimisation des perturbations dans la fourniture des services
- L'apprentissage progressif donne le temps de comprendre, d'intérioriser et de pratiquer.

## Inconvénients :

- Délais plus longs pour terminer le cours
- Les cadres de niveau inférieur ont eu du mal à assimiler le contenu par eux-mêmes, ce qui s'ajoute à une faible culture de la lecture.

# Cours interrompu de courte durée

## Cible

- ✓ 1258 agents de santé
- ✓ 31/146 districts

## Cours interrompu de courte durée (SIC)



2 ½ jours d'orientation hors site sur les lignes directrices de la PCIME



2 semaines d'auto-apprentissage et d'exercices pratiques



1 jour et demi d'examen et de synthèse finale

**Lieu:** hybride

- Le formateur convoque les apprenants dans un lieu centralisé, hors site
- L'apprenant pratique également l'auto-apprentissage et les cas pratiques supervisés sur site et les interactions via WhatsApp.

**Nombre de jours:** Le nombre réel de jours est de 18 jours, mais le cours peut durer jusqu'à 28 jours (4 semaines) au total ; 4/14 jours hors site.

**Intrants clés :** documents imprimés et formateurs

**Avantages :**

- Moins cher (4 jours de safari contre 11 jours dans le modèle original de la PCIME)
- Minimisation des perturbations dans la fourniture des services
- L'apprentissage progressif donne le temps de comprendre, d'intérioriser et de pratiquer.

**Inconvénients :**

- Il est difficile d'organiser le mentorat et de soutenir tous les agents de santé dans les deux semaines de la période d'auto-apprentissage.

Les infirmières de l'hôpital de Naguru : Kampala se sont engagées dans l'auto-apprentissage de la PCIME pendant le cours de courte durée.

Crédit photo: **Ronald Mutumba**/USAID MCHN Activity

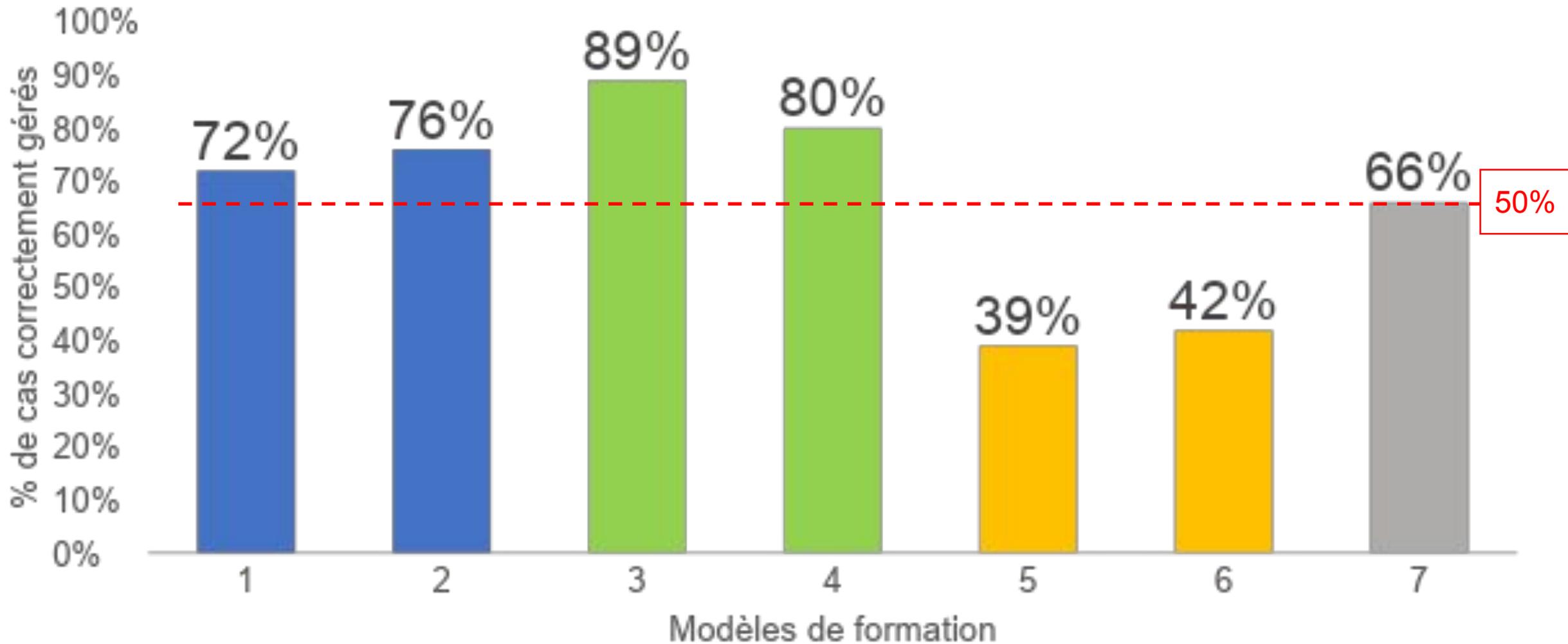


# Évaluation

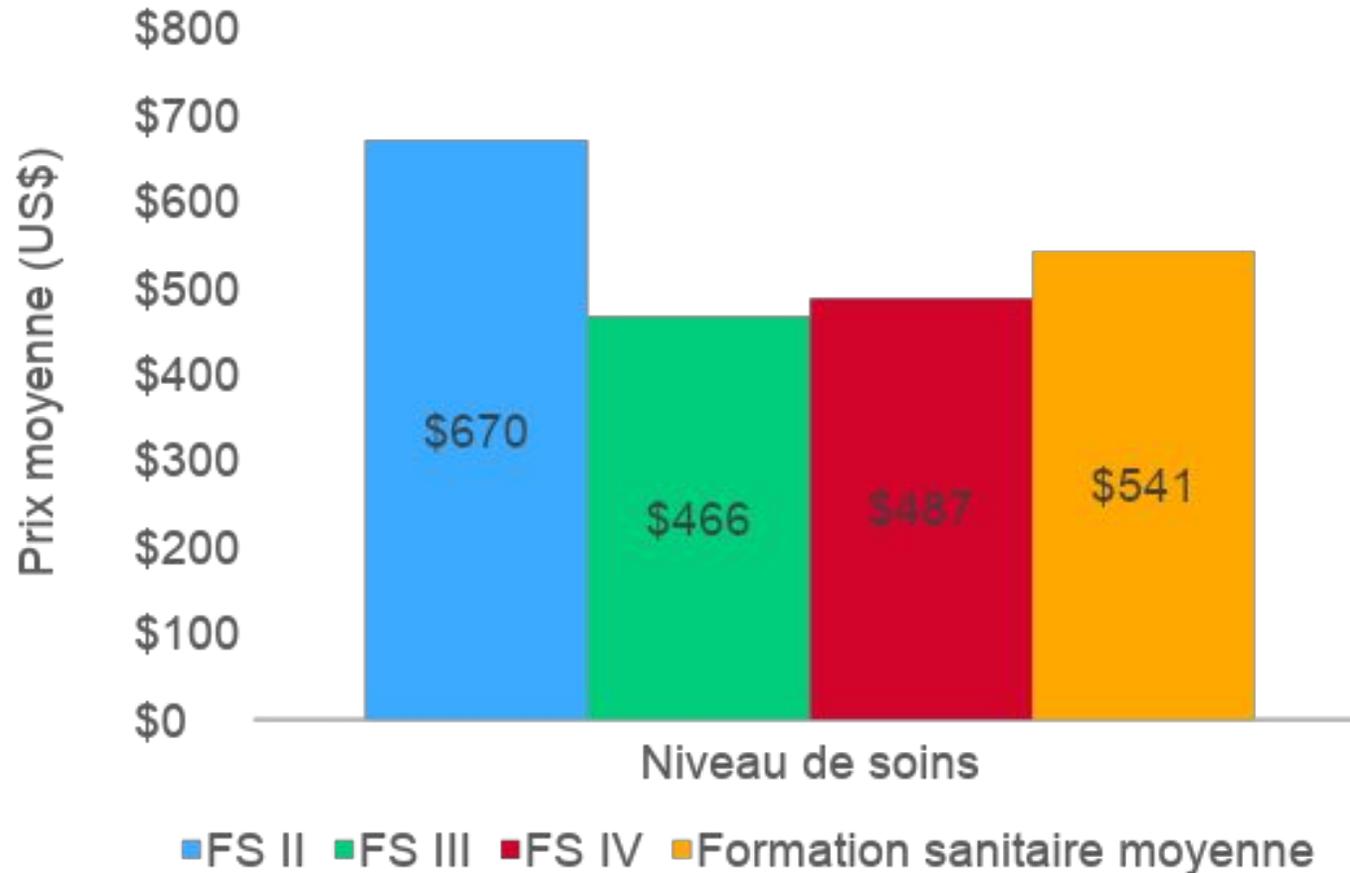
---

- **Objectif** : évaluer le processus et les résultats de la mise en œuvre initiale des modèles modifiés de formation sur la PCIME en Ouganda afin d'orienter la prise de décision concernant l'extension de la formation sur la PCIME.
- **Méthodes mixtes** :
  - Étude documentaire
  - Entretiens avec les informateurs clés
  - Discussions de groupe avec des agents de santé, des formateurs et des tuteurs formés
  - Observations de cas (prise en charge des enfants malades)
  - Entretien de sortie pour l'évaluation de la qualité des services PCIME offerts

# Proportion de cas correctement gérés par les modèles de formation par rapport au seuil national



# Coût moyen de la formation et de l'encadrement d'un établissement de santé avec les approches DL ou SIC par niveau de soins



Le coût moyen de la formation et de l'encadrement d'une formation de santé est de 541 \$.

Coûts du programme :

- Lieu 
- Impression 
- Transport 
- Indemnités journalières 
- Formateur 
- 2 visites de mentorat

# Mise à l'échelle...

---

- Le modèles SIC et DL approuvés pour le déploiement de la PCIME.



# **Maintenir les acquis de la formation grâce à l'amélioration de la qualité (AQ)**

Leçon 2

# Programmes de changements pour l'amélioration de la qualité

1

**Fournir des soins appropriés aux enfants qui toussent ou qui ont des difficultés à respirer**

- FMC hebdomadaires avec exercices sur le diagnostic et les prescriptions
- Orientation de tous les cliniciens sur les lignes directrices de la PCIME
- Affichage de l'algorithme dans les zones cliniques
- Quantification correcte des stocks de médicaments
- Plan de service : personnel spécifié participant à l'OPD

2

**Évaluer, classer et traiter correctement les enfants qui ont de la fièvre**

- Extraction et affichage des lignes directrices de la PCIME sur la prise en charge de la fièvre dans les salles de consultation et les zones de triage.
- Examiner le parcours du client et identifier l'étape de la prise de température et des autres paramètres.
- Mise en œuvre de contrôles internes de la qualité des données

# D'autres enseignements tirés

---

- **L'implication des districts est importante:** les équipes de district bénéficient d'un encadrement et d'une supervision durables de la mise en œuvre de la PCIME.
- **Mentorat et mise en réseau:** Le suivi post-formation a comporté des observations de cas et l'utilisation de groupes WhatsApp, ce qui a permis de créer des réseaux de mentorat plus solides et localisés.
- **Formation sur site :** les formations sur site sont plus avantageuses que les formations hors site
  - ✓ Les agents de santé peuvent mettre en pratique ce qu'ils ont appris dans un contexte « réel » et dans un environnement qui leur est déjà familier.
  - ✓ Il s'agit d'un modèle plus durable qui permet aux mentors de district et aux apprenants pairs de se former et de répercuter l'apprentissage, en perturbant le moins possible le travail.

# Des chantiers inachevés...

---

Nous sommes confrontés à des défis persistants...

- Aide de supervision irrégulière
- Qualité des soins inappropriée
- Ruptures de stocks de produits de base

Cela nécessite une approche globale des systèmes de santé afin de maintenir les acquis de la formation et d'améliorer la santé des enfants.

# Conclusion

---

- La modification de l'offre de formation afin d'atteindre un nombre important d'agents de santé formés, combinée à des pratiques d'AQ intégrées, a facilité le déploiement de la PCIME en Ouganda.
- L'amélioration de la qualité permet aux agents de santé à maintenir les acquis de la formation



# Discussion avec les experts



**Parlez-nous de l'introduction de modèles alternatifs de formation sur la PCIME en Ouganda. Quelles sont les principales considérations à prendre en compte pour sélectionner un modèle de formation approprié ?**

*Pour Dr. Bodo Bongomin,*

Administrateur national, Santé infantile et adolescente, Organisation mondiale de la santé, Ouganda



**Sur la base de votre expérience en Ouganda, quels sont les défis que les pays sont susceptibles de rencontrer et qu'ils doivent relever lorsqu'ils introduisent d'autres modèles de formation sur la PCIME ?**

*Pour* Dr. Jesca Nsungwa

Commissaire à la santé reproductive et infantile, ministère de la santé



**Compte tenu de la longue histoire de l'USAID en matière de soutien au déploiement de la PCIME en Ouganda, quels sont vos principaux enseignements en tant que représentant d'un partenaire de développement pour le déploiement de la PCIME ?**

*Pour* Dr. Emmanuel Mugisa

Spécialiste en la gestion des programmes pour la santé et la nutrition des enfants, USAID Ouganda