

Question 2 : *Quels sont les facteurs ou conditions favorisant l’institutionnalisation et/ou la mise en œuvre à grande échelle de bonnes pratiques qui améliorent les résultats des systèmes de santé, et pourquoi ? Quels sont les enseignements tirés de la planification de la durabilité et de la production de résultats à grande échelle ?*

Institutionnaliser des soins basés sur des données probantes et adaptés aux femmes et aux enfants touchés par le virus Zika

Lani Marquez et Victor Boguslavsky, University Research Co., LLC (URC)

Contexte

Lorsque l’urgence Zika a frappé l’Amérique latine, les systèmes de santé n’étaient pas en mesure de détecter, prévenir ou traiter efficacement l’infection par le virus Zika chez les femmes enceintes et les enfants, et ce malgré les conséquences dévastatrices sur le développement du fœtus. Les systèmes de santé ne disposaient pas de directives nationales relatives à la prévention et à la prise en charge du Zika ; les professionnels de santé n’étaient pas formés au diagnostic, à la prévention ou à la prise en charge de la maladie ; et les chaînes d’approvisionnement des ministères de la Santé n’étaient pas suffisamment organisées pour fournir des préservatifs dans le cadre de la prise en charge prénatale.

Au cours de la période 2017-2020, dans le cadre de la réponse de l’Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) à l’épidémie du virus Zika en Amérique latine et dans les Caraïbes (région ALC), le projet ASSIST (Applying Science to Strengthen and Improve Systems) de l’USAID, mis en œuvre par l’URC, a appliqué des méthodes d’amélioration continue de la qualité (AQ) et d’apprentissage collaboratif pour faire progresser les soins prénatals, les soins aux nouveau-nés, ainsi que les soins et le soutien aux femmes en âge de procréer et aux enfants touchés par le virus Zika pendant la grossesse. L’USAID a choisi son mécanisme de renforcement des systèmes de santé mondiaux ASSIST en tant que moyen le plus adapté au soutien technique de l’USAID en matière de prestation de services liés au virus Zika dans la région ALC, dans la mesure où le projet avait déjà permis des interventions dans la plupart des pays touchés et avait permis de nouer de solides relations professionnelles avec des experts locaux dans le domaine de l’amélioration des soins de santé ; le recours à un mécanisme existant a également facilité une mobilisation rapide.

Les systèmes de santé des pays touchés ont été confrontés à des enjeux similaires, qui ont nécessité un apprentissage intégré dans tous les programmes. La stratégie d’ASSIST consistait à mettre en place des collaboratifs régionaux d’amélioration visant à tester des innovations, à partager des méthodologies reconnues et à déployer rapidement les activités d’amélioration des soins prénatals, des soins aux nouveau-nés et de la prise en charge du virus Zika dans et entre les pays participants.

Dans chaque pays soutenu, la mission de l’USAID a joué un rôle essentiel dans la coordination des activités de tous ses partenaires de mise en œuvre afin d’éviter les doublons et de garantir l’efficacité. USAID Missions et le Bureau de la région ALC à Washington ont veillé à ce que les investissements de l’USAID dans la lutte contre le virus Zika soient parfaitement coordonnés avec ceux d’autres donateurs, tels que l’UNICEF et l’Organisation panaméricaine de la santé, et à ce que les principaux acquis, résultats et outils développés soient partagés au niveau régional et dans chaque pays.

292 établissements de santé de République dominicaine, du Salvador, du Guatemala, du Honduras et du Nicaragua ont été invités par leurs ministères de la Santé à participer à la première phase du projet. Au cours de la deuxième phase, les activités menées dans les pays de départ ont été étendues à de nouveaux établissements et de nouveaux programmes d’amélioration des soins et de l’accompagnement liés au virus Zika ont été lancés en Équateur, au Paraguay et au Pérou, ainsi que dans cinq pays des Caraïbes anglophones. Cette démarche témoigne des efforts d’amélioration des soins et de l’accompagnement liés au Zika dans les huit pays hispanophones.

Description de l’activité

Le Collaboratif Soins et Accompagnement du Zika a mobilisé plus de 400 équipes AQ dans un nombre équivalent d’établissements de santé dans les huit pays hispanophones soutenus de la région ALC. Les établissements participants ont été sélectionnés par chaque ministère de la Santé en vue de cibler les zones géographiques du pays où la prévalence de l’infection à Zika était la plus élevée. Des équipes d’amélioration de la qualité ont été constituées et formées par l’URC en partenariat avec le ministère de la Santé de chaque pays participant et au niveau régional, afin de soutenir la coordination des soins. Ces équipes ont permis une meilleure détection des cas, ainsi qu’une meilleure prise en charge des nouveau-nés et des enfants chez qui une microcéphalie ou un syndrome congénital associé au virus Zika (CSaZ) avait été diagnostiqué, notamment en proposant un accompagnement psychoémotionnel aux familles.

Les objectifs du Collaboratif Soins et Accompagnement étaient les suivants :

- Renforcer l’identification et la localisation des enfants atteints de microcéphalie ou d’autres manifestations du CSaZ au-delà des nourrissons nés dans des établissements de santé et en incluant les enfants nés dans des établissements mais « perdus de vue » par la suite;
- Mettre ces cas en relation avec les établissements de santé et les structures spécialisées adaptés ; et
- Dispenser des soins complets et intégrés à tous les enfants infectés par le virus Zika et fournir un accompagnement psychoémotionnel aux familles.

Outre les activités d’amélioration de la qualité au niveau des établissements, l’URC a coordonné une stratégie régionale qui a bénéficié aux huit pays, en identifiant et en formant des gestionnaires de cas afin d’améliorer l’accès aux soins, la coordination des soins et la réalisation de tous les examens recommandés pour les enfants atteints de microcéphalie et d’autres effets de l’infection par le virus Zika, y compris l’accompagnement psychoémotionnel des parents et autres soignants.

Dans certains pays, les gestionnaires de cas faisaient partie du « personnel de liaison » ou des « équipes de liaison » déjà en place ; cette démarche a permis de renforcer la structure de gouvernance du système de santé existant en établissant des réseaux de services intégrés. Chaque pays a établi son propre profil de gestionnaire de cas et a dispensé une formation axée sur les compétences requises pour exercer les fonctions inhérentes au poste.

La collaboration avec chaque ministère de la Santé en vue de renforcer la coordination interinstitutionnelle a également représenté un aspect essentiel de l’action d’ASSIST. Pour offrir aux enfants touchés par le virus Zika tous les services dont ils ont besoin, il était indispensable d’assurer une coordination interinstitutionnelle avec tous les prestataires requis (hôpitaux universitaires, hôpitaux spécialisés, médecins et cliniques privés, organisations religieuses et organisations non gouvernementales [ONG]) par le biais d’accords officiels de prestation de services et d’accompagnement. Pour permettre aux enfants et aux familles de bénéficier de services groupés, les équipes ont pris en charge le transport des enfants, des mères et des autres membres de la famille.

Dans chacun des huit pays, ASSIST a soutenu le ministère de la Santé dans la révision, la mise à jour et le développement de normes et de protocoles, en particulier en ce qui concerne les soins et la prise en charge des nourrissons et des enfants affectés par le virus Zika, l’accompagnement psychoémotionnel, la croissance et le développement, et la stimulation du développement. De nouveaux registres de cas et de nouvelles bases de données ont été créés dans chaque pays. Les équipes pays ont dressé une liste de tous les examens et de tous les services dont un enfant affecté par le virus Zika a besoin, en fonction de son âge, pendant au moins les deux premières années de sa vie voire plus longtemps dans certains pays. Dans plusieurs pays, les équipes ont développé une carte spécifique pour les enfants affectés par le virus Zika qui recense les examens et les services nécessaires afin de faciliter la documentation et le suivi des soins.

ASSIST a pris en charge de nombreuses formations (en présentiel et via une plateforme en ligne développée dans le cadre du projet) pour les professionnels de santé, afin de passer en revue les sujets couverts par les autres collaboratifs d’amélioration parrainés par ASSIST sur les soins prénatals et les soins aux nouveau-nés, tels que les tests de diagnostic du Zika chez les mères et les nourrissons, la prise de mesure de la circonférence crânienne des nouveau-nés et la méthodologie d’amélioration de la qualité, ainsi que de nouveaux sujets tels que les manifestations du CSaZ, l’accompagnement psychoémotionnel et psychosocial, la croissance et le développement, le développement neurologique du nourrisson et les retards de développement neurologique, les biais de développement, la stimulation précoce de base et la thérapie physique. Ces formations sont généralement dispensées par des formateurs du ministère de la Santé, chargés de dispenser les mêmes formations pour des effectifs supplémentaires. Dans le cadre de la méthodologie d’amélioration du Collaboratif, chaque équipe nationale ASSIST a organisé des sessions de formation pour le Collaboratif Soins et Accompagnement, soit sous forme de sessions autonomes, soit avec les Collaboratifs Soins aux nouveau-nés et Soins prénatals. Au cours de ces sessions, les équipes ont échangé des suggestions de changements efficaces et ont diffusé des témoignages vidéo portant sur les activités des gestionnaires de cas ou sur les expériences de familles ayant connu un cas de microcéphalie ou de CSaZ, afin de sensibiliser les participants. Ces sessions de formation ont servi de mécanisme principal pour identifier les changements efficaces et les transposer à l’échelle du système de santé.

ASSIST a également collaboré avec les ministères de la Santé en vue de mettre en place des supports de travail pour les professionnels de santé sous forme de tableau de conférence, de brochures, de cartes, de posters, de guides de poche et autres, ainsi que des supports éducatifs à destination des femmes et des familles. Les tableaux de conférence portaient sur les soins, l’orientation et la contre-orientation des enfants infectés par le Zika, les étapes de l’accompagnement psychoémotionnel et psychosocial, les étapes du développement du nourrisson et les conseils en matière de stimulation précoce par groupe d’âges. Dans le cadre du projet, des kits d’évaluation du développement et de stimulation précoce ont été distribués aux établissements de santé, accompagnés d’instructions d’utilisation. Des kits de stimulation précoce du nourrisson ont également été distribués aux familles dont les nouveau-nés étaient touchés par le virus Zika, certains donnés par l’UNICEF et d’autres assemblés par ASSIST. Le projet a permis d’installer des téléviseurs pour diffuser des vidéos sur le Zika dans les salles d’attente des établissements de santé, portant sur des sujets tels que la prévention du Zika, les soins pendant la grossesse et l’importance de la stimulation précoce du nourrisson.

En vue de préparer les systèmes de santé à pérenniser les engagements de l’USAID en matière de prévention, de soins et d’accompagnement face au Zika, ASSIST a mis en place un processus de planification de la durabilité et de la transition dans chaque pays afin de veiller à ce que soient identifiés les processus et les ressources nécessaires au soutien des activités que les parties prenantes du pays considéraient devoir être soutenues. Au cours de réunions des parties prenantes, ASSIST a animé le débat portant sur les organismes du pays susceptibles de prendre en charge les activités prioritaires soutenues par le projet et d’identifier les ressources, les unités et les personnes spécifiques responsables du soutien de ces activités, et a abordé la manière dont les interventions pourraient être intégrées dans les structures et processus existants du ministère de la Santé.

Impact de l’activité

Le projet visant à garantir une prise en charge complète et intégrée des enfants touchés par le virus Zika a illustré de manière concrète la possibilité pour les systèmes de santé nationaux de fonctionner en réseaux intégrés et a contribué à la résilience globale du système de santé face à une crise sanitaire.

Les actions d’ASSIST ont contribué à améliorer de multiples composants du système de santé, notamment la coordination intersectorielle, la gouvernance, la prise en charge locale, l’inharm, les ressources humaines, l’intégration des acteurs du système de santé, la qualité de la prestation de services et l’utilisation optimale du matériel médical. L’urgence Zika a permis aux systèmes de santé de mieux organiser et de mettre en lumière leurs actions en faveur des enfants en situation de handicap, restées dans l’ombre malgré un impact social considérable. Les processus mis en place pour identifier, localiser, enregistrer, associer les patients aux soins et suivre les cas de CSaZ pourraient être exploités à l’avenir pour d’autres pathologies congénitales.

Dans les pays ayant récemment réformé l’organisation du système de santé, comme le Salvador et le Honduras, dans lesquels le modèle de gouvernance n’est pas basé sur des programmes mais plutôt sur des processus de soins et où les services sont organisés en réseaux intégrés, ASSIST a pu mettre au point un exemple concret de ce à quoi pourrait ressembler la prise en charge intégrée des enfants touchés par le virus Zika. Par le biais du Collaboratif Soins et Accompagnement, les équipes ont pu instaurer des rôles de gouvernance et de coordination proposés dans les politiques du secteur de la santé, mais jamais pleinement mis en œuvre.

ASSIST a également soutenu les professionnels de santé dans la création d’espaces physiques destinés à la prise en charge des enfants par le biais de la stimulation précoce, de la rééducation et de la kinésithérapie, en rénovant des espaces existants ou en créant de nouveaux. Le mobilier et les équipements de stimulation précoce mis à la disposition des professionnels de santé et des thérapeutes, ainsi que des mères et des autres membres de la famille, ont bénéficié à tous les enfants, touchés ou non.

De même, les hôpitaux ont étendu leur prise en charge des patients atteints du CSaZ par le biais de services de stimulation précoce en rénovant ou en aménageant de nouvelles salles ou espaces dédiés à la prise en charge des nourrissons, telles que des salles de stimulation précoce et de kinésithérapie. ASSIST et l’UNICEF ont fait don de meubles et de matériel pour équiper ces salles dans les hôpitaux et autres établissements. Les professionnels de santé ont reçu des kits destinés à l’évaluation du développement et à la stimulation précoce. Des kits ont également été distribués aux familles dans plusieurs pays pour leur permettre de reproduire à domicile les exercices appris dans les établissements de santé.

Dans certains pays, ASSIST a exploité des programmes de « Kangaroo Mother Care » et de soins aux prématurés, qui compaient souvent des spécialistes disposant des compétences nécessaires pour traiter les enfants atteints du virus Zika. Des formations ont permis de proposer de meilleurs services de croissance et de développement des enfants. Les mères, pères et autres membres de la famille des enfants touchés ont été mis en relation avec des groupes de soutien et se sont vu proposer des ateliers destinés aux parents. De nombreux témoignages de parents et de membres de la famille, reconnaissants de l’attention et du respect portés, ont exprimé la satisfaction des patients à l’égard de ces services.

À la suite de ces interventions, les professionnels de santé se sont efforcés d’expliquer aux familles des enfants malades, l’importance de la stimulation précoce, du lien émotionnel et de la communication. Les soignants ont enseigné aux familles les exercices de stimulation et de kinésithérapie. Ces dernières ont ainsi pu saisir l’importance de la stimulation et ont été plus à même de prendre en charge les enfants atteints de microcéphalie et du CSaZ. Les consultations à domicile ont permis d’enseigner aux parents des activités de stimulation et de suivre les progrès des enfants.

De la même manière que pour la stimulation précoce, les équipes ont organisé une formation simplifiée en kinésithérapie pour l’ensemble du personnel afin qu’il soit en mesure d’accompagner les enfants et les familles, même en l’absence de kinésithérapeutes professionnels.

Dans tous les pays, les efforts de prise en charge et de soutien liés au Zika ont eu pour effet de soulever la question du handicap infantile en général et d’attirer l’attention sur la nécessité d’une prise en charge intégrée pour répondre à tous les besoins de l’enfant, une problématique relativement peu abordée dans la plupart des pays en dépit de l’énorme coût social du handicap infantile. Les processus mis en œuvre pour identifier, localiser, enregistrer, associer les patients aux services et assurer le suivi de la prestation des services requis se sont avérés utiles non seulement pour les cas de microcéphalie et de CSaZ, mais aussi pour d’autres anomalies congénitales.

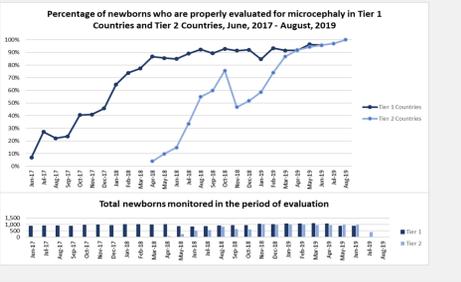
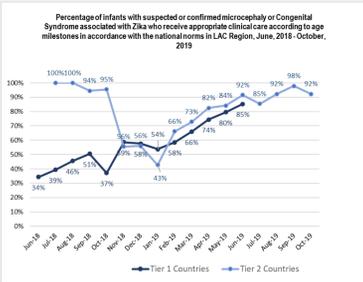
Le projet a permis la création d’espaces physiques destinés au suivi des enfants en termes de stimulation précoce, de rééducation et de kinésithérapie et a incité le personnel à rénover les espaces existants et à en aménager de nouveaux. Ces salles de kinésithérapie et de stimulation sont mises à la disposition de tous les enfants pris en charge dans ces hôpitaux et centres de santé. Le partage de connaissances et de bonnes pratiques entre les responsables de ces salles par le biais du Collaboratif a également contribué à l’amélioration de ces services.

Éléments probants

Le Collaboratif Soins et Accompagnement a utilisé en tant que principal indicateur d’efficacité, la proportion de cas de microcéphalie ou de CSaZ ayant reçu tous les services nécessaires, définis dans chaque pays par le ministère de la Santé. Le graphique ci-dessous présente les résultats regroupés de cet indicateur pour les deux groupes de pays de juin 2018 à juin 2019 (des points de données supplémentaires étaient disponibles pour l’Équateur et le Pérou). Dans les quatre pays de niveau 1 (République dominicaine, Salvador, Guatemala, Honduras), la proportion de cas de microcéphalie ou de CSaZ ayant reçu des soins adéquats est progressivement passée d’environ 35 % au départ en juin 2018 à 50 % en septembre 2018, étant donné que les équipes s’étaient concentrées sur l’identification, la localisation et la mise en relation des cas avec les services de santé. Au fur et à mesure du développement du Collaboratif, les équipes pays d’ASSIST ont commencé à mettre davantage l’accent sur une mesure plus précise consistant à déterminer qu’au moins 80 % des services requis étaient dispensés en temps voulu afin d’atteindre les niveaux de l’indicateur. En Honduras, par exemple, il s’est avéré difficile de vérifier les dates et les lieux des services reçus par chaque enfant, ce qui a permis à l’équipe de se rendre compte que si la performance de son indicateur semblait élevée, celui-ci mesurait uniquement l’orientation vers les services et non la prise en charge complète en fonction de l’âge.

Les trois pays de niveau 2 (Paraguay, Équateur, Pérou) ont commencé à mesurer ces indicateurs environ un mois seulement après les pays de niveau 1. Si les performances semblaient au départ très élevées, il s’agissait en fait d’un artefact dû au faible nombre de cas de microcéphalie et de CSaZ initialement identifiés dans ces pays. Parallèlement à l’augmentation du nombre de cas, la proportion de cas bénéficiant de services adéquats a chuté à 43 % en janvier 2019, pour ensuite augmenter jusqu’à dépasser les performances des pays de niveau 1.

Autre témoignage de la réussite de l’intervention d’ASSIST dans les huit pays hispanophones : l’augmentation de la proportion de nouveau-nés correctement examinés pour établir un éventuel diagnostic de microcéphalie. L’augmentation plus marquée de l’amélioration dans les pays de niveau 2 témoigne de l’importance que revêt l’apprentissage partagé. Les idées et les procédures de campagne réussies qui avaient été élaborées au fil du temps dans les pays de niveau 1 ont été partagées dès le démarrage avec les pays de niveau 2, permettant à ces derniers d’apporter plus rapidement des améliorations.



HEALTH SYSTEMS STRENGTHENING ACCELERATOR

Facilitateurs

Les principaux facteurs de réussite sont les suivants :

- L’adoption d’une approche axée sur l’amélioration de la qualité pour mettre en place de nouveaux services de prévention et de gestion de l’infection par le virus Zika a permis d’obtenir des résultats rapides.
- Une approche régionale et multinationale qui a tiré parti de l’apprentissage continu dans les pays de départ pour en faire bénéficier les pays suivants, a considérablement favorisé la production de résultats et la diffusion de bonnes pratiques.
- Une coordination efficace par l’USAID des contributions de ses partenaires aux niveaux régional et national, par la mise en place de réunions de coordination régulières autour du virus Zika et de multiples groupes de travaux techniques liés au Zika, a permis une action efficace et efficiente. La coordination efficace de la réponse de l’USAID avec les contributions des autres donateurs dans le cadre de l’épidémie de Zika aux niveaux mondial et national a également contribué à l’efficacité et à l’efficacité de sa réponse au Zika.
- Le transfert des fonds de l’urgence Zika à un organisme mondial existant tel qu’ASSIST, disposant déjà d’une expérience professionnelle dans de nombreux pays d’Amérique latine touchés, a permis une mobilisation très rapide de la réponse de prestation de services liée au Zika.
- Il s’agissait d’une activité limitée dans le temps qui nécessitait une planification conjointe avec chaque ministère de la Santé pour assurer sa pérennité dès son lancement. Le débat ouvert portant sur les ressources que le pays pourrait exploiter au terme du projet pour pérenniser les pratiques de prestation de services améliorées et les résultats obtenus au cours de la mise en œuvre du projet, y compris le soutien continu au renforcement des capacités des professionnels de santé, la reproduction des directives cliniques et des supports de travail, et la documentation dans les dossiers médicaux, a été essentiel à la durabilité.

Enjeux

Le projet a dû faire face à un obstacle inattendu au Pérou : le ministère de la Santé n’a pas reconnu le virus Zika en tant que priorité sanitaire nationale. En conséquence, certains professionnels de santé ont considéré que le projet constituait un fardeau supplémentaire et ne faisait pas partie intégrante de leur mission. Certains membres du ministère de la Santé ont fait valoir qu’il était plus important d’assurer des soins de qualité auprès de la majorité des mères et des nouveau-nés que de se concentrer uniquement sur les besoins des enfants touchés par le virus Zika. Le ministère national de la Santé du Pérou a donc orienté le projet vers une collaboration directe avec les autorités sanitaires régionales dans deux régions caractérisées par une forte prévalence de l’infection Zika et de la microcéphalie, et intéressées par une collaboration avec le Pérou est le seul des huit pays hispanophones dans lequel ASSIST a œuvré uniquement au niveau régional et non national.

La décision du gouvernement du Nicaragua de suspendre l’assistance technique Zika soutenue par l’USAID au ministère et aux établissements du ministère de la Santé en avril 2018 a constitué un autre obstacle au projet. L’assistance technique d’ASSIST avait été fournie au ministère de la Santé du Nicaragua à partir de mai 2017 et avait bénéficié aux prestataires de santé de 65 établissements situés dans cinq départements du pays (Managua, Carazo, Masaya, Granada, Nueva Segovia). L’assistance technique d’ASSIST au ministère de la Santé était axée sur l’organisation et le nettoyage des données existantes relatives aux femmes enceintes infectées par le virus Zika, ainsi que sur les enfants nés avec une microcéphalie. Il s’agissait de rassembler les listes et les dossiers des directions épidémiologiques, du laboratoire national où les prélèvements sanguins étaient traités pour confirmation des cas, et des services de santé où des cas de femmes enceintes atteintes de Zika étaient signalés ; de développer une filière de prise en charge des cas d’enfants exposés à l’infection par le virus Zika et affectés par le CSaZ ; et de préparer le guide national pour la prise en charge des femmes enceintes atteintes du Zika et pour la surveillance et la prise en charge du CSaZ, y compris la définition de normes de qualité et d’indicateurs de suivi de la conformité. Si l’assistance technique Zika d’ASSIST au ministère de la Santé a pris fin en avril 2018, le projet a continué de fournir son assistance technique jusqu’en juin 2019 aux professeurs et aux étudiants de sept universités publiques et privées afin d’intégrer l’enseignement de la prévention, du diagnostic, des soins et de l’accompagnement liés au Zika dans les programmes des écoles de médecine et de soins infirmiers.

Enseignements

- Ce projet a illustré la possibilité d’appliquer de manière productive les méthodes d’AQ pour améliorer les services dans une situation d’urgence sanitaire comme celle du virus Zika. Les graphiques de séries chronologiques ont été parfaitement assimilés par les professionnels de santé et ont même été perçus comme une source de motivation. Toutefois, en ce qui concerne les nouveaux sujets tels que les soins aux enfants touchés par le Zika et l’accompagnement psychoémotionnel, les indicateurs utilisés n’ont pas toujours été bien interprétés, et des efforts plus poussés sont nécessaires pour familiariser les professionnels de santé avec ces indicateurs. Les visites régulières des formateurs ASSIST dans les établissements de santé ont été très appréciées, en particulier au niveau des soins primaires où de nombreux professionnels de santé ont la sensation d’être seuls et ne bénéficient que d’un soutien limité en ce qui concerne le système ou de possibilités restreintes en termes de formation continue. Les méthodes d’AQ et l’approche collaborative vont au-delà de la formation et créent un environnement propice aux performances (formateurs et animateurs, équipes d’AQ et d’accès, gestionnaires de cas) et au travail d’équipe (réunions d’équipe et sessions de formation).
- Lorsque des services sont mis en place pour traiter une nouvelle pathologie, comme dans le cas du Zika, il convient de mettre en place des lignes directrices et des outils pour faciliter l’orientation et la contre-orientation entre les différents niveaux de soins et favoriser la coordination entre les divers services et le personnel au sein d’un même établissement, ainsi que des organigrammes et des parcours de soins internes pour illustrer les liens avec l’ensemble du personnel clinique et non clinique concerné. La mise en place d’un nouveau service nécessite de consolider les liens et l’intégration entre les différents niveaux de soins pour assurer l’accès aux services et la continuité des soins, visualisés dans des réseaux, des filières de communication et des outils de documentation tels que des listes d’enfants infectés, des plans de besoins, des tableaux des services requis par âge et des livrets de suivi des services reçus par chaque enfant. Des processus de réforme du secteur de la santé peuvent être mis à profit pour améliorer l’organisation des services dans les réseaux et soutenir l’AQ, en tant que stratégie transversale de réforme du secteur de la santé.
- Mettre en œuvre le modèle d’équipes d’accès et de gestionnaires de cas et exploiter les postes existants (tels que les coordinateurs de réseau ou le personnel de liaison) pour rendre opérationnels les liens entre les différents niveaux de soins et assurer des soins intégrés pour les groupes de population à haut risque : enfants affectés par le Zika, enfants présentant d’autres anomalies congénitales, prématurés, et autres.
- Établir des alliances stratégiques avec d’autres acteurs du secteur sanitaire et social (autres ministères et institutions publiques, universités, ONG, écilles et prestataires privés) qui assurent des services au niveau local, ainsi qu’avec des agences de coopération internationale, en mesure de soutenir les interventions nécessaires pour une prise en charge complète.
- Améliorer le développement des compétences des professionnels de santé grâce à des programmes de formation destinés au personnel spécialisé et non spécialisé. Organiser des formations en ligne, notamment des cours en ligne, de sessions de tutorat clinique à distance et des échanges en ligne. Organiser des formations en présentiel pour développer des compétences spécifiques et intégrer de nouveaux contenus (par exemple, accompagnement psychosocial et communication, stimulation précoce, kinésithérapie) aux ateliers existants. Organiser des visites d’échange/d’observation et des rotations entre les professionnels de santé qui prennent en charge les enfants touchés, évaluent le développement, proposent une stimulation précoce, un accompagnement psychosocial et de la kinésithérapie. Concevoir, tester en situation réelle et reproduire des supports de travail pour les professionnels de santé, notamment sur des sujets nouveaux.
- Impliquer la communauté et renforcer les capacités des familles et pas seulement celles des professionnels de santé. Renforcer le modèle de santé primaire en accordant un rôle de premier plan aux dirigeants communautaires, aux prestataires locaux, aux promoteurs de la santé et au personnel chargé des visites à domicile, afin de développer leur capacité à identifier, localiser, mettre en relation et assurer le suivi des enfants vulnérables. Engager les organisations communautaires telles que les commissions et comités de santé, les conseils de développement, les comités d’équipe et autres pour identifier les véritables perceptions et besoins de la communauté en matière de prise en charge des enfants vulnérables.
- Améliorer les connaissances des travailleurs communautaires en poste et leur donner les moyens d’exiger l’accès à des services de qualité (approche fondée sur les droits, audit social). Impliquer les hommes et les autres membres de la famille, et pas seulement la mère, dans la communication interpersonnelle et la réadaptation communautaire, par le biais de groupes de soutien, de clubs, de visites à domicile, etc. Développer des stratégies visant à sensibiliser, informer, communiquer, éduquer et faciliter les comportements au sein de la communauté, avec des modèles de protection sociale pour soutenir le changement en faveur des plus vulnérables.