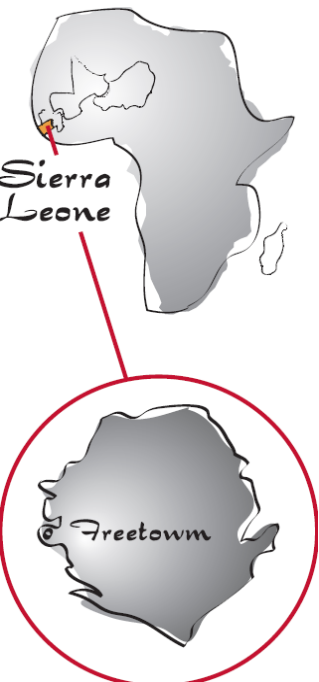


Une initiative réussie d'amélioration de la qualité dans le suivi des enfants exposés au VIH:

l'expérience de l'hôpital pédiatrique Ola During, Freetown, Sierra Leone



Khadijah BANGURA^{1,2}, Charlotte DEZE⁵, Sulaiman CONTEH^{1,3}, David BAION^{2,3}, Momodu SESAY^{1,3}, HIV Clinic team², Franck LAMONTAGNE⁴, Eric D'ORTENZIO⁵, Laure GIGOUT⁴, Vanessa WOLFMAN⁴

¹Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (NACP) ²Hôpital Pédiatrique Ola During ³ Ministère de la Santé ⁴ Solthis-Sierra Leone ⁵Solthis-Paris

Sophie Calmettes- Solthis Paris
29 avril 2014



PTME

- Prévalence VIH chez femmes enceintes = 3,2%
- 3300 nourrissons exposés/an
- Dépistage précoce par PCR réalisé
- 15,4% de PCR positives

Problèmes:

- Option A
- Services PTME s'arrêtent à l'accouchement
- Pas de suivi systématique des enfants exposés après le dépistage précoce par PCR

Prise en charge pédiatrique

- Estimation ONUSIDA: 2500 enfants infectés ont besoin d'ARV
- Couverture des besoins pédiatriques difficile à estimer (mais ~ 10%)

Problèmes:

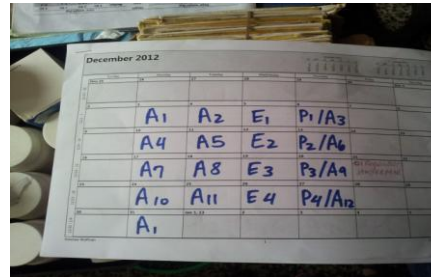
- Offre de soins restreinte
- Faible panel d'ARV pédiatriques
- Pas de médecins impliqués dans la prise en charge du VIH
- Suivi biologique non disponible
- Evaluation difficile du suivi clinique, remplissage partiel des dossiers patients

1. Diagnostic participatif

- Analyse des problèmes
- Identification et priorisation des interventions (feuille de route).

2. Mise en oeuvre

- Réorganisation des soins:
 - Nouveau système de rdv
 - Fiche de suivi de l'enfant exposé
 - Introduction système d'archivage
 - Petit équipement
- Formation en salle
- Tutorat clinique: 2-3 fois/semaine
 - Apprentissage de l'évaluation clinique et nutritionnelle de l'enfant
 - Adaptation posologies en fonction poids



Contact/Emergency Contact Number: _____
Address: _____

Registration Number: _____
Testing Code: _____

Exposed Infant Follow-up Card

Name: _____ Sex: _____ DOB: _____ Clinic Site: _____

Date of Test: _____ Age at Test: _____ Type of Test: [] Rapid Test pos/neg [] PCR pos/neg Date received: _____
Date of Test: _____ Age at Test: _____ Type of Test: [] Rapid Test pos/neg [] PCR pos/neg
Date of Test: _____ Age at Test: _____ Type of Test: [] Rapid Test pos/neg [] PCR pos/neg
Date of Test: _____ Age at Test: _____ Type of Test: [] Rapid Test pos/neg [] PCR pos/neg

PMCT: Mother: ART given, if yes: Regimen: _____ / none / unknown Start date: _____
Infant: ART given, if yes: Regimen: _____ / none / unknown Mother Code: _____
Is mother on ART now? Yes/No: _____ If yes, start date: _____ Birth weight: _____
Number of siblings: _____ If has brother/sisters, have they all come for testing? Yes/No: _____ If no, refer for testing.

Age	Date	WT	HT	Nutrition Status	Clinical Danger Sign? (Circle, if yes → thorough clinical review)	Breastfeeding? (Indicate if mixed feeding)	Test/Re-test Now? (Yes/No)	CTX Dose	NVP Dose	ART Eligible? (Yes/No)	ART Appointment Date
—	W			N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M2				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M3				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M4				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M5				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M6				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M7				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M8				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M9				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M10				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M11				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M12				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M13				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M14				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M15				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M16				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M17				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					
M18				N M S	H F D C T M Du	Y / N (stop date)					

ART ELIGIBLE:
1. Age < 2 years and PCR positive OR
2. Rapid Test REACTIVE in age > 18 months OR
3. Rapid Test REACTIVE AND STAGE 4 DISEASE OR
4. Rapid Test REACTIVE AND TWO of the following:
severe pneumonia, severe sepsis/ meningitis, persistent oral thrush.

FINAL DIAGNOSIS:
[] INFECTED: (Rapid Test positive (in infants > 18 mo) OR PCR positive) → Refer to ART: Date: _____
[] PRESUMPTIVE REACTIVE, ART ELIGIBLE → Refer to ART: Date: _____
[] UNINFECTED (ONLY if > 6 weeks after weaning):
1) Rapid Test neg OR 2) PCR neg → Discharge: Date: _____

Adapted from BIPAI



3. Auto-évaluation semestrielle

- Suivi des progrès (indicateurs clés de suivi clinique)
- Identification de nouvelles cibles d'amélioration

La démarche ne prévoit pas de paiement de prime au personnel impliqué

ROADMAP FOR ODCH HOSPITAL (INCLUDING SOLTHIS' ACTIVITIES 2014)

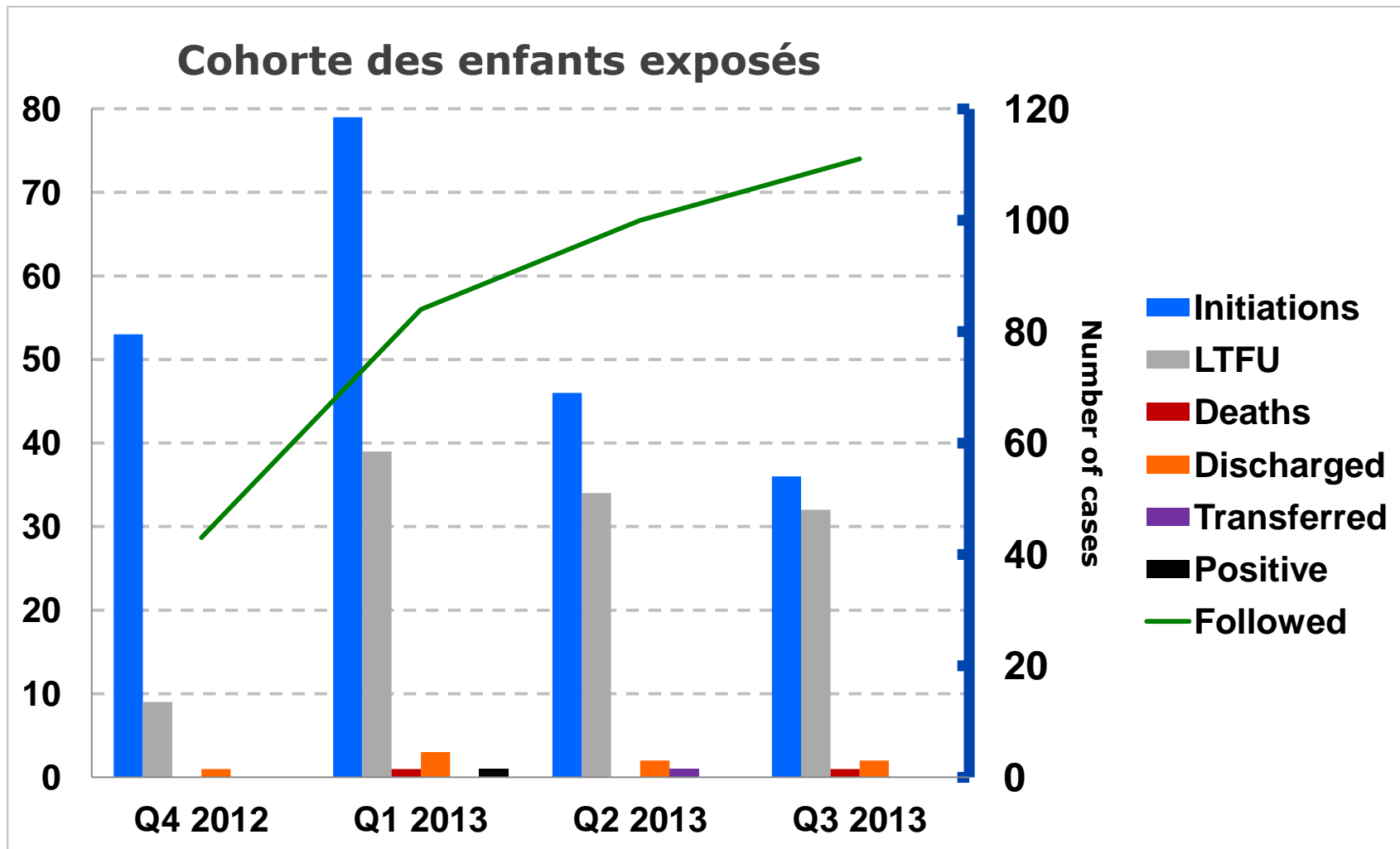
Services	Category	Problem(s) Identified	Activities	2013							Person Responsible for Action	Completed/Ongoing (July Eval)
				Feb	Mar	April	May	Jun	July			
Paediatric Care	Documentation	Inconsistent Documentation	1. Improve maintenance of client-list (adding exposed infants to clinic list (check number of clients on exposed list vs number of charts) and arrange charts (active, died, LTFU).		x		x		x	KB, KK		
			2. Evaluate and Document adherence regularly in chart	x	x	x	x	x	x	KB, KK		
			3. Evaluate adherence monthly for adolescents using medication adherence calendar	x	x	x	x	x	x	KK		
			4. Document ART regimen, ART and CTX Dose for EACH client	x	x	x	x	x	x	KK		
			5. Document breastfeeding, correct dose of NVP and correct dose of CTX for EVERY exposed infant	x	x	x	x	x	x	KK, KB, MK		
	Service Provision	Initial retention of exposed infants - 46%; increased to 72% at 6 months; 62% at 1 year - need to continue to improve retention in care	1. Continue to advocate at national level for tracing mechanism	x	x	x	x	x	x	VW		
			2. Improve mechanism for reporting results of tracing.	x	x	x	x	x	x	KB, VW		
			3. Improve counselling at intake/initial visit regarding importance of monthly follow up for exposed infants	x	x	x	x	x	x	KK, KB, MK		
		Malnutrition screen done in 91% of clients, Goal should be 100%	1. Ensure malnutrition screen documented at each visit	x	x	x	x	x	x	KB, KK, MK		
			2. Continue to refer children with moderate/severe malnutrition to TFC for intervention and document difficulties in accessing care	x	x	x	x	x	x	KK, KB, MK		
Correct selection of ART - evaluation for anaemia	1. Do routine Hb prior to starting ANY child on ART	x	x	x	x	x	x	KK, KB, MK				
Paediatric Care	Improve quality of ART adherence (at 6 months - 34% with excellent adherence at evaluation, at 1 year 88%.)	1. Bi monthly intensive adherence counselling days (Fridays) for those identified with poor adherence; teaching tools to be provided by Solthis)	x	x	x	x	x	x	KK, KB, MK			
		2. ART calendars - continue to promote use of fish calendars	x	x	x	x	x	x	KB, KK			
		3. Initiate disclosure status counselling		x					KK, KB, MK			
		4. Stickers placed on ART cups to identify high priority medication	x	x	x	x	x	x	KK			
	Unclear messages to mothers around breastfeeding (formula encouraged in SCBU for HIV exposed infants)	1. Discuss with Matron/nurses to discourage automatic formula feeding in SCBU; encourage expressed breast milk	x		x			x	KB			
2. Increase intensity of breastfeeding counselling during clinic visits		x	x	x	x	x	x	KK, KB, MK				

HIV CARE (EXPOSED BABIES)

Indicators	Source	Numerator	Denominator	Result
Number of exposed babies who have initiated follow-up in last 6 months	Exposed charts	<i>A = Counting the number of exposed charts opened in 6 month time period before evaluation</i>		A
Proportion of Exposed Infants Retained in Care	Exposed charts	<i>C = # exposed infants who came to their last scheduled visit (+/- 1 week)</i>	<i>D = # exposed infants initiating follow up in 6 month time before evaluation</i>	C/D %
Proportion of children screened for malnutrition at HIV clinic	Exposed charts	<i>E = # infants with nutrition status documented (height + weight + malnutrition score) at least once in chart</i>	<i>F = # exposed infants initiating follow up in 6 month time before evaluation</i>	E/F %
Proportion of prescription with correct dose of CTX	Exposed charts	<i>G = # infants with correct CTX dose for age</i>	<i>H = # exposed Infants initiating follow up in 6 month time before evaluation</i>	G/H %
Proportion of Adherence to national testing protocol - 1	Exposed charts	<i>I = # exposed infants who were retested around 9 months (+/- 1 month)</i>	<i>J = # exposed infants initiating follow up in 6 month time before evaluation followed from age 3 months to 10 months minimum</i>	I/J%

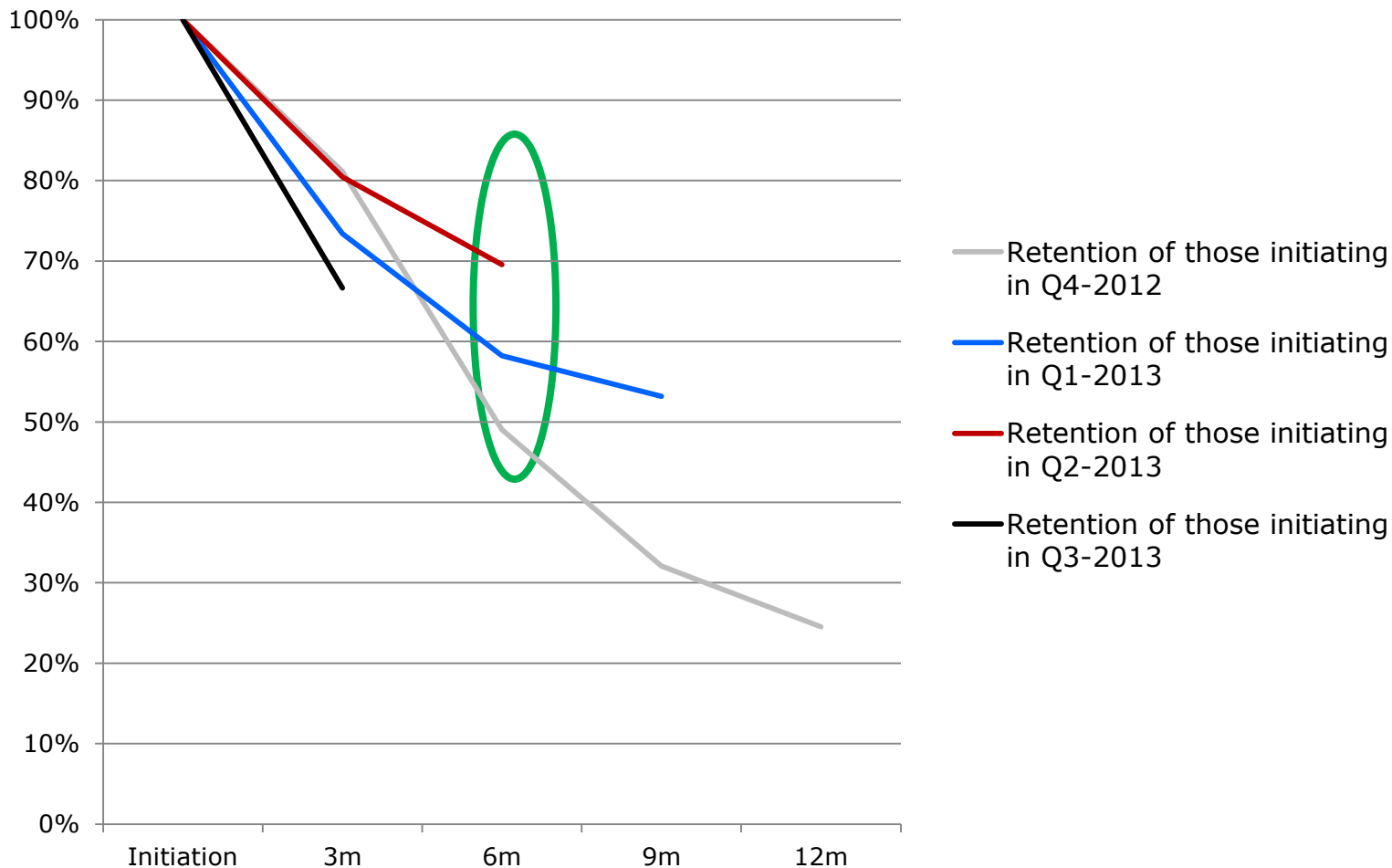


1. Suivi de la cohorte des enfants exposés dont la PCR à 6 semaines était négative





2. Taux de rétention des enfants exposés selon la période d'entrée dans le soin



3. Respect du protocole de diagnostic des enfants exposés et issues de la PTME

81 enfants exposés nécessitant une sérologie à 9 mois

65 testés (80%) 16 non-testés (20%)

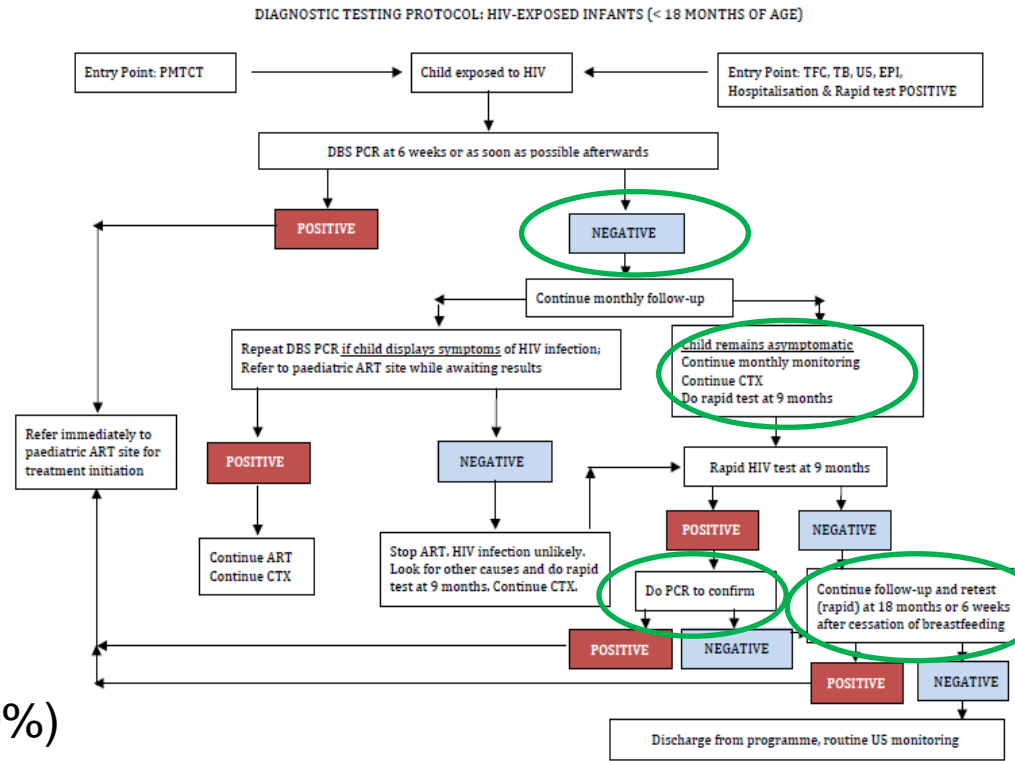
9 positifs (14%) 56 négatifs (86%)

en attente de résultat

2^e PCR

Nulle sérologie à 18 mois

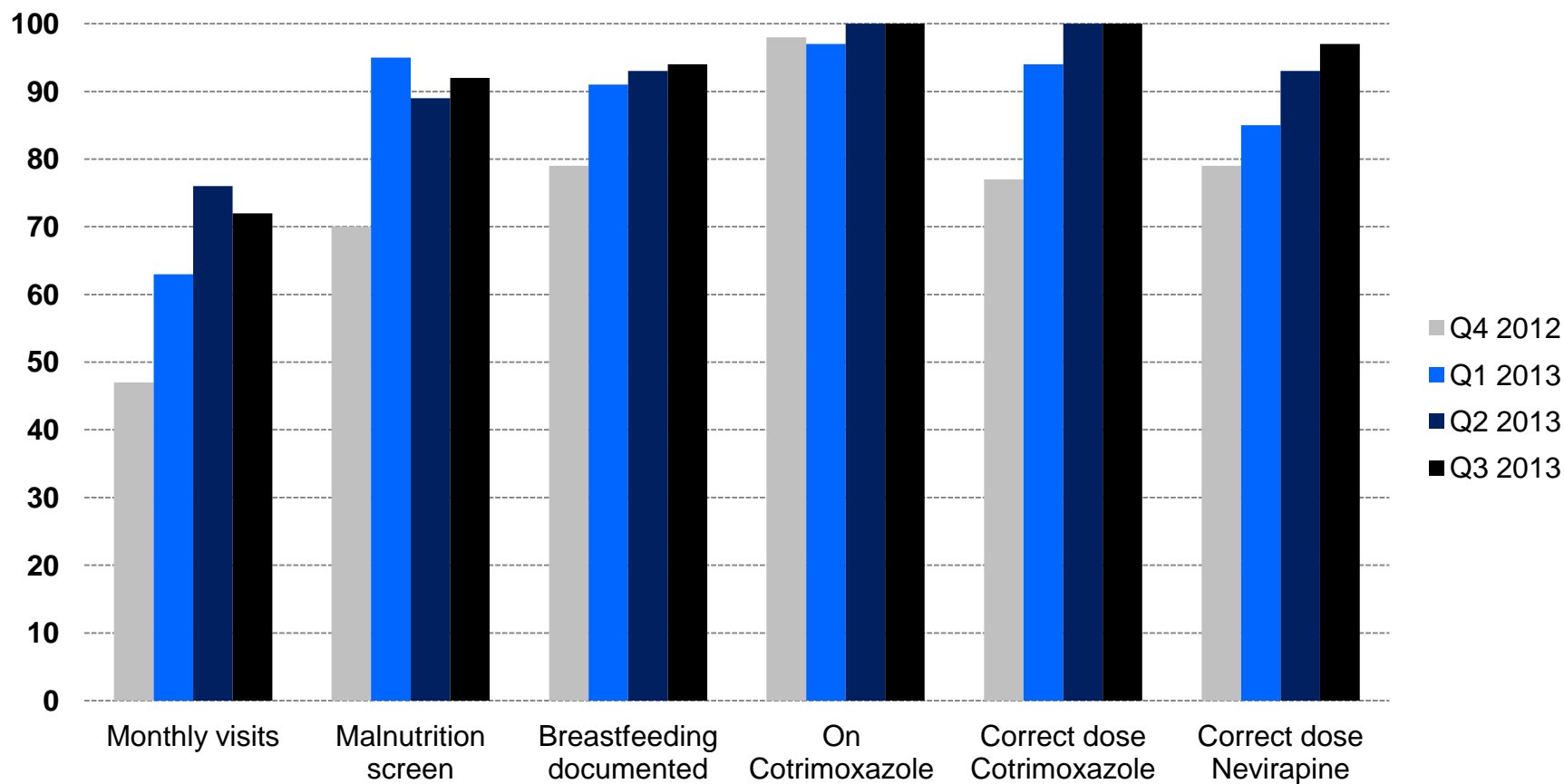
(à ce jour 9 éligibles, 9 testés, 9 négatifs)





4. Qualité du suivi clinique des enfants exposés

Indicateurs de la qualité de la prise en charge des enfants exposés





Suivi des enfants exposés dans 7 nouveaux sites

Nombre d'enfants exposés entrés dans le soin et nombre d'enfants perdus de vue par site - Freetown (février – octobre 2013)

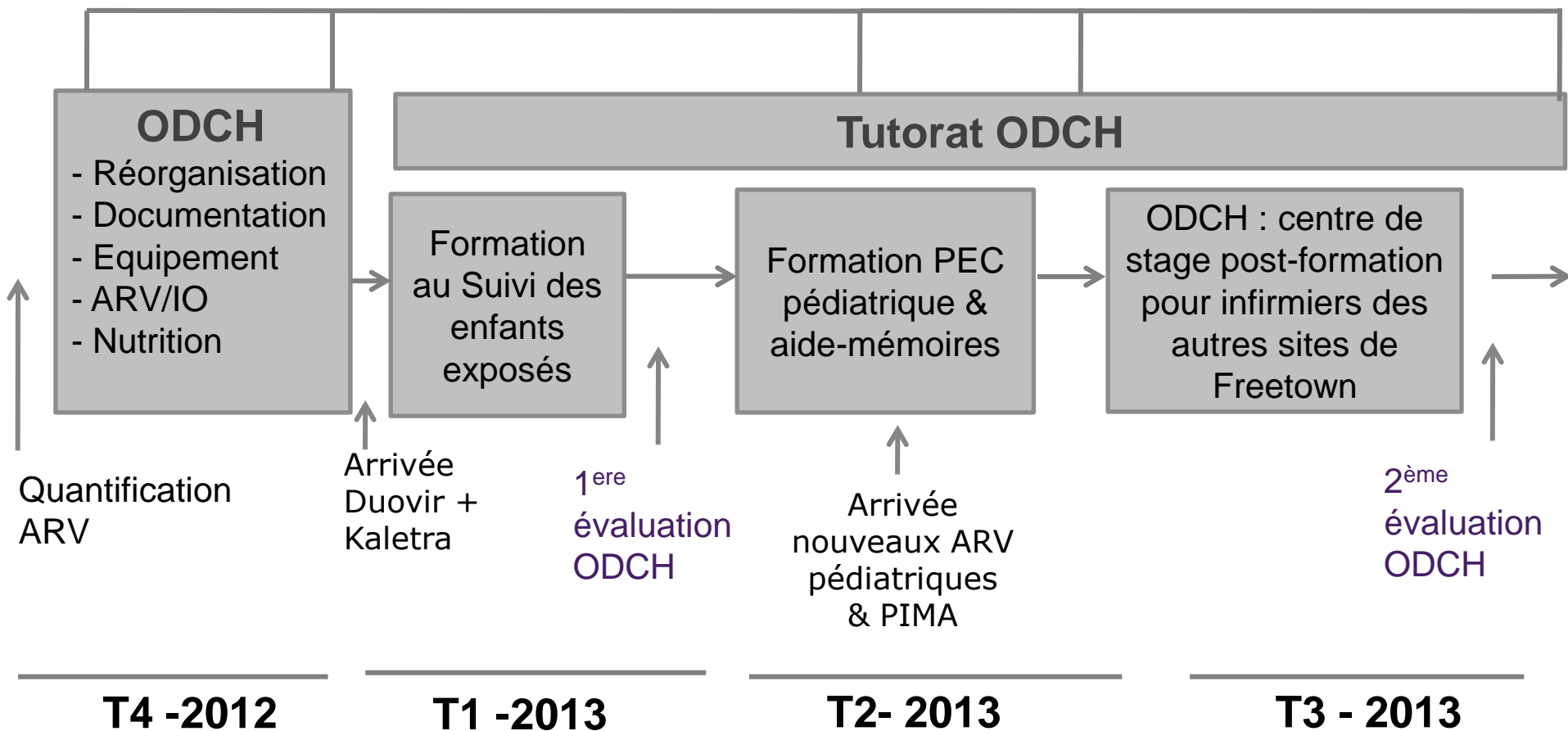
Site	# of Exposed Infants in Routine (end 2012)	EIM Start	# Exposed infants initiated in care (2013)	# Exposed infants LTFU (2013)	Exposed infants retention rate (% overall)
Rokupa	5	Feb-13	103	48	53.3%
Military	0	Feb-13	16	9	43.0%
UMC	0	Feb-13	17	10	41.2%
Lumley	0	Feb-13	23	16	30.4%
KHR	0	Jul-13	17	4	76.5%
Marie Stopes	0	Feb-13	18	0	100.0%
AWC	0	Feb-13	21	n/a	n/a
Total	5		215		



Actualisation du guide de
traitement pédiatrique
national

Elaboration manuel de formation
PTME et aide-mémoires
Elaboration fiche de suivi des
enfants exposés

Révision dossier pédiatrique / Format
rapport mensuel / Recommandations
OMS 2013





Dans un contexte de ressources très limitées:

- Il est possible de mettre en œuvre la DAQ, en respectant ses fondements:
 - Approche participative
 - Utilisation des données
 - Accompagnement au changement (organisationnel et compétences)
- La DAQ contribue significativement à améliorer la prise en charge des enfants exposés



- Ressources nécessaires:
 - Une RH internationale (pédiatre) :
 - appui sur site et tutorat intensif
 - appui au niveau central (MSP)
 - Achats de petit matériel (étagères, toise, balance)
 - Formations en salle

- Tester des changements à petite échelle permet une amélioration et un scaling-up rapide :
 - ODCH:
 - consolidation de l'organisation de la prise en charge et des compétences
 - lieu de stage pratique avec enseignement des bonnes pratiques
 - Extension à 7 nouveaux sites



- Principaux défis qui restent à relever :
 - Limitations RH dans les centres de santé:
 - Manque d'implication des médecins
 - Charge de travail croissante pour les infirmières et conseillers
 - Capacités restreintes du niveau central (Programme VIH-MSP)
 - Pour la gestion des approvisionnements: rupture de stock en DBS
 - Pour assurer leur rôle de formation et de supervision



MERCI de votre attention

