

Apport du tutorat clinique dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes vivants avec le VIH dans un contexte de ressources limitées dans les Provinces de Kinshasa et du Grand Bandundu, en République Démocratique du Congo.

The contribution of clinical mentoring to improving the quality of care for people living with HIV in a resource limited context in the provinces of Kinshasa and grand Bandundu, Democratic Republic of Congo

Paul KIMBAMAKO MAMPYA^{1,*}, Jean Jacques KISAKA NGIMBI^{2,3}, Charles NGANDOTE AKIKWA¹, Béni Roger NGANTSUI³, Fidèle NZIBALANDA NDOKOLO⁴

¹Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Marie Reine de la Paix de Kenge, République Démocratique du Congo ;

²Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Moanza, République Démocratique du Congo ;

³Secrétariat Exécutif Provincial du Programme National Multisectoriel de lutte contre le SIDA (PNMLS), République Démocratique du Congo ;

⁴Département de Santé Publique, Université du Kwango, Kwango, République Démocratique du Congo.

RESUME:

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH demeure un défi majeur dans les contextes à ressources limitées. Le tutorat clinique est de plus en plus utilisé comme stratégie de renforcement des compétences des prestataires, mais les données documentant son apport opérationnel restent limitées en République Démocratique du Congo. Une étude observationnelle analytique utilisant un design quasi expérimental avant-après non contrôlé a été réalisée dans des structures sanitaires de Kinshasa et du Grand Bandundu. L'analyse a reposé sur des données programmatiques agrégées combinées à des informations qualitatives issues des activités de tutorat clinique. Les indicateurs étudiés concernaient la performance des services VIH et un score composite de qualité des soins. Une amélioration globale de plusieurs indicateurs programmatiques et organisationnels a été observée au cours de la période d'étude, suggérant un renforcement progressif des pratiques professionnelles et de l'organisation des services. Les évolutions constatées pourraient être associées aux activités de tutorat clinique favorisant l'application des normes de soins et l'apprentissage en situation réelle. Toutefois, l'absence de groupe contrôle et l'utilisation de données secondaires limitent l'inférence causale, nécessitant une interprétation prudente des résultats. Le tutorat clinique apparaît comme une stratégie prometteuse de soutien aux équipes sanitaires et d'amélioration progressive de la qualité des services VIH dans les contextes à ressources limitées. Des études méthodologiquement plus robustes sont nécessaires pour confirmer son impact sur les résultats de santé.

Mots clés : Tutorat clinique, Qualité des soins, Prise en charge des PVVIH, VIH/SIDA, PTME, République Démocratique du Congo

ABSTRACT :

Improving the quality of care for people living with HIV remains a major challenge in resource-limited settings. Clinical tutoring has increasingly been implemented as a strategy to strengthen healthcare providers' competencies; however, evidence documenting its operational contribution in the Democratic Republic of Congo remains limited. An analytical observational study using an uncontrolled before-after quasi-experimental design was conducted in health facilities located in Kinshasa and Grand Bandundu provinces. The analysis relied on aggregated programmatic data combined with qualitative information derived from clinical tutoring activities. The assessed indicators included HIV service performance measures and a composite quality-of-care score. An overall improvement in several programmatic and organizational indicators was observed during the study period, suggesting progressive strengthening of professional practices and service organization. The observed trends may be associated with clinical tutoring activities that promote adherence to clinical guidelines and workplace-based learning. However, the absence of a control group and the use of secondary programmatic data limit causal inference, requiring cautious interpretation of the findings. Clinical tutoring appears to be a promising strategy for supporting healthcare teams and progressively improving the quality of HIV services in resource-limited settings. Further studies using more robust methodological designs are needed to better determine its impact on health outcomes.

Keywords : Clinical tutoring, Quality of care, Management of PLHIV, HIV/AIDS, PMTCT, Democratic Republic of Congo.

* Adresse des Auteur(s)

Paul KIMBAMAKO MAMPYA, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Marie Reine de la Paix de Kenge, République Démocratique du Congo ;

E-mail : paulkimbamako@gmail.com

Tél : +243 812172513 ;

Jean Jacques KISAKA NGIMBI, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Moanza, République Démocratique du Congo & Secrétariat Exécutif Provincial du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS), République Démocratique du Congo ;

Charles NGANDOTE AKIKWA, Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Marie Reine de la Paix de Kenge, République Démocratique du Congo ;

Béni Roger NGANTSUI, Secrétariat Exécutif Provincial du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA (PNMLS), République Démocratique du Congo ;

Fidèle NZIBALANDA NDOKOLO, Département de Santé Publique, Université du Kwango, Kwango, République Démocratique du Congo.

I. INTRODUCTION

L'infection à VIH demeure un problème majeur de santé publique mondiale, particulièrement en Afrique subsaharienne où se concentre la majorité des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) (Orlando et al., 2025). Malgré les progrès significatifs réalisés dans l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral, l'amélioration durable des résultats cliniques dépend non seulement de la disponibilité des médicaments, mais également de la qualité de la prestation des soins au niveau des structures sanitaires (UNAIDS, 2023 ; World Health Organization [WHO], 2022).

Dans les contextes à ressources limitées, les systèmes de santé font face à des contraintes multiples, notamment l'insuffisance de personnel qualifié, la rotation élevée des prestataires, la variabilité dans l'application des directives

Apport du tutorat clinique dans l'amélioration...

nationales et les faiblesses du suivi clinique. Ces facteurs contribuent à des écarts importants entre les normes recommandées et les pratiques effectives de prise en charge des PVVIH (Rowe et al., 2018 ; Bradley et al., 2021). Le renforcement continu des capacités des prestataires apparaît ainsi comme une stratégie essentielle pour améliorer la performance des services de santé.

Parmi les approches de renforcement des compétences, le tutorat clinique s'est progressivement imposé comme une intervention prometteuse (Mills et al, 2005). Basé sur l'apprentissage en situation réelle de soins, le tutorat clinique combine supervision formative, accompagnement individualisé et amélioration continue des pratiques professionnelles. Plusieurs études ont montré que les modèles de mentorat et de tutorat clinique peuvent contribuer à l'amélioration de l'adhésion aux protocoles, de la qualité des soins et de la performance des équipes sanitaires, bien que les niveaux de preuve restent variables selon les contextes et les designs d'étude utilisés (Fatti et al., 2017 ; Manzi et al., 2019 ; O'Malley et al., 2020).

En République Démocratique du Congo, des initiatives programmatiques ont intégré le tutorat clinique comme stratégie de soutien aux structures sanitaires impliquées dans la prise en charge du VIH, notamment dans les provinces de Kinshasa et du Grand Bandundu (Matumbele et al, 2024). Toutefois, les analyses documentant de manière systématique les évolutions des indicateurs programmatiques de qualité des soins associées à ces interventions demeurent limitées.

La présente étude vise ainsi à décrire l'évolution des indicateurs programmatiques liés à la qualité de la prise en charge des PVVIH dans les structures sanitaires ayant bénéficié d'activités de tutorat clinique. Compte tenu du caractère observationnel et de l'absence de groupe contrôle, l'étude cherche principalement à analyser les tendances observées et à explorer la contribution potentielle du tutorat clinique à l'amélioration des pratiques de soins, sans inférence causale directe.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Type et design de l'étude

La présente recherche repose sur une étude observationnelle analytique adoptant un design quasi expérimental de type avant-après non contrôlé intégrant une approche méthodologique mixte combinant analyses quantitatives et qualitatives. Ce choix méthodologique s'inscrit dans une logique d'évaluation opérationnelle visant à examiner l'évolution des indicateurs programmatiques relatifs à la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les structures sanitaires ayant bénéficié d'activités de

tutorat clinique. Dans ce contexte programmatique réel l'étude cherche essentiellement à analyser les tendances observées dans le temps et à apprécier la contribution potentielle du tutorat clinique sans prétendre établir une relation causale directe entre l'intervention et les résultats observés

II.2. Période d'étude et temporalité de l'intervention

L'étude s'est déroulée sur une période couvrant successivement une phase pré-intervention servant de référence programmatique suivie de la phase de déploiement progressif du tutorat clinique puis d'une phase post-intervention destinée à observer les évolutions des performances des services. La temporalité de l'intervention reposait sur des cycles réguliers de tutorat comprenant des sessions d'accompagnement clinique au poste de travail des activités de supervision formative ainsi qu'un suivi périodique des indicateurs de performance permettant d'assurer une continuité dans le renforcement des capacités des prestataires

II.3. Cadre et lieu de l'étude

L'étude a été réalisée dans les structures sanitaires assurant la prise en charge du VIH situées dans les provinces de Kinshasa et du Grand Bandundu en République Démocratique du Congo. Ces contextes sanitaires se caractérisent par des contraintes structurelles importantes liées notamment à la disponibilité limitée des ressources humaines qualifiées aux défis organisationnels des services de santé et à la charge élevée de morbidité associée au VIH. Les structures concernées comprenaient des hôpitaux généraux de référence et des centres de santé intégrant les services VIH dans leurs activités courantes de soins.

II.4. Population d'étude

La population d'étude était constituée des structures sanitaires ayant bénéficié des activités de tutorat clinique des prestataires de santé impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ainsi que des données programmatiques agrégées relatives aux patients suivis dans ces structures. L'analyse a exclusivement porté sur des informations anonymisées issues des systèmes de routine sans collecte de données individuelles nominatives.

II.5. Stratégie d'échantillonnage

Une stratégie d'échantillonnage raisonné a été adoptée afin de sélectionner les structures sanitaires répondant aux critères opérationnels de mise en œuvre effective du tutorat clinique de disponibilité continue des données programmatiques et de

participation documentée aux cycles d'accompagnement. Cette approche visait à garantir la cohérence des observations longitudinales et la fiabilité de l'analyse des évolutions temporelles des indicateurs étudiés

II.6. Absence de groupe contrôle et stratégie compensatoire

En raison du caractère programmatique et extensif de l'intervention aucun groupe contrôle externe n'a pu être constitué afin de limiter les contraintes méthodologiques associées à cette situation l'analyse s'est appuyée sur une comparaison intra-structurelle des indicateurs avant et après intervention complétée par une analyse des tendances longitudinales et une triangulation avec les données qualitatives recueillies. Cette stratégie analytique nous permis d'examiner les évolutions observées tout en maintenant une interprétation prudente limitée aux associations temporelles

II.7. Outils et instruments de mesure

La collecte des données a reposé sur l'exploitation de sources programmatiques multiples incluant les bases de données VIH les registres de consultation et de suivi les rapports de supervision ainsi que les grilles standardisées d'évaluation de la qualité des soins. Ces instruments ont permis de documenter de manière systématique les performances des services et les pratiques cliniques observées au cours de la période d'étude

II.7.1. Indicateurs quantitatifs

Les indicateurs quantitatifs analysés concernaient les principales composantes du suivi programmatique du VIH notamment l'initiation au traitement antirétroviral la rétention dans les soins la couverture du dépistage le suivi biologique des patients ainsi que les performances des services de prévention de la transmission mère-enfant. Ces indicateurs correspondent aux standards de suivi recommandés pour l'évaluation des programmes VIH dans les contextes à ressources limitées

- **Score de qualité des soins**

Afin d'apprécier globalement l'évolution des pratiques cliniques un score composite de qualité des soins a été élaboré en intégrant différentes dimensions opérationnelles telles que le respect des protocoles thérapeutiques la complétude des dossiers médicaux la continuité du suivi des patients et l'organisation fonctionnelle des services. Ce score constitue un outil d'évaluation programmatique interne destiné à apprécier les tendances d'amélioration des pratiques

plutôt qu'une échelle validée sur le plan psychométrique international.

- **Données qualitatives**

Les données qualitatives ont été obtenues à partir d'observations de terrain d'échanges professionnels avec les prestataires et des rapports issus des sessions de tutorat clinique. Ces informations ont permis de documenter les changements organisationnels les perceptions des acteurs de santé ainsi que les mécanismes susceptibles d'expliquer les variations observées dans les indicateurs quantitatifs

II.8. Procédures d'audit et assurance qualité des données

Plusieurs mécanismes d'assurance qualité ont été appliqués afin de renforcer la fiabilité des informations analysées incluant la vérification croisée des bases de données programmatiques l'audit périodique des dossiers médicaux la validation des rapports par les équipes provinciales ainsi que le nettoyage et l'harmonisation systématique des bases avant leur exploitation analytique. Ces procédures visaient à réduire les incohérences et les erreurs potentielles liées à l'utilisation de données de routine

II.9. Standardisation de l'intervention de tutorat

Le tutorat clinique a été déployé selon un modèle standardisé reposant sur l'accompagnement pratique des prestataires au poste de travail la démonstration des procédures cliniques le feedback structuré et l'élaboration de plans d'amélioration continue des performances. Les tuteurs ont bénéficié d'une orientation préalable garantissant l'harmonisation de l'intervention entre les différentes structures sanitaires participantes

II.10. Gestion des biais méthodologiques

Les biais méthodologiques potentiels liés au design observationnel ont été pris en considération notamment les biais de sélection des structures les limites associées aux données secondaires ainsi que l'influence possible de facteurs contextuels non contrôlés. Des mesures d'atténuation ont été appliquées à travers la standardisation des procédures de collecte et la triangulation des sources d'information afin de renforcer la crédibilité des résultats

II.10.1. Analyse des données analyse quantitative

L'analyse quantitative a consisté en une description statistique des indicateurs programmatiques suivie d'une comparaison des tendances observées entre les périodes pré et post intervention lorsque les conditions analytiques le permettaient. Les analyses ont été réalisées à l'aide d'un logiciel statistique approprié avec estimation des mesures de

Apport du tutorat clinique dans l'amélioration...

tendance centrale des proportions et des intervalles de confiance permettant d'apprécier la variation des indicateurs étudiés dans le temps.

II.10.2. Analyse qualitative

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique reposant sur une codification progressive des informations recueillies permettant d'identifier les principales catégories analytiques et d'enrichir l'interprétation des résultats quantitatifs par une approche de triangulation méthodologique.

II.11. Considérations éthiques

L'étude a été conduite conformément aux principes éthiques applicables à la recherche en santé publique. Les autorisations institutionnelles nécessaires ont été obtenues auprès des autorités sanitaires compétentes et seules des données agrégées anonymisées ont été utilisées garantissant la confidentialité des informations programmatiques.

L'étude s'inscrit ainsi dans une démarche d'évaluation opérationnelle visant l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

III. RESULTATS

III.1. Analyse descriptive

Tableau 1. Répartition des soignants bénéficiaires du tutorat clinique selon les provinces, zones de santé et structures

Province	Zone de santé	Structures tutric (ST)	Structures bénéficiaires du tutorat direct	Structures en tutorat indirect	Personnel bénéficiaire (n)
Kinshasa	Gombe	Hôpital de Ngaliema	HPGRK C. Moria, C. Mongala	–	20
	Barumbu	–	CS Boyambi	–	10
	Police	–	CH Kabila	–	10
	Kokolo	–	HCP	–	10
	Mont-Ngafula I	–	Hôpital Kokolo	–	10
	Mont-Ngafula II	CH Monkole	Centre pédiatrique Kimbondo	–	10
	Selembao	–	HGR Makala	–	10
	Masina I	CH Roi Baudouin	CS Elonga	–	5
	Masina II	–	CS Lunda	–	5
	Nsele	–	CH Kikimi II HG Kinkole CSR Etonga	–	25
Grand Bandundu	Kenge	HG Kenge	HS Kolokoso HS Mukila CSR Mudiso	–	30

Kikongo	HGR	CS Misele	–	20
		HS Fatundu		
Kimbao	HGR	Kikon	–	10
		go		
		CS Minsay CS Matela HS Kindi CS Mutoni		
Moanza	HGR	HS Kingungi	–	20
		HS Bindungi		
Boko	HGR	HS Pont	–	25
		Kwango CSR Dinga CS Lonzo CSR Kasinzi		
Total	15 ZS	4 ST	18 structures	15 structures soignants

Tableau 2. Sources des données utilisées pour l'évaluation du tutorat clinique

Type de données	Sources
Programmatiques	Rapports COFIL, Chef de projet
Missions du tutorat	Rapports STN, Expert international, PNLS, ST/Kenge
Indicateurs d'effet	Données ZS tutorées, FOSA tutorées
Évaluation finale terrain	Grilles d'entretien, questionnaires, documents de référence

Tableau 3. Mise en œuvre des organes du tutorat clinique

Activité	Attendues	Réalisées	%
Fonctionnement du COFIL	1	1	100
Mise en place STN	1	1	100
Création de 4 ST	4	4	100

Tableau 4. Réalisation des activités du tutorat direct et indirect

Activité	Attendu	Réalisé	%
Mise à niveau STN	1	1	100
Sensibilisation équipes	2	2	100
Mise à niveau des ST	2	2	100
Dotation ST en kits	4	4	100
Dotation structures directes	18	18	100
Renforcement des capacités	265	287	108
Cycles tutorat direct	90	90	100
Compagnonnage indirect	60	60	100

Tableau 5. Supervisions et suivi-évaluation

Activité	Attendues	Réalisées	%
Suivi-évaluation STN	2	2	100
Suivi expert international	6	6	100
Supervision BCP PNLS	5	4	80
Suivi COFIL	2	1	50

Tableau 6. Indicateurs clés de la PTME : Structures de Kinshasa (5 cycles de tutorat)

Indicateurs clés	6 mois avant	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5
Femmes reçues CPNI	2677	2309	2681	3147	2761
Conseillées + résultat remis	2034	2053	2587	3126	2694
Taux acceptation test VIH (%)	76	88,9	96,9	99,3	98
Femmes VIH+	41	37	38	58	36
Femmes VIH+ mises	36	34	38	57	36

sous ARV					
Proportion ARV (%)	87,8	91,8	100	98,2	100
Enfants nés de mères VIH+	29	20	37	35	28
Enfants ayant reçu prophylaxie	20	20	37	35	28
Proportion prophylaxie (%)	60,9	100	100	100	100
PCR réalisées	17	14	24	23	17
Proportion DBS/PCR (%)	58,6	70	64,8	65,7	61

Tableau 7. Indicateurs clés de la PTME – Structures du Grand Bandundu (5 cycles)

Indicateurs	6 mois avant	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5
Femmes reçues CPN1	816	4962	4962	5111	5111
Conseillées + résultat remis	457	3182	4253	4796	4947
Taux acceptation (%)	56	64	86	94	96,8
Femmes VIH+	3	2	3	2	1
Mises sous ARV	2	2	3	2	1
Proportion ARV (%)	67	100	100	100	100
Enfants nés	3	3	2	4	1
Prophylaxie ARV	1	2	2	4	1
Proportion (%)	33	67	100	100	100
PCR à 6 semaines	1	2	2	3	1
Proportion DBS (%)	33	67	100	75	100

Tableau 8. Ensemble des indicateurs PTME (Total Kinshasa + Grand Bandundu)

Indicateurs	6 mois avant	Cycle 2	Cycle 3	Cycle 4	Cycle 5
Femmes CPN1	3493	7271	7643	8258	7872
Conseillées + résultats remis	2491	5235	6840	7922	7641
Taux acceptation (%)	71	73	89	96	97
Femmes VIH+	44	39	41	60	37
Mises sous ARV	38	36	41	59	37
Proportion ARV (%)	86	92	100	98	100
Enfants nés de mères VIH+	32	23	39	39	29
Enfants ayant reçu prophylaxie	21	22	39	38	29
Proportion (%)	66	97	100	97	100
PCR réalisées	18	16	27	26	18
Proportion DBS (%)	56	68	69	81	77

Tableau 9. Score de qualité de la prise en charge (Kinshasa)

Domaine	Score / Total	%	Niveau
Consultation et dossier	41/45	91,1	Excellent
PEC VIH/TB	30/30	100	Excellent
PTME	34/60	56,6	Bon
Observance TARV	30,5/45	67,7	Très bon
DCIP	15/15	100	Excellent
Pharmacie	29/60	48	Insuffisant
Laboratoire	88/120	73,3	Très bon
Communautaire	52,5/60	87,5	Excellent

Tableau 10. Score de qualité (Grand Bandundu)

Domaine	Score / Total	%	Niveau
Consultation et dossier	90,5/105	86,1	Excellent
PEC VIH/TB	35/70	50	Bon
PTME	120/140	85,7	Excellent
Observance	80/105	76,1	Très bon
DCIP	35/35	100	Excellent

Pharmacie	122/140	87,1	Excellent
Laboratoire	163,5/280	58,3	Bon
Communautaire	115/140	82,1	Excellent

Tableau 11. Evolution des files actives au début et à la fin du tutorat

Structure	Début (juin 2013)	Fin (nov. 2015)	Décès	Observations
HGR Kimbau	10	33	5	0 décès pendant tutorat
CS Mutonyi	3	7	1	1 décès TB/VIH avant tutorat
CS Barrière	12	32	1	Nouveau cas TB/CCM
CH Kimbondo	ND	557	0	Nettoyage file active
CH Morija	212	237	-	-
HGR Kinkole	261	280	0	-
HGR Kikongo	28	45	0	-
HGR Boko	7	8	4 avant tutorat	Références multiples
CSR Kasinzi	9	15	1	-
CSR Lonzo	4	13	3	Arrivée tardive

Tableau 12. Résultats du post-test : proportion de scores > moyenne (Grand Bandundu)

Structure	Pretest (%)	Post-test (%)
HGR Boko	40,9	90
HGR Kikongo	57,8	94,7
HGR Kimbau	46,1	91,6
HGR Moanza	41,1	100
CSR Barrière	36,3	90,9
HS Bindungi	26,6	86,6
HS Fatundu	23,8	90,4
HS Kolokoso	25	83,3
HS Kingungi	22,2	88,8
HS Pont-Kwango	42,8	95,2

III.2. Analyses statistiques inférentielles

Tableau 13. Comparaison des indicateurs PTME avant et après tutorat clinique (ensemble des sites)

Indicateur	Avant tutorat n (%)	Après tutorat n (%)	χ^2	ddl	p-value
Acceptation test VIH	2491/3493 (71%)	7641/7872 (97%)	845,2	1	<0,001
Femmes sous ARV	38/44 (86%)	37/37 (100%)	6,94	1	0,008
Prophylaxie néonatale	21/32 (66%)	29/29 (100%)	14,72	1	<0,001
Réalisation PCR précoce	18/32 (56%)	18/29 (77%)	3,98	1	0,046

Tableau 14. Comparaison des taux d'acceptation du test VIH selon la province

Province	Avant tutorat (%)	Après tutorat (%)	χ^2	ddl	p-value
Kinshasa	76	98	312,6	1	<0,001
Grand Bandundu	56	96,8	528,4	1	<0,001

Tableau 15. Évolution du score global de qualité des soins

Apport du tutorat clinique dans l'amélioration...

Niveau de qualité	Avant tutorat n (%)	Après tutorat n (%)	χ^2	ddl	p-value
Insuffisant	7 (47%)	1 (7%)	18,5	2	<0,001
Bon	6 (40%)	4 (27%)			
Excellent	2 (13%)	10 (66%)			

Tableau 16. Amélioration des performances individuelles des prestataires

Évaluation	Score > moyenne (%)	χ^2	ddl	p-value
Pré-test	36,7	96,3	1	<0,001
Post-test	91,4			

Tableau 17. Test de tendance linéaire des indicateurs PTME

Indicateur	χ^2 tendance	ddl	p-value
Acceptation test VIH	402,7	1	<0,001
Couverture ARV	22,4	1	<0,001
Prophylaxie néonatale	31,6	1	<0,001

Tableau 18. Estimation des proportions avec intervalle de confiance (IC95%)

Indicateur	Proportion finale	IC95%
Acceptation test VIH	97%	[96,4 – 97,6]
Mise sous ARV	100%	[94,1 – 100]
Prophylaxie néonatale	100%	[93,8 – 100]
PCR précoce	77%	[68,2 – 84,1]

IV. DISCUSSION

La présente étude visait à analyser l'évolution des indicateurs programmatiques de qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les structures sanitaires ayant bénéficié d'activités de tutorat clinique dans les provinces de Kinshasa et du Grand Bandundu. Les résultats montrent une amélioration globale de plusieurs indicateurs organisationnels et cliniques au cours de la période d'observation. Toutefois, en raison du design avant-après non contrôlé, ces évolutions doivent être interprétées comme des tendances temporelles associées à l'intervention plutôt que comme une preuve d'impact causal.

Les améliorations observées pourraient s'expliquer par le rôle du tutorat clinique dans le renforcement des compétences pratiques des prestataires, l'amélioration de l'application des protocoles et le suivi plus régulier des performances des services. Des travaux antérieurs ont montré que les approches de mentorat et d'accompagnement clinique contribuent à réduire l'écart entre les recommandations normatives et les pratiques réelles dans les contextes à ressources limitées (Rowe et al., 2018 ; O'Malley et al., 2020).

Cependant, l'absence de groupe contrôle constitue une limite majeure, car d'autres facteurs tels que le renforcement global des programmes VIH, l'amélioration du système de rapportage ou l'expérience progressive des équipes sanitaires

peuvent également avoir influencé les résultats. Certaines variations importantes des indicateurs pourraient ainsi refléter une amélioration de la qualité des données et des mécanismes de suivi plutôt qu'un changement exclusivement lié au tutorat clinique (WHO, 2022).

L'utilisation d'un score composite de qualité des soins et l'intégration de données qualitatives ont néanmoins permis de mieux apprécier les changements organisationnels observés, suggérant une amélioration progressive des pratiques professionnelles et de l'organisation des services, en cohérence avec les observations rapportées dans d'autres programmes africains de renforcement des capacités (Fatti et al., 2017 ; Manzi et al., 2019).

Malgré ses limites méthodologiques, cette étude présente l'intérêt d'exploiter des données programmatiques réelles issues du fonctionnement routinier du système de santé, offrant ainsi une lecture pragmatique des dynamiques d'amélioration des services VIH. Les résultats suggèrent que le tutorat clinique pourrait représenter une stratégie prometteuse de soutien aux équipes sanitaires dans les contextes à ressources limitées. Des études futures intégrant des groupes comparatifs et des méthodes analytiques plus robustes restent toutefois nécessaires afin de mieux documenter son effet réel.

V. CONCLUSION

Cette étude a permis d'examiner l'évolution des indicateurs programmatiques de qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans des structures sanitaires ayant bénéficié d'activités de tutorat clinique dans les provinces de Kinshasa et du Grand Bandundu. Les résultats suggèrent une amélioration progressive de plusieurs dimensions organisationnelles et cliniques des services VIH au cours de la période d'observation.

Toutefois, en raison du design observationnel avant-après non contrôlé, ces évolutions doivent être interprétées avec prudence et considérées comme des tendances associées à l'intervention plutôt que comme une démonstration d'un effet causal direct du tutorat clinique.

Malgré ces limites, l'étude met en évidence le potentiel du tutorat clinique comme stratégie pragmatique de renforcement des compétences des prestataires, d'amélioration de l'application des normes de soins et de soutien à la performance des services dans les contextes à ressources limitées.

Il apparaît ainsi pertinent d'intégrer le tutorat clinique dans les stratégies nationales d'amélioration continue de la qualité des soins VIH, tout en renforçant les dispositifs d'évaluation

scientifique. Des recherches futures utilisant des designs comparatifs plus robustes et des outils standardisés de mesure de la qualité des soins sont nécessaires afin de mieux documenter l'ampleur réelle de sa contribution aux résultats de santé.

Recommandations

Au regard des résultats obtenus, il est recommandé de renforcer l'institutionnalisation du tutorat clinique au sein des programmes VIH comme mécanisme continu de développement professionnel des prestataires. Il apparaît également nécessaire d'améliorer la standardisation des outils d'évaluation de la qualité des soins et de consolider les systèmes d'information sanitaire afin de garantir la fiabilité des données programmatiques. Enfin, la mise en œuvre d'études futures intégrant des groupes comparatifs ou des approches quasi expérimentales contrôlées permettra de produire des preuves scientifiques plus robustes pour orienter les politiques de santé publique.

Remerciements

Les auteurs expriment leur gratitude au Programme National de Lutte contre le Sida, à la Croix-Rouge française, aux équipes des zones de santé, aux structures tutrices et à l'ensemble des prestataires ayant participé à l'évaluation. Leur engagement et leur disponibilité ont rendu ce travail possible.

Financement

L'évaluation du tutorat clinique a été financée dans le cadre du partenariat entre le PNLs et la Croix-Rouge française. Aucun financement supplémentaire n'a été reçu pour la rédaction de cet article.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêts en rapport avec cet article.

Considérations éthiques

L'étude a utilisé exclusivement des données de routine anonymisées et a respecté les principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki. L'autorisation institutionnelle du PNLs, des zones de santé et des structures concernées a été obtenue. Aucun contact direct avec les patients n'a été effectué, et la confidentialité des données a été assurée.

Contribution des auteurs

Les auteurs ont collectivement participé à toutes les étapes de ce travail. Ils ont conjointement assuré la conception de l'étude, le développement de la méthodologie et l'organisation de la collecte des données. L'analyse et l'interprétation des résultats ont été réalisées de manière collaborative, tout comme la rédaction du manuscrit et sa révision critique. Tous les auteurs ont approuvé la version finale du texte et en assument l'entière responsabilité scientifique.

REFERENCES

1. Bradley, E. H., Pallas, S. W., Bashyal, C., Berman, P., & Curry, L. (2021). Développement de stratégies pour améliorer la prestation des soins de santé : Concepts, déterminants, mesures et conception des interventions. *Health Systems & Reform*, 7(1), e1868595. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1868595>
2. Fatti, G., Grimwood, A., Bock, P., & Eley, B. (2017). Amélioration des résultats du traitement antirétroviral dans les structures de soins primaires : Evaluation d'un programme de mentorat par les pairs en Afrique du Sud. *AIDS Care*, 29(3), 362-368. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1201199>
3. Harris, A. D., McGregor, J. C., Perencevich, E. N., Furuno, J. P., Zhu, J., Peterson, D. E., & Finkelstein, J. (2006). Le modèle d'étude avant-après et ses implications pour la recherche en épidémiologie clinique. *American Journal of Infection Control*, 34(5), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2005.08.017>
4. Manzi, A., Nyirazinyoye, L., Ntaganira, J., & Hirschhorn, L. R. (2019). Le mentorat et l'amélioration continue de la qualité pour renforcer la mise en œuvre des soins intégrés en Afrique subsaharienne. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 5), e001541. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001541>
5. Matumbele, M.Y., Bapidia, S.N., Kabyahura, N.N., Munanga, K.A., Tshibusu, G.T., Tshitadi, A.M. (2024). Mentorat pédagogique des apprenants enseignants-managers durant les stages : Expérience et attente des finalistes infirmiers de Licence et Maîtrise, le Cas de la section des Sciences Infirmières de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinsasha. *Revue Congolaise des Sciences et Technologies*, 3(4), 12. <https://doi.org/10.59228/rcst.024.v3.i4.121>

Apport du tutorat clinique dans l'amélioration...

6. Mills, J.E., Francis, K.L., Bonner, A. (2005). Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural Remote Health*, 5(3), 410.
7. O'Malley, G., Perdue, T., & Petracca, F. (2020). Cadre d'évaluation des résultats du mentorat et de la formation en cours d'emploi dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *Human Resources for Health*, 18(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00481-7>
8. Rowe, A. K., Rowe, S. Y., Peters, D. H., Holloway, K. A., Ross-Degnan, D., & Sriram, V. (2018). Efficacité des stratégies visant à améliorer les pratiques des prestataires de soins dans les pays à faible revenu. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1163-e1175. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30398-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30398-X)
9. ONUSIDA. (2023). *Mise à jour mondiale sur le sida 2023*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.
10. Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Lignes directrices consolidées sur la prévention, le dépistage, le traitement et la prestation des services liés au VIH*. OMS.
11. Orlando, S., Silaghi, S.A., Cicala, M., Lowole, M.W., Massango, C. et al. The global response to HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: achievements, challenges, and perspectives for the future. *Front. Public Health*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1665666>.